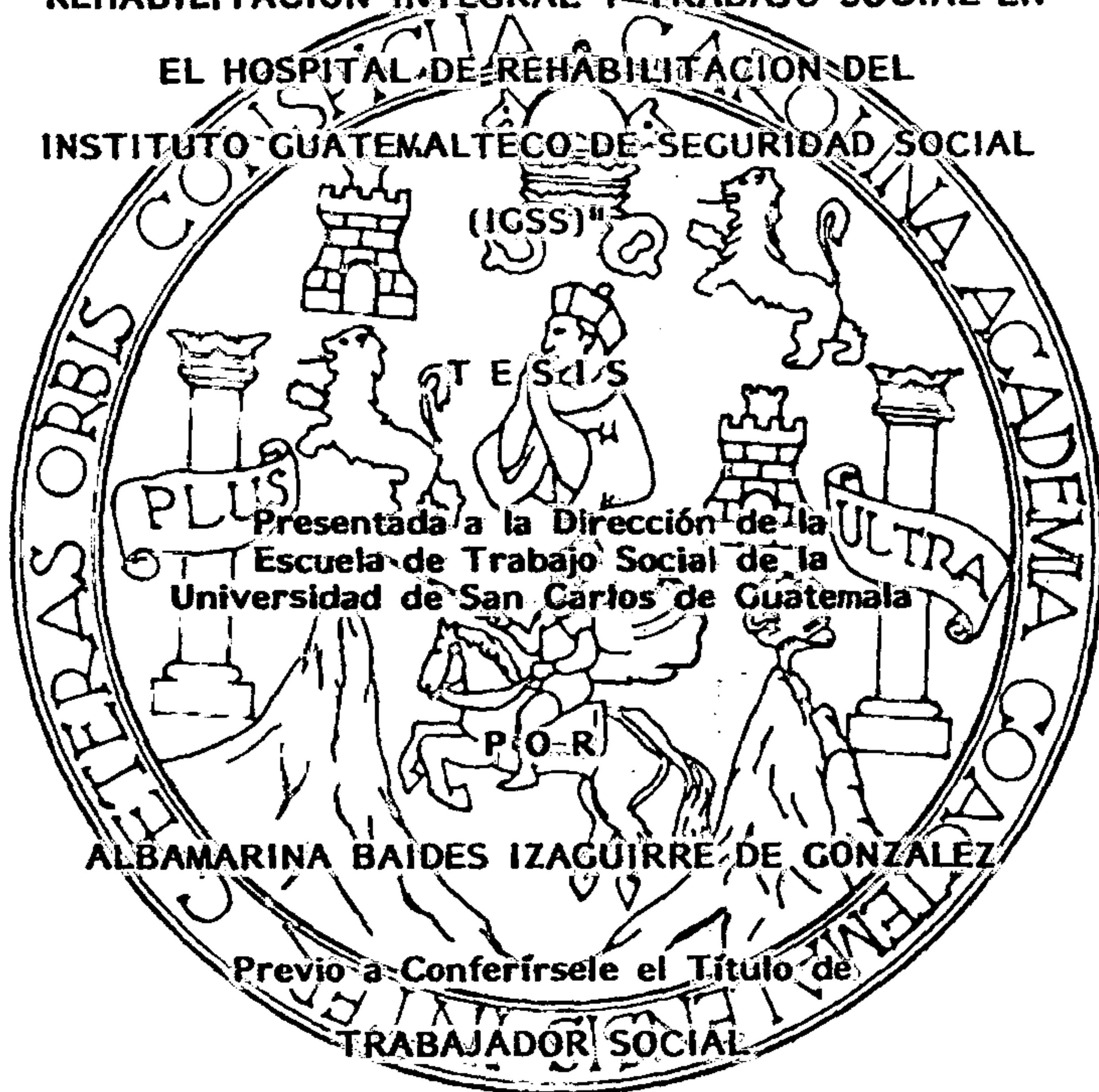


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"REHABILITACION INTEGRAL Y TRABAJO SOCIAL EN
EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL



En el Grado Académico de

LICENCIADO

Guatemala, Octubre de 1995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
15
+(875)

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada Ovalle
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes Santisteban

**CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada: Rebeca Morán Mérida
Licenciada: Aracely Quiroa de Gómez
Licenciado: Roberto Alfonso Solís De León
Licenciada: Amparo Meléndez López
Licenciada: Blanca Mercedes Aroche

**CONSEJO ACADEMICO
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Maestra Educación Primaria: Edelmira Mendoza Pinelo
Maestra Educación Primaria: Margarita de Jesús García
Maestra Educación para el Hogar: Claudia Lorena Alfaro
Bachiller en Ciencias y Letras: Sara O. Franco Tejada
Secretaría Comercial: Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR:

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada Ovalle
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes Santisteban
ASESOR: Lic. Roberto Alfonso Solís De León
REVISOR: Lic. Rolando López Godínez
**COORDINADOR PROGRAMA
ESPECIAL DE LICENCIATURA:** Lic. Edgar Flores González

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Septiembre 7 1995

Teléfonos:

760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

Licenciado

Edgar Flores González

COORDINADOR-PROGRAMA ESPECIAL LICENCIATURA

Escuela de Trabajo Social

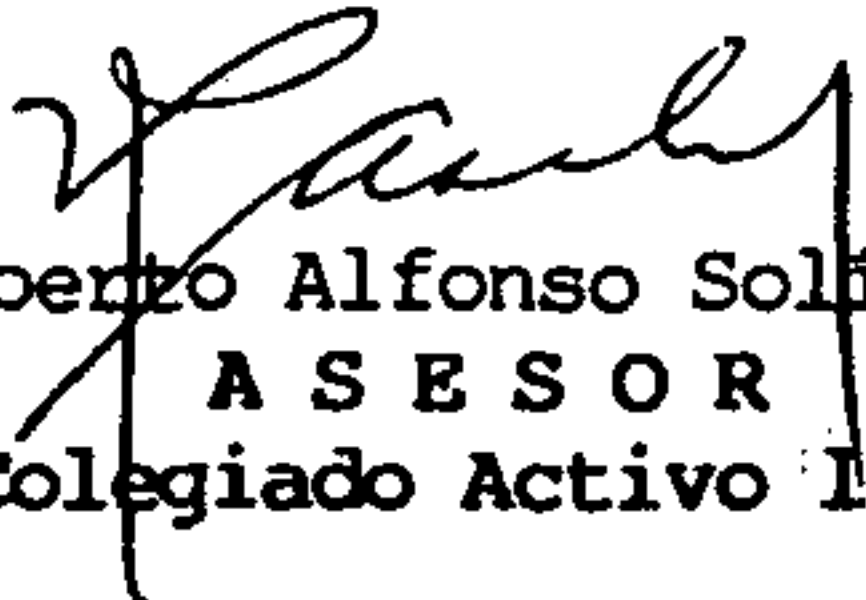
Presente.

Señor Licenciado:

En cumplimiento del nombramiento que se me hiciera como asesor de la Trabajadora Social **ALBAMARINA BAIDES IZAGUIRRE DE GONZALEZ**, me permito el honor de manifestarle que el Informe Final titulado "**REHABILITACION INTEGRAL Y TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)**"; constituye un aporte de singular importancia que la trabajadora social **ALBA MARINA BAIDES IZAGUIRRE DE GONZALEZ**, hace a la profesión y al régimen de Seguridad Social, por cuanto que es el producto de la valiosa experiencia adquirida durante tantos años en ese campo tan especial y porque además sistematiza muchas experiencias de trabajo social, lo que implica escuela para quienes ejercemos esta profesión.

Por lo anterior dictamino favorablemente y ruego se le de el trámite correspondiente para lo que haya lugar.

Sin otro particular me suscribo deferente servidor,


Lic. Roberto Alfonso Solís de León
A S E S O R
Colegiado Activo 1053

cc: Archivo.

ROBERTO ALFONSO SOLIS DE LEON
LIC. EN PEDAGOGIA Y CONTROL DE LA
EDUCACION COLEGIADO 1053

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



PEL-171/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.
EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 9 1995

Teléfonos:
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289
Teléfonos Directos: 769590-769602
Fax: 769590

Licenciado
César A. Estrada Ovalle
DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL
Presente.

Señor Director:

De manera atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el INFORME FINAL de tesis: "REHABILITACION INTEGRAL Y TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)", presentado por la estudiante T.S. ALBAMARINA BAIDES IZAGUIRRE DE GONZALEZ.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Rolando López Godínez, en el oficio No. 205-31/95.

Al agradecer su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Edgar Flores González
COORDINADOR-PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA

EFG/edl.
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



DICTAMEN-205-31/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Noviembre 7 1995

Teléfonos:

760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

Licenciado

César A. Estrada Ovalle

DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL

Edificio.

Señor Director:

Respetuosamente me dirijo a usted, para informarle que mediante el oficio No. PEL-039/93 DICTAMEN-124-9-93, de fecha 18 de marzo de 1993, se me designó para revisar y orientar el trabajo de tesis titulado: "REHABILITACION INTEGRAL Y TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)", presentado por la estudiante ALBAMARINA BAIDES IZAGUIRRE DE GONZALEZ.

Se realizó la revisión minuciosa y sistemática del Informe Final con el propósito de adecuarlo a las normas respectivas dictadas por la Escuela de Trabajo Social, y la sustentante verificó los replanteamientos señalados.

El proceso de revisión y orientación ha concluido, y en tal sentido emito dictamen aprobando el Informe Final, el cual cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad Académica.

En consecuencia, recomiendo la impresión del trabajo de tesis de la Trabajadora Social Albamarina Baidés Izaguirre de González, y así pueda discutirse en su examen público, y opte a su graduación profesional.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


Lic. Rolando López Godínez
INVESTIGADOR-REVISOR-AREA DE TESIS

- P E L -

RLG/edl.

cc: Archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de los Licenciados Roberto Alfonso Solís de León y Rolando López Godínez, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "REHABILITACION INTEGRAL Y TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)" elaborada y presentada por Albamarina Baidés Izaguirre de González, previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los nueve días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y cinco.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César A. Estrada O.
Lic. César A. Estrada O.
Director,

CAEO/cdm
c.c.:archivo

DC
15
(875)

TESIS QUE DEDICO

- A:** Todos los Trabajadores del país, mujeres y hombres que deben tener mejor calidad de vida.
- A LA:** Universidad de San Carlos de Guatemala.
- A LA:** Escuela de Trabajo Social.
- AL:** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- AL:** Hospital de Rehabilitación del ICSS.
- A MI ESPOSO:** Esteban González Barahona.
- A MIS HIJOS:** Esteban Mauricio González Baidés
Ana María Bagur de González
Ana Carolina González de Vela
Francisco Vela Estrada
Ana Claudia Mercedes González Baidés
- A MIS NIETOS
QUERIDOS:** Juan Francisco y Diego Antonio Vela González
Juan Pablo, Ana Beatriz y María Alejandra
González Bagur
- A MI QUERIDA TIA:** Juanita de Herrera e Hijos: Yoly, Bity, Fito
y Nede.
- A LA:** Licenciada Aura Estela Herrera De León.
- A LOS DOCTORES:** Edgar Herrera De León
Roberto Cruz Aguilar
Mario Meneses Escobar
- A LA T.S.:** Bertha Sánchez López.

A_G_R_A_D_E_C_I_M_I_E_N_T_O_S

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a los miembros de los equipos multidisciplinarios, a mis compañeros de trabajo, a todo el personal del Hospital de Rehabilitación del IGSS en especial a la Licenciada Martha Soledad de Roca, a la Terapista Ocupacional Thelma Castro de Avendaño, a la Bibliotecaria Silvia Canahuf de Villatoro, a la Secretaria Ejecutiva Cindy Melgar, por su participación y ayuda, a los supervisores y Trabajadores Sociales del Departamento de Trabajo Social del Instituto, en especial a los Trabajadores Sociales de Unidades Médicas de la Capital y Departamentales, que hicieron posible esta investigación.

Deseo agradecer al Dr. Roberto Cruz Aguilar, Dr. Mario Meneses Escobar, al Dr. Archelao Martínez, al Dr. Francisco Sandoval Rosales y al Licenciado César Díaz Paiz, estos dos últimos profesionales lamentablemente ya fallecieron.

A mi Asesor Licenciado Roberto Alfonso Solís De León, al Revisor Licenciado Rolando López Godínez, al Licenciado Edgar Flores González, así como a las demás personas que por su afecto, atenciones y conocimiento contribuyeron a la realización de este trabajo.

"Artículo II.- Los autores son responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras". Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

I_N_D_I_C_E

	Pág.	No.
INTRODUCCION		
CAPITULO 1		
I. BREVE HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA		01
1.1 Derechos, Prestaciones en Dinero, en Servicio y en Especie		06
1.2 Cobertura No Prevista por el Régimen		09
1.3 Obligaciones		10
1.4 Calidad de Participación con su Tratamiento y Documentos de Identificación		10
CAPITULO 2		
2. TRABAJO SOCIAL EN REHABILITACION		12
2.1 Trabajo Social de Casos		28
2.2 El Trabajador Social en el Hospital de Rehabilitación del IGSS		34
2.3 El Trabajador Social, Miembro del Equipo Multidisciplinario		41
2.4 La Coordinación Inter-Institucional		47
2.4.1 Metropolitana		48
2.4.2 Departamental		48
CAPITULO 3		
3. EL DISCAPACITADO DENTRO DEL CONTEXTO SOCIO ECONOMICO DE GUATEMALA Y LA REINCORPORACION A SU MEDIO		53
3.1 Entorno del Afiliado Discapacitado		58
3.2 Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías		62
3.3 Causas de la Incapacidad en el Medio Guatemalteco		63
3.3.1 El Discapacitado en el Medio Urbano		64
3.3.2 El Discapacitado del Medio Rural		65

	Pág.	No.
CAPITULO 4		
4. SISTEMAS DE REHABILITACION INTEGRAL Y LA PARTICIPACION DEL TRABAJO SOCIAL	67	
4.1 Trabajo de Gabinete	77	
4.2 Trabajo de Campo	80	
CAPITULO 5		
5. ANALISIS E INTERPRETACION DEL SERVICIO QUE PRESTA EL HOSPITAL DE REHABILITACION AL AFILIADO GRAN TRAUMATIZADO	116	
5.1 A Nivel Local	116	
5.2 A Nivel Departamental	117	
5.3 La Coordinación Inter-Institucional	117	
CAPITULO 6		
6. PROPUESTA PARA LA ESPECIALIZACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN REHABILITACION INTEGRAL EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS	120	
6.1 Objetivos	125	
6.1.1 General	125	
6.1.2 Específico	125	
CONCLUSIONES	127	
RECOMENDACIONES	131	
BIBLIOGRAFIA	134	
ANEXOS		

I_N_T_R_O_D_U_C_C_I_O_N

Durante cuatro décadas el Trabajo Social ha tenido una participación de singular importancia en la integración del Equipo Multidisciplinario que estudia los casos en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lo cual ha permitido valiosas experiencias en este campo.

Su metodología, proceso y alcance están consignados, pero no se encuentran sistematizados para que puedan ser una referencia que enriquezca el Trabajo Social.

Sabido es que el accidente, la maternidad y enfermedad tienen un proceso curativo que no es integral para la salud. En términos de rehabilitación hay acciones que se llevan a cabo para lograr la integración más rápida y real del afiliado, beneficiario o asegurado expuesto a riesgos ó contingencias que cubre la Seguridad Social en Guatemala a nivel nacional y para quienes quedan con limitaciones para incorporarse a su medio familiar, laboral y social, meta que se propone el equipo multidisciplinario, donde el Trabajador Social, así como cada uno de los miembros del equipo, desarrolla un trabajo de importancia, siendo imprescindible la participación de cada uno de los profesionales que intervienen en el tratamiento de cada persona.

Es de suma importancia para la profesión el trabajo en equipo a un alto nivel, hay pocas experiencias al respecto y si se han dado han sido de carácter excepcional, de allí la importancia que se deriva del Trabajo Social de Casos que durante décadas se ha hecho en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Las personas son iguales en sus derechos, pero todos los hombres son diferentes y como seres humanos merecen respeto a su individualidad por lo que deben tener un tratamiento individualizado a su inicio. El riesgo se sufre en forma personal, con todas sus particularidades por eso, es que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se continúa utilizando el método clásico de Trabajo Social de Casos que implica hacer el estudio, diagnóstico y tratamiento de la persona caso además que permite el contacto directo con su entorno social constituido por la familia, el grupo de trabajo, el patrono y los vecinos para obtener los elementos de juicio que posibiliten el diagnóstico y el tratamiento social correspondiente.

La pareja, la familia, la comunidad y la producción sufren el impacto que produce dicho riesgo, estableciendo esta problemática un amplio espacio para Trabajo Social en rehabilitación integral permitiendo individualizar, agrupar y trabajar con masas coordinando actividades inter y extra institucionales (integración de métodos) para lograr el mejor aprovechamiento de los recursos de la Seguridad Social, mayores servicios, la participación en acciones trascendentes que beneficien a la población y la posibilidad de tener acceso a mejor calidad de vida.

El accidente, la enfermedad o maternidad son objeto de tratamiento que concluye hasta que el afiliado se reintegra a sus labores cotidianas o se adapta a otras acordes a su capacidad residual* que permita su independencia o la sensación humana de sentirse útil para desarrollar una actividad donde pueda estar ocupado y obtener algún ingreso, retornando a su medio, con su familia o la posibilidad para desarrollar la actividad laboral que desempeñaba antes del riesgo y en su misma empresa. Cuando

* Se refiere a la capacidad remanente de trabajo que le queda a la persona caso. Nota de autora.

esto no es posible, Trabajo Social realiza estudios de factibilidad para que el Instituto proporcione a las personas elementos de trabajo acordes a su limitación y su ambiente para que su reinserción a su comunidad sea con dignidad.

Esta es la preocupación del Hospital de Rehabilitación donde la Seguridad Social ha puesto su mejor acento; de allí la necesidad de tratar los casos inter y multidisciplinariamente; el Trabajo Social de Casos tiene una participación relevante, porque además del tratamiento individual permite conocer y tomar en cuenta las necesidades e intereses partiendo de lo particular a lo general, que es importante para que las prestaciones evolucionen de acuerdo a las medidas rehabilitativas, la necesidad de coberturas más amplias, flexibles y humanas acordes a las circunstancias, sin estereotipos, de carácter económico, de salud, educativas, socio-culturales, con los patronos y con los sujetos de tratamiento.

Al régimen de Seguridad Social le interesa incorporar al afiliado con capacidad residual nuevamente al proceso de producción nacional; pero las oportunidades no siempre son favorables, máxime en este tiempo de crisis en que las tasas de desempleo y sub-empleo son altas; por esa razón se evidencia la necesidad de fortalecer programas de reorientación mejorando los niveles académicos de la población nacional.

Urge que la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos mejore la proyección teórico-práctica y metodológica, unificando criterios técnicos e instrumentos que faciliten y permitan un trabajo científico que debe sustentar un Trabajador Social, pero también hace falta auto-crítica de quienes estudian Trabajo Social, pues en el ejercicio profesional se encuentra tanto teórico, que cree saberlo todo. A veces

manejan una terminología rebuscada, con dificultad para trabajar con rehabilitación. Se observa que no han tenido oportunidad de llevar a la práctica los métodos de Trabajo Social, pero los critican, no encontrando las bondades de los métodos ni de las instituciones, para poder extraer de ellos beneficios para las personas. Cuando se relacionan con otros profesionales no pueden identificar cuál es su campo, cómo y en qué deben participar y por eso algunos Trabajadores Sociales están llenos de tareas administrativas o se sienten frustrados y se defienden con agresividad.

Los equipos multidisciplinarios de rehabilitación, confían y aceptan al Trabajador Social, como el profesional capacitado para abordar problemas sociales, que tiene conocimiento de la realidad nacional, individual, familiar, laboral, reglamentaria y social de la persona de estudio. Su activa y acertada participación (por varias generaciones) en la investigación, evaluación, presentación de informes y tratamiento de los casos así lo acredita.

La rehabilitación no es el resultado de un trabajo personal sino el esfuerzo de todo un equipo perfectamente coordinado y bien eslabonado con una sola meta: rehabilitar a la persona en forma integral, hacer de ella un ser activo y útil, incorporándolo a la comunidad como una persona adaptada a su situación, capacitada para laborar y ser fuente de ingreso, para su bienestar, de su familia y de la comunidad, algunas veces contribuyente del Estado y colaborador en la producción nacional.

Este trabajo pretende que la Escuela de Trabajo Social considere la importancia de capacitar al Trabajador Social con objetivos claros y definidos en esta especialidad, por muchos desconocida o rechazada, donde se encuentra una estrecha relación entre las ciencias sociales, la medicina

y otras ciencias. El Trabajo Social de Casos, debe proyectarse al grupo y a la comunidad para lograr la interrelación entre persona, sociedad, ambientes, salud y enfermedad. Entre riesgos: maternidad, enfermedad, accidente, incapacidad, muerte y sobrevivencia. Analfabetismo y capacitación, producción y pobreza, interrelaciones originadas por condiciones sociales que afectan a todos los guatemaltecos.

El tema es pues de suyo importante por sus implicaciones en cuanto al tratamiento de un sector significativo de la población laboral que está ya afectada, y trascendente también porque el Trabajo Social está urgido de mejorar su metodología, a efecto de afrontar con seguridad los constantes desafíos que en este campo se le presentan por el aumento de la población en la situación laboral y por la tecnificación constante de los medios de producción, muy por encima de la calificación de la mano de obra que es utilizada, lo que implica el riesgo de accidente de tipo laboral, enfermedades profesionales o muerte.

Además de ello, constituirá un esfuerzo serio de sistematización del Trabajo Social que se realiza en el Hospital de Rehabilitación, lo que indudablemente es importante, constituye un aporte al desarrollo de la profesión de Trabajo Social en este importante campo.

Las razones anteriores dan pertinencia al trabajo de investigación propuesto con el agregado que lleva implícita la ampliación del espacio profesional en otras instituciones y niveles de intervención profesional.

OBJETIVOS:

GENERALES:

-Lograr la participación profesional del Trabajo Social, para la

rehabilitación integral de las personas discapacitadas, su familia y comunidad.

-Integrar a la persona discapacitada a la sociedad, en condiciones de vida semejantes a los demás ciudadanos, utilizando el Método de Trabajo Social de Casos.

ESPECIFICOS:

-Analizar los conceptos teóricos del Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad, tratando de obtener la participación del Trabajador Social en la integración de dichos métodos para la rehabilitación integral en la Seguridad Social.

-Capacitar al Trabajador Social unificando criterios para la aplicación de la Metodología de Trabajo Social, la reglamentación de la Seguridad Social guatemalteca, así como la coordinación inter y extra institucional hacia la rehabilitación integral del discapacitado a nivel nacional.

HIPOTESIS:

GENERAL:

"El Método de Trabajo Social de Casos es aplicable al sistema de rehabilitación. Tiene resultados positivos en el tratamiento de afiliados discapacitados porque permite respetar su individualidad, aprovechar su capacidad residual y la posibilidad de su independencia, sintiéndose útil a sí mismo y a sus familiares".

ESPECIFICA:

"El Trabajador Social contribuye a lograr la participación del afiliado

como sujeto activo en su rehabilitación, estableciendo contacto, enlace y orientación con el paciente, familia, patrono, comunidad e instituciones, informando al equipo multidisciplinario".

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION:

Este estudio se fundamenta en el Método Dialéctico, ya que por el desarrollo del mismo permite aplicarlo a las ciencias sociales y por la versatilidad de sus principios, haciendo la abstracción del problema observado empíricamente en la realidad nacional, teorizando sobre el ya iniciado. Persiguiendo la comprobación de la hipótesis, contrastando con la realidad. Siguiendo los principios de movimiento, dinamismo, diálogo, desarrollo y contradicción permanente, operacionalizando todo el proceso en el orden de lo general a lo particular, con aplicación del método inductivo-deductivo. El problema está ubicado como parte de la estrategia, dentro de la problemática social del afiliado, que sufre accidentes o enfermedades, la rehabilitación y la participación del Trabajador Social en equipo inter y multidisciplinario de rehabilitación en Seguridad Social. Se aplicó la técnica de la entrevista con afiliados, discapacitados, profesionales, miembros del equipo de trabajo, con familiares, amigos de pacientes, y observación de su domicilio o ambientes laborales y sociales; entrevista a patronos, y se usaron fuentes de información de calidad, autoridades de la institución, civiles, religiosas, laborales y sociales, organizaciones gremiales o asociaciones, hogares sustitutos y líderes de la comunidad.

Las entrevistas fueron estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas, según el caso, teniendo por objeto verificar información para el estudio. Se hizo uso de la observación directa e indirecta, para

obtener datos precisos.

La observación se hizo personal e institucional con miembros del equipo multidisciplinario, afiliados, familiares y miembros de la comunidad, así como a patronos y en ambientes laborales, sociales, familiares y religiosos.

La observación directa e indirecta se verificó en el Hospital de Rehabilitación del IGSS con el afiliado gran traumatizado. En esta forma se logró obtener datos cualitativos y cuantitativos que servirán para su análisis e interpretación básica para la comprobación de la hipótesis planteadas.

Como instrumentos se utilizaron fichas, anotaciones en libros de diario o campo, registro de datos, libros de registro, expedientes clínicos, casos sociales en tratamiento y anotaciones cronológicas de acuerdo a los objetivos y variables.

Se elaboró una boleta para obtener información para el seguimiento a afiliados a quienes el Instituto les ha otorgado equipo mínimo de trabajo.

Contenido Capítular de la Presentación:

El Capítulo 1 expone en forma breve la historia de la Seguridad Social en Guatemala, los derechos de los afiliados para prestaciones en dinero en servicio y en especie, las limitaciones, cobertura no prevista por el régimen, las obligaciones que debe cumplir el afiliado para tener derecho a recibir beneficios, calidad de participación con su tratamiento y la necesidad de su identificación con los documentos establecidos para tal fin.

El Capítulo 2 resume el proceso de Trabajo Social de Casos en el Hospital de Rehabilitación en el Instituto y la participación del Trabajador Social como miembro del equipo multidisciplinario de Rehabilitación en coordinación inter-institucional metropolitana y departamental.

En el Capítulo 3 se hace una descripción del discapacitado dentro del contexto socio económico de Guatemala y la reincorporación a su medio, su entorno, definición de deficiencias, discapacidades y minusvalías, las causas de la discapacidad en el medio guatemalteco, discapacitados del medio urbano y rural.

El Capítulo 4 hace mención de los sistemas de rehabilitación integral y la participación del Trabajo Social; contiene los resultados de la investigación que se llevó a cabo a nivel nacional. La elaboración de la muestra, la tabulación, presentación de resultados estuvo a cargo del Departamento Actuarial y Estadística del Instituto y la especial participación e interés del Licenciado César Díaz Paiz.

el Capítulo 5, es un somero análisis del servicio que proporciona el Hospital de Rehabilitación al afiliado gran traumatizado a nivel local y departamental y la coordinación inter-institucional.

En el Capítulo 6 se propone una especialización del Trabajador Social en rehabilitación integral en los equipos multidisciplinarios, considerando que es necesaria la capacitación de los Trabajadores Sociales en la rehabilitación.

CAPITULO 1

I. BREVE HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA

"No hay justicia social sin Seguridad Social". La Seguridad Social en Guatemala, proporciona beneficios a quienes están afiliados al régimen de Seguridad Social, a sus familiares o beneficiarios, al ocurrirles un riesgo o contingencia contemplada en sus programas vigentes.

La Seguridad Social constituye una garantía individual y social contra la miseria que protege a las personas afiliadas y beneficiarias al permitirles afrontar riesgos de salud y de carácter económico-social.

Es una institución esencialmente humana y de servicio, concebida para beneficio del hombre donde el capital, el trabajo y la riqueza son factores de la economía que se relacionan para el desarrollo del país.

1/

Para que la Seguridad Social sea integral debe brindar atención en los campos de la salud, educación, la vivienda y la recreación; además, implementar programas que cubran al desempleado, a los huérfanos, madres solteras, persona con limitación, persona de la tercera edad proporcionándole prestaciones en dinero, en servicio, en especie y prestaciones sociales que coadyuven a una vida digna como respuesta a las luchas reivindicativas en una sociedad donde ha habido injusticia y resago social. El origen de la Seguridad Social en Guatemala se remonta

1/ José Pérez Leñero: "Fundamentos de la Seguridad Social", Aguilar S.A. de Ediciones Sección Política, Madrid, 1956; Ediciones Madrid, 50006, Impreso en España por P. López, Meléndez Valdéz, 17 Madrid.

al año 1946 como producto de la Revolución del 20 de Octubre de 1944. La Constitución de la República de 1945 estableció el derecho de los habitantes al régimen de Seguridad Social, emitiendo el Congreso de la República el Decreto No. 295 que contiene la Ley Orgánica del Instituto dando origen a una institución autónoma con derecho propio, con plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones para beneficio del pueblo de Guatemala, fundamentado en el Artículo No. 63 de la Constitución de la República como un régimen unitario, nacional y obligatorio.

La tesis del Dr. César Meza al graduarse de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala en 1944, describe y analiza el estado socio-económico de Guatemala en esa época y propone la creación de un Seguro Social obligatorio protegiendo la economía de la población, la maternidad, al niño e impulsando la superación del nivel de vida de la población, así como el nivel académico de los médicos, siendo la fuente de inspiración para fundamentar la Seguridad Social en Guatemala en la Constitución de 1945.

El gobierno del Dr. Juan José Arévalo Bermejo, nombró una comisión para realizar estudios previos para implantar la Seguridad Social en Guatemala integrada por personalidades de reconocida capacidad, siendo ellos: el Licenciado José Rolz Bennett, Ingeniero Jorge Arias de Blois, Licenciado Salvador Saravia y el Doctor César Meza.

El Licenciado Oscar Barahona Streber, el Actuario J. Walter Dittel, expero en Seguridad Social, elaboraron el documento "Bases de la Seguridad Social en Guatemala", 2/ analizando la realidad del país en

2/ Antecedentes de la Seguridad Social en Guatemala, Dr. Manuel Antonio Girón Mena, Mayo de 1978, Pág. 7.

todos sus aspectos, los recursos médico hospitalarios, relacionados con la implantación de la Seguridad Social, aspectos financieros, culturales, fiscales y otros que deberían aplicarse en la realidad guatemalteca y proyecto de Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El 30 de octubre de 1946 el Congreso de la República confirma por el Decreto No. 295 el derecho a la Seguridad Social y su creación como una institución autónoma, con una protección mínima, calidad de atención, con los adelantos científicos y técnicos para proporcionar a la población protegida una atención por derecho fuera de las concepciones filantrópicas y caritativas haciendo uso de su autonomía funcional, económica y jurídica. 3/

La Ley Orgánica del instituto se inspira en principios bien definidos, flexibles, claros y justos, susceptibles de ser comprendidos y aceptados por los grupos de población y la colectividad a quien van a ser aplicados, ya que la ley debe adaptarse a las necesidades sociales de orden cambiante respetando los principios fundamentales en que se inspira.

Para la organización y planificación de sus acciones y programas el régimen es sostenido por el Estado, patronos y trabajadores en una Junta Directiva como órgano superior integrado por seis miembros propietarios y seis suplentes; Ministerio de Economía y Trabajo, Junta Monetaria del Banco de Guatemala, Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala, las asociaciones de patronos registrados conforme a la ley y los sindicatos de trabajadores autorizados por la ley.

3/ Rómulo Sánchez López: "La Seguridad Social", Programa de Desarrollo de Personal, 12 de Junio de 1979. Guatemala.

La Junta Directiva tiene la facultad reglamentaria y la capacidad de crear e instruir su propio ordenamiento jurídico integrado por normas jurídicas con plena eficacia y fuerza, dicta los reglamentos necesarios para la correcta aplicación de la ley con fines de protección social, así como los reglamentos que requiera el funcionamiento interno del Instituto de carácter administrativo y técnico.

Está organizado por la Gerencia como órgano ejecutivo para la administración y gobierno de la institución, un Consejo Técnico integrado por asesores en funciones consultivas expertos en diferentes ramas profesionales, dos Sub-gerentes: uno de prestaciones y otro financieras.

Una Dirección General de Servicios Médicos, centrales y departamentales y jefaturas de los diferentes departamentos de la capital y en el interior de la República, cajas y delegaciones para la prestación de servicios, tiene establecidas unidades de consulta externa, hospitalarias, puestos de primeros auxilios a nivel metropolitano y departamental.

Durante el año 1947 las autoridades, técnicos y personal del Instituto trabajaron en el Programa de Accidentes de Trabajo que se inició en la capital el 10 de enero de 1948, el 20 de enero del mismo año se inauguró el Centro de Rehabilitación y Hospedaje y en agosto de 1949 se extendió el programa a la cobertura de accidentes en general para trabajadores afiliados al régimen, según Acuerdo 97 de la Junta Directiva otorgando atención en consulta externa, hospitalización, prestaciones en servicio y en dinero en el "Centro del IGSS", el consultorio central y el Departamento de Rehabilitación y Hospedaje.

El 2 de mayo de 1949 el Instituto fundó la "Escuela Superior de Servicio Social del IGSS" para atender problemas de los afiliados, su familia, contactos con patronos, la comunidad y las empresas.

En 1951 becó a profesionales en México, Inglaterra, Alemania, Francia y EE.UU., para atender especialidades de ginecología, obstetricia, pediatría, el 10 de mayo de 1953 inició el programa "Materno Infantil" por Acuerdo No. 211 de Junta Directiva proporcionando atención a la madre y al niño, afiliadas, esposas o compañeras de afiliados y a los hijos de éstos. Atención de control de embarazo, parto periférico, al niño, el aborto espontáneo o provocado, para éste último restringe el derecho a prestaciones en dinero y la persona sujeta a los tribunales por ser punible el aborto en el país.

El 7 de noviembre de 1968 inició atención por enfermedad y maternidad para el Departamento de Guatemala por Acuerdo 466 de Junta Directiva, 4/ en 1978 y 1979 amplió cobertura de enfermedad y maternidad a 11 departamentos.

La Seguridad Social proporcionó la atención por enfermedad hasta las 52 semanas con derecho a prestaciones en dinero hasta las 39 semanas, en los casos de enfermedades irreversibles, con limitaciones para el trabajo o por edad avanzada, en algunas oportunidades, Trabajo Social obtenía reinstalaciones de trabajo, cambios de trabajo o readecuación laboral.

4/ Leyes Básicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Páginas 39 y 40, Segunda Edición, 1982, Departamento de Relaciones Públicas, IGSS.

En 1971 inicia el plan piloto de IVS para trabajadores del Instituto y el 10. de marzo de 1977 para todos los trabajadores por Acuerdo de Junta Directiva No. 481, Reglamento sobre Protección relativa a Invalidez, Vejez y Sobrevivencia. Cubre afiliados por incapacidad parcial, total, secuelas de accidentes o enfermedad, protege a menores sobrevivientes, a la esposa o compañera del trabajador y cobertura por vejez hasta en 65 años. En 1990 cubre vejez hasta los 60 años y a los trabajadores del Instituto a los 55 años de edad.

El 20 de enero de 1979 fué trasladado el Hospital de Rehabilitación del IGSS a Colinas de Pamplona, Zona 12, considerado Hospital Escuela que proporciona especialización a profesionales guatemaltecos y de otros países, que sufrió reducción en sus instalaciones para rehabilitación por el terremoto del 4 de febrero de 1976 por la invasión del Hospital de Gineco-Obstetricia.

La Constitución de 1986, establece la atención a jubilados por el Instituto y el Acuerdo de Junta Directiva 737 norma dicha atención, cuando el "Centro de Atención Médica Integral para Pensionados" (CAMIP), inició atención en Policlínica del IGSS con horario de 13:00 a 20:00 horas, contempla atención domiciliaria y rehabilitación, el 7 de julio de 1992 empezó a funcionar como hospital de día en Colinas de Pamplona, Zona 12, con 24 clínicas en dos jornadas con clínicas de especialidades en horario de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes.

I.1 DERECHOS, PRESTACIONES EN DINERO, EN SERVICIO Y EN ESPECIE:

El Acuerdo No. 468 de Junta Directiva del Instituto regula los derechos y norma los procedimientos para el otorgamiento de prestaciones

en dinero, por enfermedad, maternidad o accidente a los afiliados al Régimen de Seguridad Social, 5/ que denomina prestaciones corrientes, prestación global y cuota mortuoria.

Las pensiones por IVS, abarcan a todos los afiliados al Régimen de Seguridad Social, según Acuerdo No. 481 de Junta Directiva a quienes denomina asegurados que tienen derecho a la protección relativa a la invalidez, vejez y sobrevivencia.

Las prestaciones en dinero son entregadas a los afiliados que fueron víctimas de un accidente de trabajo o accidente común, por enfermedad o maternidad, por estos riesgos el Instituto otorga a los trabajadores dos tercios del salario base a excepción del período pre y postnatal, calculado por médico del Instituto, paga el 100% del salario a la trabajadora. Las complicaciones del embarazo antes del inicio del descanso pre-natal y después del período post-natal, lo considera como enfermedad.

La Prestación Ulterior o Global la entrega de una sola vez, como una indemnización al trabajador afiliado por limitaciones que le deje el accidente, después de su rehabilitación, previa clasificación de la Sección de Medicina Legal del Instituto. La cuota mortuoria la hace efectiva a la persona que compruebe haber hecho los gastos del entierro. Las prestaciones en servicio, las recibe el afiliado o su beneficiario con derecho, dentro de las instalaciones del Instituto de acuerdo a las prescripciones médicas en consulta externa o mientras está hospitalizado en las instalaciones del instituto.

5/ Leyes Básicas del Régimen de Seguridad Social, Página 104, Título I, Capítulo I, Objetivos y Conceptos, Segunda Edición, 1982. Departamento de Relaciones Públicas del IGSS.

Los gastos ocasionados por atenciones médicas fuera de los servicios propio o de los contratados por el Instituto, cualquiera que sea la naturaleza de su atención, no son reembolsados por el Instituto, salvo casos justificados de extrema emergencia, según Artículo No. 58 del Acuerdo 410 de Junta Directiva.

Para complementar los servicios establecidos por la reglamentación del Instituto, el Acuerdo 410 de Junta Directiva, el Artículo 60, el Acuerdo No. 466 de Junta Directiva, Artículo 91, ordena al TRABAJO SOCIAL, interesarse en ayudar a resolver problemas de los afiliados en relación con los patronos, instruir a los afiliados y familiares para la conservación de la salud, la mejor manera de hacer uso de los servicios del Instituto y para lograr que las prestaciones que otorga el IGSS a los afiliados y beneficiarios con derecho lleguen a ellos en forma completa y oportunamente, contribuir a mejorar los niveles de vida de los afiliados y sus familias. 6/ Lograr una mejor coordinación con otras instituciones nacionales e internacionales que cumplen en la comunidad, acciones de salud pública o bienestar social, divulgando tal labor entre los afiliados y su familia para que estén informados de ese beneficio. Participar dentro de su campo de acción en los programas de asistencia médica, según lo establece la reglamentación del instituto, programar actividades y seleccionar proyectos de trabajo tomando en cuenta los problemas médico sociales de la comunidad, promover programas de desarrollo de la comunidad, preferentemente en lo relativo a mejorar las condiciones de salud de la población afiliada para poder conocer sus condiciones de vida y necesidades, con el objeto de encausar las prestaciones del Instituto en la mejor forma posible.

6/ Leyes Básicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Sección VIII, Página 87, Segunda Edición, 1982, Depto. de Relaciones Públicas del IGSS.

El Instituto también proporciona aparatos ortopédicos y protésicos, equipo de parapléjico, equipos de trabajo, reparaciones y renovaciones de aparatos, en casos que a criterio del equipo multidisciplinario sea necesario, útil y funcional para el afiliado o beneficiario con derecho, asistencia odontológica, transporte, exámenes radiológicos y demás exámenes reglamentarios para diagnóstico y control de la enfermedad o accidente.

No tienen derecho a la atención del Instituto los trabajadores ni sus familiares cuyos patronos o estén inscritos en el Régimen de Seguridad Social, por no llenar los requisitos que establece el reglamento a excepción de casos de emergencia mientras ésta dure a criterios del médico de la Institución.

1.2 COBERTURA NO PREVISTA POR EL REGIMEN:

La prevención está enunciada en la reglamentación vigente; pero el Instituto no tiene programas establecidos para prevenir enfermedades profesionales. No tiene establecidas prestaciones sociales, programas de vivienda, seguro por desempleo, recreación laboral, guarderías para los hijos de los trabajadores, ni atención domiciliaria para hijos de los trabajadores, ni atención domiciliaria para control de embarazo, parto a domicilio, control del niño sano o enfermedad. Aparatos protésicos y ortésicos a pensionados, la visita a domicilio es selectiva para jubilados.

7/

7/ Acuerdo 737 de Junta Directiva del ICSS, Artículo 25, Aparatos Protésicos y Ortésicos a Pensionados, Publicado en el Diario Oficial el 11 de Diciembre de 1985.

I.3 OBLIGACIONES:

El Instituto para poder proporcionar a los afiliados y beneficiarios con derecho a prestaciones en sus diferentes programas, considera como requisito de los afiliados y los patronos, los documentos establecidos en la reglamentación vigente que permitan la calificación de derechos de los afiliados para el otorgamiento de la atención. Los patronos deben cumplir con la presentación oportuna de las planillas donde se encuentran consignados los trabajadores de cada empresa, con el salario devengado, con el nombre de cada trabajador y el pago de sus cuotas, emitir el certificado de trabajo a cada trabajador que lo necesita por el riesgo que sufre en formularios que el Instituto proporciona para el efecto, (certificado de trabajo), en forma clara, con el nombre del representante patronal, sello y firma de la empresa.

Los afiliados deben solicitar atención por los diferentes riesgos, en la zona de adscripción que les corresponde según el lugar de su domicilio. Los pensionados en CAMIP.

I.4 CALIDAD DE PARTICIPACION CON SU TRATAMIENTO Y DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION:

Todo afiliado para solicitar atención para tratamiento, debe identificarse con su cédula de vecindad, tarjeta de afiliación y certificado de trabajo, previa inscripción. La unidad donde recibirá tratamiento, proporciona un carnet de identificación, donde constan sus citas y asistencia a tratamiento. En casos de suspensión de labores por incapacidad temporal, el IGSS notifica por escrito al patrono, proporcionando copia de dicha suspensión al interesado, en esta misma forma notifica la reanudación de labores al patrono que extendió el

certificado de trabajo.

Los pensionados deben solicitar atención a CAMIP, previa identificación con sus documentos que los acredita como asegurados o pensionados del Estado.

El paciente debe ser sujeto de tratamiento, cumplir con las citas, exámenes o tratamientos ordenados por el Instituto y presentarse a cobrar los días de pago establecido.

La familia debe participar en el tratamiento del afiliado, según orientaciones de la Unidad donde recibe tratamiento el trabajador.

CAPITULO 2

TRABAJO SOCIAL EN REHABILITACION

Se tiene conocimiento que en todos los tiempos la persona limitada ha sido rechazada, ridiculizada, perseguida, ignorada o maltratada. Algunos de los autores consideran que en la época prehistórica la naturaleza impuso su ley. Durante algunos siglos la sociedad mantuvo una actitud de repudio apareciendo actitudes humanas después de transcurrir un largo tiempo. 8/

Al desarrollo de la Medicina y principalmente a la Medicina Física está íntimamente ligada a la rehabilitación y al incremento de una conciencia social y sentido de responsabilidad.

La actitud de la gente y los métodos de tratamiento hacia las personas con incapacidades o con deformidades, ha necesitado el paso de los siglos para alcanzar las normas actuales de rehabilitación, que tiende a proporcionar un tratamiento profesional y humano tanto al limitado como a su familia. Procedimiento no conocido ni practicado por la generalidad de la sociedad, que no permite a la persona afectada considerar su limitación como una característica que lo individualizara como ser humano.

Pre-Historia y Edad Antigua:

Se considera que la rehabilitación es tan antigua como la humanidad. La lucha por la supervivencia permitía que la naturaleza impusiera su

8/ "Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional", Manual I, Edición Glarp Oficina Central, Area Materiales y Medios, Artes: Communicatus Ltda., Bogotá, Colombia, 1989.

propia ley; "se han encontrado huesos con señales de intervenciones quirúrgicas que indican la preocupación del hombre primitivo para solucionar alteraciones físicas". 9/

En la Epoca Prehistórica, la supervivencia estaba determinada por la fuerza física, a los niños con anomalías, los dejaban morir y los adultos con deficiencias eran proscritos del grupo. En algunas tribus de indios en Sur América daban muerte a las personas con limitaciones físicas. Eran considerados marcados por un espíritu maligno, costumbre que aún prevalece en algunas tribus del litoral del Pacífico en Latinoamérica.

En las culturas de Asia y Egipto las personas limitadas, eran abandonadas en la selva o en el desierto. En la India los lanzaban al río Ganges. En las comunidades del antiguo Egipto, en excavaciones, se han encontrado tumbas de farahones, bajo-relieves con representaciones de individuos deformados, mutilados y momias con férulas y diferentes aparatos para tratar limitaciones físicas. Se ha podido establecer que existían personas con diversos tipos de limitaciones en una tumba egipcia del año 2380 a. de C.

En Grecia, las personas con deformaciones eran expulsadas de la ciudad o exterminadas debido a su culto a la belleza y fuerza física los gimnastas griegos fueron los primeros en enseñar el masaje con las reformas de Pericles (499 a. de C.) empezaron a atender a las personas con limitaciones físicas en centros asistenciales.

9/ Manuel Velásquez Clavijo: Documentos Técnicos, INSERSO, 41/95, "Hacia una Nueva Denominación del Minusválido Físico", Pág. 9, Artes Communicatus Ltda., Bogotá, Colombia, Agosto de 1989.

Los hebreos expulsaban del sacerdocio a los limitados físicos, pero tenían derecho a participar en asuntos sagrados.

El judaísmo, precursores del cristianismo, llevó la dignidad de la persona. Considera un deber la atención a las personas con limitaciones físicas.

En la mitología Médica Maya, la medicina tenía carácter sagrado que los sacerdotes conocían como ciencia sagrada. Constituía patrimonio familiar que se heredaba a descendientes. Se tiene conocimiento que la mitología Médica Maya era variada y numerosa. Tenía dioses protectores.

La Medicina Maya con la diosa Ixchel y los dioses Citbolontun e Itzamná constituían una trinidad. Trabajaron para descubrir cualidades medicinales en plantas, que heredaron a los H-MENES, familia Hipocrática, iniciada en secretos para curar.

Tenían deidades: Ixchel "mujer arcoiris", abogada de la paternidad, a quien acudían las mujeres para curar su esterilidad o facilitar el parto futuro,. Citobolontun proporcionaba dotes salutíferos.

Zuhykak e Ixtlilton anunciaba la salud de los niños. Esta pareja protegía la pediatría.

Kinich Ahau, era el "rostro del sol", quemaba el demonio de la enfermedad, representando al dios de la fototerapia y la termoterapia.

Tzapotla-Tenan, abuela de la terapéutica, descubrió que la resina de Oxitil (trementina) era cicatrizante para las úlceras.

Temazcalteci, abuela de los baños (promotora de la higiene) aconsejaba los baños de vapor.

Los Mayas-Quiché en sus sacrificios humanos establecieron una nomenclatura anatómica. Los verdugos o sacrificadores eran los encargados de arrancar el corazón de las víctimas, eviscerarlas y desollarlas, capacitándose con esta práctica para identificar órganos humanos que bautizaron con nombres especiales. Denominaciones que también utilizaban para el tratamiento de enfermedades. Conocieron la ciencia del pronóstico de las mismas, que a veces asociaban con el apareamiento de animales, símbolos de muerte cercana como la lechuza y el tecolote.

La patología médica tuvo muchas palabras para identificar síntomas o enfermedades. Conocieron la locura, la imbecilidad y las distintas parálisis. No se sabe como eran atendidas; pero mataban con sus flechas a los viejos "para librarlos de las penas y trabajos de la senectud" y a los enfermos incurables para librarlos de males mayores y salvar la descendencia.

Se tiene conocimiento que los indios eran magníficos ortopedistas.

10/

Fray Bernardino de Sahagun, "el príncipe de los cronistas españoles", cuenta que las fracturas simples eran tratadas después de reducidas por inmovilidad, utilizando un enyesado con tablillas, férulas

10/ Carlos Martínez Durán: "Las Ciencias Médicas en Guatemala, Origen y Evolución", 2a. Edición, Editorial Tipografía Nacional, 1945, Guatemala, C.A.

o resinas. Esto hace suponer que alguna rehabilitación ponían en práctica posterior al tratamiento. Tenían después que usar hidroterapia y terapia en sus baños de vapor o temascales. Estaban construído como hornos en los que se dejaba caer agua fría sobre piedras, provocando vapor hasta de 50 grados. Luego se golpeaban el cuerpo con ramas de chilca para exagerar la sudoración, para excitar la piel y la circulación durante 15 minutos. Después permanecían largo tiempo en reposo. Los baños tenían ritos especiales, también aprovechaban los baños de vapor para "endurecer los huesos" y para posibles maniobras.

Edad Media:

Durante la Edad Media las deformaciones físicas eran consideradas como castigo de Dios. La sociedad no tenía sentido de responsabilidad por las personas limitadas y se llegó a su persecución. La cirugía ortopédica se estancó con la declinación de la cultura romana y la influencia árabe, que por sus preceptos prohibía las mutilaciones ó la muerte de animales vivos, restringiendo los estudios de anatomía y técnicas quirúrgicas.

Renacimiento:

Durante este período histórico se observan notables cambios en la actitud hacia las personas limitadas, reconociendo que la sociedad tenía responsabilidad ante esta población.

En el año 1601 en Inglaterra surge la Ley de Pobres, es el primer estatuto en Europa que establece cuidado para personas limitadas. Isabel La Católica en España, proporcionó a los soldados prótesis, aparatos ortopédicos y pago de su salario.

La burguesía mercantilista, no permitía personas con limitaciones en las calles creando instituciones para la atención de soldados, niños ciegos, sordos y retardados mentales. II/

Siglo XIX:

Empiezan a estudiarse cuáles son las causas de la minusvalía persistiendo en la sociedad la creencia que por pecados de la familia hay descendientes con limitaciones ocultándolos y manteniéndolos aislados.

Se producen importantes acontecimientos en el campo de la medicina con un enfoque asistencial e institucional, se empieza a observar en la sociedad mayor responsabilidad hacia las personas limitadas adquiriendo además conciencia sobre el problema social, que constituyen las personas con limitaciones.

En 1822 en Munich, Alemania surge el "Instituto Técnico Industrial", se tiene conocimiento que es la primera institución con la finalidad de facilitar el desenvolvimiento económico de las personas con limitaciones, atendiendo las necesidades de la vida diaria, cuidado médico, tratamiento a sus limitaciones, educación y reeducación a quienes no tenían entrenamiento profesional para facilitar el desenvolvimiento económico de las personas con limitaciones.

En el imperio Alemán en 1884 el Canciller Bismarck, pone en marcha la primera ley de atención a los accidentados de la industria.

II/ "Serie Básica de Rehabilitación", Manual 1, Pág. 22, Glarp, Grupo Latinoamericano en Rehabilitación Profesional, Edición CLARP, Oficina Central, Area Materiales y Medios, Artes: Communicatus Ltda. Bogotá, Colombia, Agosto 1989.

Siglo XX:

Hay interés por la enseñanza de niños incapacitados, asistencia a convalecientes, "terapéutica por la ocupación", es decir, el uso del tiempo libre.

Se inició el primer departamento de Servicio Social, Médico en el Bellevue, Hospital en Nueva York, el cuidado y la educación en el hogar.

El primer servicio de enfermeras visitadoras fue iniciado por Lillian Wald, la primera cátedra de Terapéuticas Físicas en Estados Unidos por R. Tort Mckencie en la Universidad de Pensilvania a principio de 1911. Con la Primera Guerra Mundial empezó a usarse el término "rehabilitación" sustituyendo los términos usados: "reconstrucción física" y "recuperar al inválido". Se inauguró el Instituto para Hombres Incapacitados de la Cruz Roja con el fin de impartir enseñanza vocacional como una oportunidad a los soldados lesionados, pero la rehabilitación médica fué un fracaso, el índice de mortalidad de los que sufrieron lesión medular fué muy alta y para ciertos pacientes la expectativa de vida sólo fue un año y como la rehabilitación total no siempre era posible, su importancia se redujo al mínimo.

En 1919 aparece la Revista Archives of Plegsical Medicine and Rehabilitation, por la necesidad de defender la información, siendo el órgano oficial de American Congress of Rehabilitation Medicine, formado en 1923, constituyendo un foro de comunicación entre todas las disciplinas interesadas en Medicina de Rehabilitación.

En 1941 el Doctor Frank H. Crusen, escribió uno de los primeros textos sobre métodos de tratamiento "Physical Medicine". En 1947 la American Board of Physical Medicine and Rehabilitation establece como requisito para optar el título una residencia de tres años o un equivalente específico.

Durante la Segunda Guerra Mundial, las posibilidades de la rehabilitación fueron presentadas dramáticamente, siendo director del Programa de Adiestramiento de Convalecientes de la Fuerza Aérea del Ejército el Coronel Howard A. Rush, demostró que mejoraría la vida de los pacientes hospitalizados desde la Primera Guerra Mundial, algunos después de 20 años de hospitalización. Permaneció el interés en las diferentes fases de la rehabilitación. Con el crecimiento industrial, se incrementa el número de lesiones industriales, más vehículos automotores produjeron más lesiones que requirió más necesidad de rehabilitación vocacional de 1943 con enmiendas en 1954 ampliando los servicios de rehabilitación vocacional y médico a los ciudadanos incapacitados. Proporcionó fondos para enseñanza e investigaciones profesionales. Con la tecnología crece el interés por la rehabilitación, no sólo para las víctimas de lesiones industriales, automovilísticas, de las guerras de Corea, Vietnam y a personas con enfermedad crónica, incluyendo los ancianos.

En 1929, 1965, 1980 y 1987 los Colegios Médicos tienen en Estados Unidos algún tipo de programas en su plan de estudios.

La Fisiatría, rama de la Medicina, trata del diagnóstico, tratamiento de enfermedades y lesiones por agentes físicos y de la restauración física, psicológica, social, vocacional de los gran traumatizados o enfermos crónicos.

Se tiene conocimiento que en 1527 Jorge de Alvarado fundó el Hospital de las Misericordias en el Valle de Almolonga, para españoles de escasos recursos y Fray Bartolomé de las Casas impulsa los servicios de caridad para españoles y el hospicio y asilo de inválidos.

Se desconoce en la época colonial cómo el indígena recibía ayuda, pero se sabe que consultaban médicos naturistas (brujos). En 1550, Fray Matías de Paz funda el primer hospital para asistir a los indios para cuidado de enfermos, huérfanos y otros.

En su obra "Las Ciencias Médicas en Guatemala, Origen y Evolución", el Doctor Carlos Martínez Durán, afirma que en ese siglo existía una pobreza científica en los médicos titulados y la Medicina Terapéutica carecía de la confianza del paciente para infundirles esperanza y fe, sin duda ejercían la medicina como ciencia sin el ingrediente de bondad humana y social, descuidando la convalecencia para afianzar sus tratamientos.

El venerable Hermano Pedro de San José de Bethancourth llegó a Guatemala el 18 de febrero de 1651, estableció una escuela para niños pobres y el hospital de convalecientes de Nuestra Señora de Bethem, consagrado a su obra día y noche proporcionó atención a pobres convalecientes e inválidos. "Fundador de la Ciencia divina y humana del amor al prójimo" 12/, pionero de la asistencia social y considerado como el primer Trabajador Social en Guatemala, por su preocupación por atender a las personas con problemas que afectaban su salud, su economía y a su familia, de acuerdo a la época trataba de reeducar y

12/ Carlos Martínez Durán, Op. Cit.

orientar de nuevo al inválido a su calidad de persona, buscándole colocación, apoyo y atención, desempeñando acciones que pueden considerarse un incipiente Trabajo Social en rehabilitación.

Desde 1844 se fundaron hospitales en distintas zonas de la república, el Hospital General de Occidente, el San Juan de Dios en la capital. En Escuintla El Lazareto en 1847. En Amatitlán en 1862, y en Retalhuleu en 1867. 13/

En 1886 se inició la construcción del Asilo de Dementes de Guatemala que terminó en 1890. Era un edificio que ocupaba 20,000 metros cuadrados dependiendo de las casas de beneficencia, con instalaciones para hombres y mujeres, el servicio común, gratuito y para pensionados de primera y segunda clase. Con una escuela "donde los locos pasan horas con su paciente maestro", 14/ para aprender a tejer, coser y bordar "de modo que los dementes se visten con su trabajo", proporcionando terapia ocupacional en el país.

En 1873, el General Justo Rufino Barrios, oriundo del área rural de una capa media alta, interesado por el desarrollo económico del país apoyando el cultivo del café, trató de darle impulso al desarrollo del capitalismo; en ese sentido, surgen trabajadores asalariados. Se confiscan propiedades a la iglesia, se apropia de tierras de las comunidades indígenas, establece la enseñanza laica, se impulsó infraestructuras, fundación de instituciones de beneficencia estatales, sólo para atención de la enfermedad, creando centro para menores, "asilos" para mendigos,

13/ Antonio Meléndez: "Historia del Trabajo Social en Guatemala", III Congreso Nacional de Trabajo Social, Quetzaltenango, Guatemala, 1979.

14/ Francisco Asturias: "Historia de la Medicina en Guatemala", Tesis de Grado, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Tipografía Nacional, Guatemala, 1902.

dementes de áreas urbanas. Estas reformas en su época, permitieron algún avance económico, político y cultural a los criollos y ladinos, aunque también despojó y reprimió a las comunidades indígenas del país.

Para el área rural no estableció la más mínima atención. El Reglamento de Jornaleros constituido por el Decreto No. 177 del 3 de abril de 1877, indica dar a todos el apoyo que requieran las empresas y facilita a su agentes "el enganche de jornaleros", autoriza a los dueños de fincas, que poseen "una pieza de encierro" para asegurar a quienes cometan una falta o delito. 15/

La problemática del jornalero y su familia no fue considerada y se ignora que suerte corrían las personas con limitaciones. Indudablemente el trabajo forzado y la necesidad de subsistencia los introducía al proceso de producción es de suponer que en forma de sub-empleo. Las instituciones religiosas de caridad en forma empírica probablemente abordaron el problemas, utilizando la caridad que obligaba a la conmiseración.

En 1901 se autoriza la construcción del asilo de dementes en Quetzaltenango, ajustado a reglas de higiene y a las condiciones indispensables para estos establecimientos, el autor dice: "para hacer olvidar a los dementes sus diferentes manías". 16/

En 1913 algunas personas inválidas eran atendidas en el Hospital San Juan de Dios en el asilo de dementes.

15/ Reglamento de Jornaleros: "Colección Investigación para la Docencia", No. 4, Editorial Facultad de Ciencias Económicas, USAC, Guatemala, 1977.

16/ Francisco Asturias, Op. Cit.

En 1914 se creó el asilo de inválidos para atender y albergar a inválidos que deambulan por las calles de la capital y para personas inválidas que su familia no podía atender. Algunas personas después e su tratamiento ortopédico o por cirugía, eran recibidos para convalecer, otros ingresaban por invalidez.

En 1952 se transformó el asilo de inválidos en Centro de Recuperación No. 1, atendiendo la población no sólo de la capital, proporcionaba cirugía y fisioterapia. Posteriormente se convierte en el "Centro Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn". Desafortunadamente para rehabilitación el número de camas y espacios para personas de toda la República se reduce para atender ortopedia y cirugía, se tiene conocimiento que este terreno fue "donado por inválidos", por lo que se observa una deficiente coordinación inter-institucional que no favorece al discapacitado.

En 1931 es creada la Dirección General de Beneficencia Pública y Previsión Social y en 1936 el Servicio de Sanidad Pública de Guatemala.
17/

El 10 de julio de 1933 fué creado el primer cursillo de Fisioterapia en el Hospital San Juan de Dios.

En 1944 con la Revolución del 20 de Octubre, se concretan los proyectos de Legislación del Trabajo, reforma agraria, alfabetización, Seguridad Social, consideradas básicas por su importancia en esa época y en 1949 la Escuela Superior de Servicio Social del ICSS.

17/ Antonio Meléndez: Op. Cit.

El Trabajo Social tiene su creación en la Constitución Política de Guatemala de 1945, cuando establece políticas sociales, 18/ y el reconocimiento de la Seguridad Social. El Decreto 285 del Congreso, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social hace surgir una institución autónoma con la finalidad de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social, denominado Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que comprende como beneficios protección y cobertura en caso que ocurran riesgos de carácter social 19/ y rehabilitación.

El 10. de julio de 1955 en el Hospital San Juan de Dios aparece el "Servicio de Medicina Física y Rehabilitación" para pacientes de esa unidad, pero desde 1929 existió allí un servicio de mecanoterapia que utilizaba equipo fabricado en el país. El Servicio de Medicina Física, por la demanda de servicio, fue ampliado en 1957 y en 1966 se trasladó a un nuevo local en las instalaciones del edificio.

En 1955 fué creado el Instituto de Rehabilitación Infantil y Clínica de la Poliomielitis. En 1955 fue fundada la Escuela Nacional de Terapia Física Ocupacional y Especial. En 1962, la iniciativa privada, pionera de la atención integral del niño con deficiencia mental, funda el Instituto Neurológico de Guatemala.

18/ Felipe Calderón: "Una Historia Crítica del Trabajo Social en Guatemala", Tesis de Grado, Escuela de Trabajo Social, USAC, 1989.

19/ Leyes Básicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Capítulo IV, Página 16, Artículos 14, 57, 66 y 78 del Acuerdo 97 y Artículos 41, 75 y 161 del Acuerdo 466, ambos de Junta Directiva del IGSS, Segunda Edición, Departamento de Relaciones Públicas del IGSS, Guatemala, 1982.

En 1965 por Decreto del gobierno No. 317, adquiere vigencia la Ley Orgánica de Educación Nacional y por el Artículo 33, la creación de la Dirección de Bienestar Estudiantil y Educación Especial. La Dirección de Educación Especial, de la Secretaría de Asuntos Sociales de la Presidencia, fué creada en 1974 para la atención especial de menores deficientes mentales de escasos recursos.

El 20 de enero de 1948 se inició la rehabilitación en el Instituto como Departamento de Rehabilitación dentro del Programa de Accidentes, proporcionando atención a pacientes externos referidos por médicos del instituto, a los que ameritaban hospitalización se les proporcionó hospedaje en hoteles de la capital.

El 10 de febrero de 1949 se trasladó el Departamento de Rehabilitación al Chalet "Loma Linda" en la Zona II de esta ciudad, habilitaron 20 camas para hospitalización, hubo ampliación de personal para atender encamamiento y consulta externa, instalaron algunos talleres. Por la demanda de atención, el IGSS se vió obligado a ampliar sus instalaciones para rehabilitación, alquiló un local más amplio en 1950 en la Avenida Simeón Cañas, Casa No. 54, funcionando dos internados No. 1 en "Loma Linda" y No. 2 en Avenida Simeón Cañas, amplió el taller de prótesis, audiometría, reorientación profesional y fisioterapia. 20/

En 1951 el Instituto nombró a dos Trabajadoras Sociales que pertenecían al Departamento de Servicio Social del IGSS, iniciando así la Sección de Servicio Social de Rehabilitación en el IGSS para atender a los afiliados con problemas que dificultaban su tratamiento médico,

20/ Miguel Angel Aguilera Pérez: "Recopilación de Datos Históricos y Estadísticos, Programa de Rehabilitación IGSS", Director Ejecutivo y Jefe de los Servicios de Rehabilitación, Departamento de Relaciones Públicas del IGSS, Guatemala, Junio de 1984.

sirviendo de enlace entre el paciente, el médico, el patrono, su familia, como metodología de trabajo utilizaron el "servicio social de casos". Becó a dos Trabajadores Sociales a Chile, América del Sur, para estudiar por un año Trabajo Social de Grupos y Comunidad. En 1953 se le denominó Centro de Rehabilitación y Hospedaje trasladado al Chalet Schwank, en la 3a. Calle de la Zona 10 de esta Ciudad, fué nombrado un director técnico que reorganizó los servicios con personal administrativo y técnico:

- Medicina física, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia recreativa y taller de prótesis.
- Psiquiatría y psicología clínica.
- Servicio Social.
- Reorientación profesional y readaptación profesional.

En 1954 "la Sección de Servicio Social" fué dotada de 4 Trabajadores Sociales que trabajaban con casos sociales participando con otros profesionales en "trabajo integrado" este equipo tenía la finalidad de lograr la rehabilitación física, social, económica y profesional del afiliado.

En octubre de 1955 el Centro de Rehabilitación del IGSS fué trasladado a Ruta 7, No. 4-54 de la Zona 4 de esta capital, y el Centro de Hospedaje y Convalecencia con un total de 207 camas.

En 1968 entró en vigencia el Programa de Enfermedad y Maternidad, nombraron a dos Trabajadoras Sociales para incrementar el personal de la Sección de Servicio Social, denominándose desde esa fecha Hospital de Rehabilitación del IGSS. El 20 de enero de 1974 fue trasladado a su edificio propio en Colinas de Pamplona, Zona 12 de esta ciudad, siendo un orgullo para Guatemala, por ser considerado de los primeros en América Latina, por su profesionalismo y el tipo de atención otorgada

por el Instituto a sus afiliados y beneficiarios en materia de rehabilitación, considerado Hospital-Escuela, donde se especializan médicos guatemaltecos y de otros países (por tres años de residencia) para obtener la especialidad de fisiatra.

El 12 de junio de 1974 fué inaugurado oficialmente el edificio del Hospital de Rehabilitación en Colinas de Pamplona Zona 12 organizado en módulos agrupando servicios administrativos, medicina física (terapia ocupacional, terapia del habla, fisioterapia), prótesis y ortesis, talleres, consulta externa y encamamiento. Con el terremoto del 4 de febrero de 1976 quedó reducida el área para el Hospital de Rehabilitación, por la invasión del Hospital de Gineco-Obstetricia a sus instalaciones en carácter de emergencia temporal porque el edificio de maternidad sufrió severos daños.

En 1977 con el Programa de IVS se incrementó el personal de la Sección de Trabajo Social teniendo la Sección 8 Trabajadores Sociales, un supervisor y una secretaria.

En 1986 la Constitución de la República ordena al Instituto incluir a todos los pensionados del Estado, aumentando la demanda de atención para Rehabilitación de todos los casos referidos por unidades de consulta externa y hospitalización del área metropolitana y departamental para todos los riesgos que cubre la Seguridad Social, casos de colaboración social autorizados por Gerencia o Subgerencia de Prestaciones. Tiene una capacidad instalada de 200 camas y atiende a 900 pacientes externos diariamente.

El Hospital se ha caracterizado por su significativa función de tipo docente e interés constante en la preparación y capacitación de su personal.

El Trabajo Social, supo involucrarse en la rehabilitación, ha sido reconocido por su calidad de trabajo con los afiliados, su integración en los equipos multidisciplinarios, logrando establecer y mantener estos espacios para la profesión.

2.1 TRABAJO SOCIAL CON CASOS:

La finalidad del Trabajo Social es atender a seres humanos en esa dimensión, siendo una disciplina científica que utiliza las ciencias sociales, tomando en cuenta la situación sociocultural y la económica que afecta a los grandes sectores de la población guatemalteca.

El Licenciado Roberto Alfonso Solís De León, dice: "El Trabajo Social es una disciplina científica que aplica los hallazgos y los resultados que le proveen las ciencias sociales y que tiene por objeto atender al ser humano en función del avance económico-social de la sociedad, de su estructura y superestructura, enfocada en una acción global". 21/

Por eso el Trabajo Social al entrar en contacto con la población trata de encontrar respuestas ante realidades concretas que afectan al individuo, al grupo y a la comunidad.

El Trabajo Social de Casos, es el método que se utiliza para individualizar, sistematizar y dar tratamiento a las personas que demandan o necesitan atención, expuestas a riesgos que cubre la Seguridad Social, que hace uso de teoría sobre hechos sociales con una función asistencial, educativa y de proyección social, auxiliándose de

21/ Roberto Alfonso Solís De León: "Seguridad social en Guatemala. Una Propuesta de Reestructuración del IGSS", Tesis de Grado, USAC, Escuela de Trabajo Social, Septiembre de 1989.

la observación, la entrevista, la visita domiciliaria y la investigación en la práctica cotidiana para la planificación, tratamiento, diagnóstico, control y evaluación de los casos.

El trabajo con casos se usa por el derecho que tiene cada afiliado o beneficiario a ser tratado respetando, comprendiendo y reconociendo su individualidad contributiva, física, emocional, laboral, de salud y otras dentro de la realidad en que se encuentra inmerso, porque cada persona ha tenido una evolución individual en su vida, su medio familiar, sociocultural que lo hace diferente aún en las molestias que refiere en una misma enfermedad o en accidente similares, que le facilita o dificulta satisfacer sus necesidades como las de su grupo familiar o hacer uso de los recursos a su alcance para resolver su problemática donde el Trabajador Social puede facilitarle los medios para resolverla, para que pueda obtener en lo posible bienestar particular y colectivo.

El método de Trabajo Social con Casos, permite el contacto humano, la comunicación de persona a persona, que facilita entender a los afiliados, porque las diferencias humanas no sólo son de los individuos, sino también hay diferencias de las épocas, los lugares geográficos, las familias, las religiones, la política, las empresas, las distintas etnias, y otras, así como conocer causas y efectos que se entrelazan en los problemas sociales.

En el Trabajo con Casos Sociales, es indispensable conocer el ambiente físico, familiar, de trabajo y otros según el caso, para la obtención de datos confiables, contactos con familiares, patronos y otros para el estudio del caso, su tratamiento y para sugerir cambios personales, familiares, laborales o para pago de prestaciones.

El tratamiento social del caso conlleva apoyo, orientación, incentivo de reconocimiento de capacidades que permitan modificaciones para lograr el bienestar del usuario, previa planificación con la persona. En el diagnóstico se describe a la persona, su ambiente y sus problemas.

En el Trabajo Social con Casos se usan instrumentos: fichas sociales, guías, hojas de evolución social, libros de registro, cuaderno de diario, de trabajo de campo y el expediente social; este es un folder que contiene registros escritos con la firma del Trabajador Social que trata el caso, desde el inicio del proceso social, hojas cronológicas y documentos administrativos o del afiliado. Está separado en un lado todo lo que es tratamiento social del caso y del otro lo administrativo o de otra índole que pertenezca al mismo. Queda detallada la entrevista inicial, la planificación, ejecución, diagnóstico, evaluaciones y otros, hoja de cierre o transferencia social. Los expedientes sociales permanecen en archivo de la Sección y en el expediente médico se deja una ficha social y evoluciones sociales, para informar a otros profesionales del seguimiento, datos que no son confidenciales. Los casos se denominan: abiertos, cerrados o transferidos, clasificados según la naturaleza de cada uno.

El tratamiento de Casos Sociales, permite al Trabajador Social una función de enlace con dos vías entre el paciente, el médico, la familia, el patrono, la comunidad y con otras instituciones.

El volumen de trabajo debe ser determinado para cada Trabajador Social equitativamente en la organización de la Sección y para la dotación del número de Trabajadores Sociales que trabajan Casos Sociales, para que pueda realizar un trabajo de calidad y atender a las personas y la posibilidad del estudio acucioso, investigación y análisis de los casos,

trabajo escrito y mantenerse actualizados en el tratamiento o atención de personas para no realizar una especie de trabajo por tarea.

El informe de trabajo de casos en el Hospital de Rehabilitación del IGSS se presenta por escrito en reuniones programadas para conocimiento de otros profesionales, cuando se analizan y estudian casos para evaluación en juntas de gran traumatizados, junta técnica, solicitadas por la Dirección Ejecutiva o por otras autoridades, el trabajo con casos se considera imprescindible porque aporta información y el concepto del Trabajador Social está presente en su exposición. En la práctica se lleva a cabo una labor asistencial e institucional con personas que tienen necesidades vitales, con derecho a ser atendidas con discreción en su individualidad integral, física, mental, social y económicamente, porque la filosofía de la Seguridad Social, tiene previstas prestaciones en servicio y en dinero, considerando que cuando no están resueltos los problemas del afiliado se dificulta el tratamiento, se afecta al grupo familiar y a la sociedad a que pertenece, porque le provoca inseguridad y hasta violencia.

No se trata de una atención paternalista, como algunos han manifestado, el trabajo con casos es necesario para el ejercicio profesional teórico-práctico para atender a la persona como tal, cuando necesita orientación o apoyo para que no entre en conflicto, demás está decir cuál es el conocimiento que las personas tienen en sus derechos, principalmente en casos de personas analfabetas.

En el trabajo con casos, no sólo debe considerarse al usuario, hay que tener en cuenta que cada profesional es una persona con sus particularidades para relacionarse, a veces muy accesible, comprensiva,

otras prepotente o indiferente por lo que es necesario que el Trabajador Social se conozca a sí mismo cómo reflexiona, cómo interactúa, cómo lo hacen los otros profesionales y tenga conciencia del lugar donde está, además de saber escuchar, establecer rapport, le corresponde ser un buen comunicador, entonces es cuando operacionaliza la función de enlace, se convierte en vendedor de ideas del usuario a la institución, a la familia, a la empresa, a los profesionales y viceversa.

Existe un alto grado de dificultad para el Trabajador Social que labora para una institución, porque no tiene poder de decisión, está presente el celo profesional, a veces hay contradicciones entre posiciones jerárquicas, ideológicas, y/o individuales; las políticas del Estado, la política de turno de la institución, las disposiciones reglamentarias, por lo que se necesita que antes de introducirse al trabajo con casos no sólo conozca las técnicas de Trabajo Social, la reglamentación vigente, lo concerniente al campo de la salud donde está ubicado, los recursos de la comunidad, sino el ingrediente y virtudes que le permitan establecer buena comunicación, sin entrar en conflicto; agresivo pero respetuoso de su condición de profesional y de los demás.

El saber y poder conjugar la técnica, la reglamentación, las relaciones humanas, el análisis, el respeto y la consideración será la brújula que le indicará los puntos de apoyo para su accionar cotidiano.

El trabajo con casos en Rehabilitación, exige comprender que para el tratamiento de los mismos entran en juego multiplicidad de factores: la persona y su entorno, el medio social, económico y laboral, etc., el concurso de muchos profesionales para abordar el problema en toda su magnitud, el consenso y compromiso de las distintas instancias de la sociedad, etc., es aquí donde la participación del Trabajador Social

es muy significativa, porque va aportar información valiosa que obtendrá en los contactos con el medio donde el paciente y su familia se desenvuelve desde su nacimiento hasta el día del riesgo, durante su tratamiento que permitirá hacer el pronóstico de su aceptación o no en su medio social, laboral y familiar.

En resumen, el Trabajo Social en el Hospital de Rehabilitación realiza actividades técnico-administrativas, técnicas propias para el desarrollo de su trabajo. Utiliza el método de Trabajo Social de Casos, la persona que se presenta a tratamiento a esta Unidad es un caso especial que amerita un trato individual por un riesgo particular que lo afecta en toda su problemática social, laboral, económica, de salud y con expectativas no siempre halagüeñas para el paciente y su familia que ameritan un tratamiento y una orientación individual para que pueda tomar sus propias decisiones.

El contacto humano y respetuoso permite establecer el diálogo y encontrar cuál es el canal preferente del afiliado para establecer comunicación y empatía para interpretar los beneficios de la Seguridad Social, reforzar su autoestima y el aprovechamiento de sus potencialidades, establecer el contacto con la familia, con personas afines al paciente o con su patrono.

Para la Seguridad Social, cada afiliado desde su ingreso es individualizado, por su salario, el riesgo, su diagnóstico, su tratamiento médico o social, el pago de sus prestaciones, sus citas de control como su particular evolución que es determinante para el tratamiento del caso social.

2.2 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL IGSS:

El Trabajo Social en el Hospital de Rehabilitación, constituye una Sección del Departamento de Trabajo Social del instituto, ocupa un local en el módulo administrativo que facilita su localización y acceso a los afiliados, público, personal y autoridades. Posee cubículos individuales para la atención de las personas, tiene asignadas ocho Trabajadoras Sociales, una supervisora, una secretaria, además un piloto con vehículo dos veces al mes. La sección tiene horario de 8:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes. Trabaja con el Método de Trabajo Social de Casos y lleva a cabo una entrevista inicial a todos los pacientes de primer ingreso, establece el primer contacto con el afiliado, previo a ser evaluado por el médico tratante o Trabajador Social que le corresponda, según el área donde sea clasificado, debe escuchar al paciente, informarle con términos claros y precisos, sus derechos y obligaciones, anotar en el expediente médico en la hoja de evolución social, sus datos generales, verificación de su domicilio, número de cédula y número de afiliación, su problemática, informándole la importancia de su participación en su tratamiento, algunas veces no se puede realizar la entrevista por limitaciones del paciente, según el riesgo, recurriendo a familiares.

Hace investigación de campo, la entrevista en vehículo urbano o extra-urbano, solicita colaboración a Trabajadores Sociales departamentales.

Los objetivos de la sección son los siguientes:

"Generales: Que el Trabajador Social, como parte del equipo

multidisciplinario del proceso rehabilitador, contribuya a mejorar los niveles de vida de los afiliados, limitados físicos y sus familias, llevando a cabo de manera efectiva el trabajo, aplicando los métodos y técnicas específicas de la profesión.

Específicos: Que los individuos afectados por secuelas de accidentes o enfermedades, logren a través de la acción de Trabajador Social, las mejores condiciones de vida y bienestar social por su propio esfuerzo.

Que el paciente inválido vuelva a ser parte importante de la fuerza productiva del trabajo, ya sea en la misma actividad que desarrollaba anteriormente o en otra distinta en consecuencia con su capacidad reducida, a manera de mantener la situación socio-económica familiar dentro de patrones aceptables para sí mismo y su medio ambiente en general.

Realizar estudios de aspectos socio-económicos en la población atendida para poder conocer sus condiciones de vida y necesidades, con el objeto de encausar las prestaciones del instituto en la mejor forma posible". 22/

Los Trabajadores Sociales tratan de cumplir con estos objetivos a pesar del limitado personal con que cuenta la sección.

La Sección está organizada así:

22/ Instructivo de la Sección de Trabajo Social del Hospital de Rehabilitación del IGSS y Atribuciones del Personal, 1982.

-Dos Trabajadoras Sociales para Lesiones Medulares, pacientes internos y externos.

-Una Trabajadora Social para amputados, miembro inferior, miembro superior y plexo braquial, internos y externos. Entrevistas iniciales, atención de público e investigación.

-Dos Trabajadoras Sociales para Lesiones Craneoencefálicas, pacientes internos y externos, además atiende según horario entrevistas iniciales, trabajo de investigación, atención de público en forma rotativa.

-Una Trabajadora Social, para pacientes del Anexo del Hospital de Traumatología y Ortopedia, que también atiende entrevistas iniciales, atención de público e investigación en forma rotativa.

-Una supervisora responsable de la Sección, participa en Juntas de Gran Traumatizados con las Trabajadoras Sociales de las diferentes salas, juntas administrativas, Junta Técnica, donde debe presentar casos, organiza, dirige, coordina y supervisa las actividades de la Sección, tiene a su cargo el adiestramiento del personal de nuevo ingreso a la Sección, es entre las autoridades de la institución y el personal de la Sección, representa a la Unidad ante Bienestar Social, común, INTECAP y los que le ordene la Dirección Ejecutiva.

-Una secretaria, responsable de todo el trabajo mecanográfico de la Sección, del control, recepción, distribución, despacho de expedientes y documentos que ingresan y egresan de la Sección, anotación y resguardo de libros de control de las oficinas del archivo, expedientes sociales, de mantener la papelería y útiles necesarios para la Sección. Ser discreta con el personal y los pacientes, guardando ética profesional, atiende a las personas que se presentan a la oficina para que sean tratados sus casos por las Trabajadoras Sociales según su situación.

Actividades de Rutina en el Proceso Social:

-Entrevista Inicial: Es el primer contacto del paciente con la Trabajadora Social de la Sección, llenando una hoja de evolución social que trae el expediente. Se anotan todos sus datos generales, laborales, el diagnóstico de ingreso y el riesgo. Se le dan a conocer sus derechos y obligaciones, explicándole como debe asistir al tratamiento según indicación médica en la hora señalada para su tratamiento y tener derecho a pago de prestaciones corrientes, fechas de pago, importancia de sus documentos de identificación y del transporte que otorga la institución según indicación médica. Al detectar problemas se refieren al Trabajador Social de la sala donde estará asignado. Después de la entrevista inicial, el paciente lo traslada un conserje con su expediente al médico tratante, llenándose los registros correspondientes de entrega y recepción de la sala donde se traslada al paciente.

-Atención al Público: Es escuchar con atención a todas las personas que solicitan información o ayuda a la Sección por diferentes problemas, consultas de orientación, o para aclarar situaciones, haciendo divulgación del régimen, uso de otros recursos y de otras instituciones, refiriéndolas a las unidades o al Trabajador Social que corresponda, según la naturaleza del problema planteado.

En hoja de evolución social del expediente del paciente se deja constancia escrita, de los contactos con el público.

-Atención en Salas: Es la visita que se lleva a cabo diariamente, en los salones de encamamiento, con la finalidad del control de casos, conocer la evolución de cada paciente y para el contacto directo con el mismo y los diferentes profesionales. Se entrevista a los pacientes

principalmente los que no pueden llegar a la oficina, para conocer problemas familiares, de pago de prestaciones o de cualquier otro tipo, se establece comunicación con el resto del equipo que está en contacto directo todo el día con los internos, y con familia y/o las empresas.

-Ronda Médica en la Sala: Es la visita que el equipo multidisciplinario lleva a cabo a los pacientes, se realiza una vez por semana por la mañana, donde cada profesional informa de acuerdo a su campo, la evolución, el progreso y las dificultades que se han observado en el tratamiento del paciente. Preside el Médico Jefe del Servicio.

-Juntas de Gran Traumatizado: Previa agenda elaborada por Trabajo Social una vez por semana, a las 10:00 horas se presentan los casos. Cada uno de los profesionales que intervienen en el tratamiento del paciente informa y emite su opinión al respecto, se llega a conclusiones con la participación del paciente y su familia, se programa para futuras juntas o se da caso concluído. El Trabajador Social presenta en cada junta un informe de la investigación del caso: en el domicilio, la empresa o en los ambientes que sean necesarios según la patología que presente los problemas que le afectan, o para su posible reinserción laboral, familiar y social.

-Clínica de Amputados: En estas se presentaron casos de amputados para discusión con la participación de la Trabajadora Social, con el equipo multidisciplinario, se realiza dos veces por semana.

-Junta Técnica: Es la máxima autoridad del Hospital, integrada por todos los jefes del servicio de la unidad y los especialistas, es presidida por el Director Ejecutivo, se lleva a cabo los viernes de las 10:00 horas en adelante en el Salón de Sesiones de la unidad, se

presentan casos que ameritan discusión para dotación de equipos, aparatos, prótesis o casos difíciles que sean solicitados por las autoridades superiores o de los diferentes servicios de la unidad o de otras instituciones.

Trabajo Social, debe elaborar un informe de cada caso que se presenta en dicha Junta Técnica, forma parte de la misma y emite opinión. La secretaria de Junta Técnica es la secretaria de la Dirección Ejecutiva.

-Entrevistas con Pacientes Cancelados: Los afiliados que fueron víctimas de un accidente, que le deja una incapacidad permanente al darle alta el médico tratante, se refiere a Medicina Legal con su expediente médico para ser clasificado porque el instituto les concede una prestación global. Trabajo Social, interviene en la elaboración de informes socio-económicos de acuerdo al porcentaje de limitación que le dejara el accidente, le proporciona la orientación necesaria al afiliado para el cobro de la prestación ulterior, interviene el en la entrega de la prestación global en cantidades mayores de Q.600.00, en casos de menores o de pacientes con problemas específicos, que le dificulten cobrar por sí.

Los pacientes cancelados que retornaron a su trabajo o pasan a ser cubiertos por el riesgo de invalidez o vejez se les proporciona la orientación correspondiente, de acuerdo a sus derechos, se trata de involucrar a la familia para el apoyo que necesita el afiliado, también se gestionan cambios de trabajo en las empresas cuando el caso lo amerita y el paciente está de acuerdo.

-Control y Seguimiento de Casos Sociales: De acuerdo a las técnicas establecidas y a la organización y registro de casos sociales de la Sección, se abren casos sociales al paciente gran traumatizado de los salones de Lesiones Medulares, Lesiones Craneoencefálicas y algunos de amputados o en otros servicios que a criterio del Trabajador Social, ameriten tratamiento social. Cada Trabajador Social, tiene un promedio de 40 casos sociales en tratamiento mensualmente.

-Otras Actividades que Realiza el Trabajador Social:

-Reuniones de supervisión individual

-Reuniones de grupo

-Estudios socio-económicos por prestación anterior, IVS, reparación de aparatos o renovación de los mismos, beneficios pecuniarios por reingreso, dotación de silla de ruedas, y otros de pacientes ya cancelados.

-Estudios socio-económicos para pago del 50% de prestaciones a los beneficiarios de los pacientes para poder cobrar por no estar en el uso de la mayoría de sus facultades mentales.

-Colaboración en suspensiones y readmisión de labores, citaciones de faltistas.

-Localización de familiares.

-Establecimiento de domicilios para pago de pasajes o transportes.

-Investigación para localización de pacientes que abandonan el hospital.

-Recopilación de documentos.

-Gestiones en prestaciones e inspección por falta de pagos a los pacientes.

-Gestiones ante los jefes del servicio para solicitar a inspección informe de afiliación de afiliados para otorgamiento de equipo mínimo

de trabajo y de parapléjico.

-Control de trabajo individual, elaboración de informe mensual.

-Control de casos del proceso social y las anotaciones correspondientes en cada caso y en los expedientes de cada paciente, en hojas de evolución social.

2.3 EL TRABAJADOR SOCIAL, MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO:

Para la Seguridad Social de Guatemala: "Rehabilitación es el proceso que tiende a capacitar de nuevo a un trabajador física y psíquicamente para la vida activa del trabajo". 23/ El concepto de rehabilitación integral, obliga a trabajar en equipo.

Para llevar a cabo un trabajo acorde a la magnitud del problema es necesario abordarlo en su totalidad en forma inter-multidisciplinaria, para obtener el consenso y responsabilidad de las diferentes instancias de la sociedad.

La rehabilitación es un proceso contínuo y coordinado que genera acciones que tratan de obtener la integración social y laboral de la persona, su independencia así como su equiparación de oportunidades, siendo necesario fijar objetivos y acciones que respondan a una concepción integral, es allí donde la concepción filosófica del Trabajo Social se lleva a cabo basado en principios, objetivos y funciones que permitan al Trabajador Social establecer el acercamiento directo y objeto de trabajo, permitiendo la participación, organización y promoción en la realidad guatemalteca.

23/ Leyes Básicas del IGSS, Artículo 14, Acuerdo 97 de Junta Directiva, Departamento de Relaciones Públicas del IGSS, 1982.

Si se trabaja en un hospital de enfermedades agudas, crónicas, hogares convalecientes, con personas de la tercera edad, en el hogar o en el campo laboral, el Trabajador Social debe tener una actitud de rehabilitación, así como otros conocimientos, que son básicos para todas las fases de asistencia a personas en el campo de la salud y en Seguridad Social pues los conocimientos limitados de rehabilitación de una personal profesional, provoca una actitud de desesperanza, por falta de conocimiento y seguridad que priva al paciente de una asistencia apropiada, sea médico, Trabajador Social, psicólogo, terapeuta, enfermera u otros.

El Trabajador Social en rehabilitación debe desarrollarse en la asistencia general, ya que los aspectos preventivos de la rehabilitación deben ser aplicados durante toda la vida del paciente, teniendo en mente que el contacto humano, el tratamiento individualizado es necesario para iniciar la rehabilitación, así como el trato cordial y correcto, el interés que perciba el paciente del profesional (aún los que se encuentren privados del uso de sus facultades mentales) y el que obtenga del paciente para su participación como sujeto de rehabilitación es determinante en el proceso rehabilitativo.

La rehabilitación integral, necesita que el Trabajador Social, tenga el acercamiento directo con el hombre como objeto y sujeto de trabajo, ubicado en la realidad guatemalteca como lo indica el trifoliar que promociona la carrera del Trabajo Social en la Universidad de San Carlos de Guatemala. "Para el inicio del tratamiento, es necesario el conocimiento de la óptica de la persona afectada para saber como observa su problema, si presenta alternativas, temores y otros, así como su problemática circundante de salud, económica, social y laboral, el impacto a su grupo familiar o social, laboral y sus alternativas de solución a

esa problemática".

En el campo de la salud, conocer el diagnóstico y el pronóstico del accidente o enfermedad servirán al Trabajador Social para orientar a la persona y contribuir con el equipo multidisciplinario a lograr posibles cambios o transformación de hábitos y costumbres, que permitan una reorientación profesional, una colocación laboral y su adaptación en lo posible, a su medio social y laboral con la participación de la familia (cuando se logra mantener su apoyo) o con otros grupos y de la comunidad.

El trabajo del equipo multidisciplinario en el Hospital de Rehabilitación del IGSS, tiene como objetivo el tratamiento integral de la persona con respeto como sujeto participante, tratando que pueda compensar su limitación física y mental, para que sea útil a sí misma, a su familia y a la comunidad.

El Trabajador Social, debe considerar que la deficiencia y falta de autonomía en el entorno económico, social y cultural invalida a las personas, las secuelas o deficiencias, la falta de destreza, plantean la necesidad de poder desarrollar un trabajo de orientación y capacitación entre personas con limitaciones integradas a una sociedad más justa que les ofrezca igualdad de oportunidades con dignidad, ya que el ser humano tiene capacidad de comunicación, productividad, creatividad y en el proceso de rehabilitación deben considerarse aspectos individuales y sociales. La persona en proceso de rehabilitación debe ser protagónica y responsable de su crecimiento y desarrollo, como ser individual y miembro activo de una sociedad, así como su familia. El trabajo con casos permite conocer, respetar y aprovechar las expectativas del paciente

y su familia; pero utilizando las instancias que permitan su desarrollo de acuerdo a su realidad y oportunidades para el mejor aprovechamiento de los recursos, los derechos que le otorga la Seguridad Social, para estar en capacidad de analizar y afrontar las deficiencias del entorno que limitan su autonomía, buscando las estrategias que progresivamente le permitan gozar de iguales oportunidades, reconociendo que también tiene deberes y obligaciones como miembro activo de la sociedad.

La rehabilitación crea las condiciones necesarias para que las personas logren actuar libremente en su medio social y productivo, desarrollando un trabajo gratificante que le permite sentirse persona y desenvolverse activamente en la sociedad. El Trabajador Social debe trabajar porque en la sociedad se opere un cambio de actitud o posibles modificaciones en sus estructuras, porque en muchos casos no son las personas limitadas las que dan su imagen, sino ésta es creada por la sociedad, utilizando términos que etiquetan, segregan y marginan, creando verdaderos estigmas a las personas limitadas.

El equipo puede ser entendido en un sentido amplio como un grupo de personas con conocimientos en diferentes áreas que aportan su experiencia en la búsqueda de un objetivo común que prima sobre sus intereses personales que brinda satisfacción no sólo al grupo sino a la persona". 24/

Es una forma de trabajo donde se observa una estrecha coordinación y comunicación entre sus miembros, las decisiones se toman en consenso de grupo basados en los aportes individuales y su

24/ Edición GLARP, Oficina Central, Area Materiales y Medios, Artes Communicatus Ltda., Bogotá, Colombia, Agosto de 1989.

significado integral, el afiliado participa de la decisión porque es el actor que ejecuta las acciones.

En la práctica se necesita esfuerzo, interés y compromiso de cada uno de los miembros del equipo incluyendo al paciente, conservando su identidad con capacidad de identificar y respetar el lugar de los otros así como la forma adecuada de utilizar los canales de comunicación, la aceptación de comentarios o sugerencias de acuerdo a lo que puede aportar cada uno en la consecución del objetivo común.

La rehabilitación no es el resultado de un trabajo personal sino el esfuerzo de todo un equipo perfectamente coordinado y bien eslabonado con una sola meta: rehabilitar a la persona en forma integral, hacer de ella un ser activo y útil, reincorporándolo a la comunidad como una persona adaptada a su situación, capacitada para laborar y ser fuente de ingresos, para su bienestar, el de su familia y de la comunidad.

La rehabilitación es una especialidad en la que los diferentes profesionales no pueden trabajar en forma aislada, porque tienen un concepto integral de salud y han comprendido que las personas no son sólo huesos, músculos, tejidos o sistemas y por eso toman en cuenta factores sociales que influyen sobre la salud, la enfermedad, el bienestar y calidad de vida.

Como la rehabilitación integral es un sistema abierto con interdependencia entre el entorno y el sujeto, se establece el funcionamiento de equipo inter y multidisciplinarios, con suficiente apertura para poder utilizar las especialidades y recursos inter-institucionales a fin de lograr

oportunidades para el usuario, en el sentido que facilite el proceso de integración al medio social a que pertenece, a la sociedad en general y de ser posible al proceso de producción en una ocupación o trabajo que su limitación le permita desempeñar con eficiencia.

El Trabajador Social en el Hospital de Rehabilitación del IGSS, participa activamente en el proceso contínuo y coordinado de acciones que se llevan a cabo para la rehabilitación integral, presenta casos, expone y defiende los mismos, como lo hacen las diversas disciplinas que contribuyen a la realización de un objetivo común, por lo que es muy importante que el Trabajador Social en sus informes, exponga en forma sencilla, veraz y ágil el mundo que rodea al paciente, los fenómenos y el conjunto de elementos personales y/o entidades con quienes se relaciona, su perspectiva, condiciones y características de la persona, así como situaciones concretas de la realidad que vive dentro del Instituto, destacando aspectos positivos y negativos observados en el trabajo de campo, los cambios favorables o desfavorables que se han operado en la persona o su grupo a los que indique la familia o el paciente.

El equipo multidisciplinario de rehabilitación, confía y acepta al Trabajador Social, como el profesional capacitado y útil para abordar problemas sociales, que tiene conocimiento de la realidad nacional, individual, familiar, laboral, reglamentaria y social de la persona de estudio. Su activa y acertada participación (por varias generaciones) en la investigación, evaluación, presentación de su trabajo y tratamiento de los casos así lo acredita.

En el Hospital de Rehabilitación el Trabajador Social participa en

el equipo multidisciplinario del paciente gran traumatizado en lesiones medulares, lesiones craneo-encefálicas y amputados (clasificados miembro superior, miembro inferior, lesión braquial y nervios periféricos).

2.4 LA COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL:

El Instituto tiene prevista en su organización reglamentaria las inter-relaciones en sus diferentes unidades para la atención de la población. La calificación del derecho para hacer uso de los servicios corresponde a la unidad de adscripción según el domicilio del afiliado, donde se lleva a cabo la inscripción inicial del caso y allí debe presentar el interesado la documentación que lo acredite como tal; el criterio médico determina el otorgamiento del tratamiento y la unidad donde debe recibirlo determina si debe suspender labores.

Existen mecanismos inter-institucionales para la recepción y el traslado de pacientes, este procedimiento se hace como un trámite administrativo; pero la intervención del Trabajador Social de la unidad donde se inicia la atención del afiliado, se desconoce al trasladar al paciente al Hospital de Rehabilitación, por eso el 98% de pacientes y familiares trasladados de otras unidades, esperan milagros, el gran traumatizado cree que allí van a obtener su curación; el parapléjico que allí va a caminar. Los de lesiones más leves, se resisten para regresar a trabajar porque consideran que el tratamiento les va a devolver el estado anterior al riesgo. Así, el inicio del tratamiento en el Hospital de Rehabilitación del IGSS se principia de cero en todos sus aspectos. Allí el equipo multidisciplinario empieza a trabajar cada caso, algunas veces ni siquiera se tiene la certeza de su calidad de afiliado o carece de documentos.

2.4.1 Metropolitana:

En el área metropolitana, no existe coordinación con otras instituciones que trabajan con Rehabilitación, se establece comunicación con Trabajo Social o con otras instituciones para poder obtener información en investigaciones que se llevan a cabo para tratamiento social de casos o para obtener apoyo al referir pacientes a otras instituciones.

2.4.2 Departamental:

No ha sido posible establecer la coordinación de oficio con las cajas y delegaciones departamentales, se solicita por escrito información de casos para presentarlos a Juntas de Gran Traumatizados o por solicitud de las personas que necesitan reposición de aparatos, equipos, pagos y otros.

Algunos Trabajadores Sociales de los Departamentos, elaboran estudios socio-económicos, ellos están saturados de trabajo, otros contestan que "sólo hacen informes de IVS".

SECUENCIA DE PRESENTACION DE CASOS A JUNTAS DE GRAN TRAUMATIZADO DE LESIONES MEDULARES.

1. Ingreso al Hospital de Rehabilitación.
2. Fase de shock emocional en que se encuentra (cree que va a caminar).
3. Se espera 90 días para presentarla a la primera Junta de Grandes Traumatizados.

4. Qué se debe informar:
 - a) Qué hacía antes.
 - b) El ambiente que lo rodeaba.
 - c) Sus relaciones y reacciones.
 - d) Cómo estaba constituido su hogar.
 - e) Qué participación tenía para el sostenimiento de su hogar.
 - f) Cómo era su relación laboral y estabilidad.
 - g) Hay posibilidad de ser nuevamente aceptado en su empresa y en su hogar.
 - h) Destrezas, habilidades, oficios, hobbies, era miembro de clubes o grupos.
 - i) Religión, grado religioso.
 - j) Posibilidad de su comunidad para obtener fuentes de trabajo para instalar negocios.
 - k) Información y estudio de factibilidad para instalar equipo de parapléjico o de trabajo.
 - l) Situación económica - vivienda.
5. Elaborar informe inicial, programar presentación del caso a Junta de Gran Traumatizado, los lunes de 10:00 a 12:00 horas.
El paciente expone sus puntos de vista.
6. El informe de Trabajo Social y el de los otros miembros del equipo multidisciplinario servirá para determinar la conducta a seguir, a cada miembro se le asigna una función durante un tiempo determinado, se fija la fecha de la próxima evaluación, presentado a segunda Junta, redactándose nuevo informe.
7. Segunda Junta a los 180 días (6 meses), se investiga lo necesario, informando como evolucionó el paciente y si se cumplió con la recomendación de Junta anterior, debe haber un criterio formado desde el punto de vista: Físico, anímico y socio-económico.

- a) Determinar qué desea hacer.
 - b) Determinar qué puede hacer.
 - c) Determinar qué se le puede ofrecer.
8. El Trabajador Social debe establecer:
- a) Dónde va a colocarse el paciente a su egreso.
 - b) Va a ser recibido por su familia, por otra persona o institución.
 - c) Va a ser recibido por su patrono, en el mismo o en otro trabajo o en qué se va a ocupar.
 - d) Qué dicen o qué piensan sus familiares y amigos.
 - e) Ya no va a poder trabajar.
 - f) En qué se va a reorientar.
 - g) Cómo se va a sostener.
 - h) Qué persona recibirá adiestramiento para su cuidado.
- 20 Días antes de su egreso (Acuerdo 19 G/76 de Gerencia).

Se toma opinión al paciente por la Junta Tercera, Junta a los 9 ó 10 meses de tratamiento.

Se espera que debe estar terminado su tratamiento. Al determinar su cancelación el médico indica fecha de egreso para reanudar labores. Y pasa a Junta Evaluadora a la Sección de Medicina Legal para su clasificación por incapacidad permanente, por accidente, para prestación global o cobertura por invalidez.

Las Oficinas Administrativas le proporcionan el documento de "Alta al Patrono", donde indica el día que debe volver a su trabajo. Recibe su equipo o aparatos prescritos por el fisiatra o de trabajo si fué reorientado profesionalmente, proporcionándole aprendizaje en un oficio diferente al que desempeñaba antes de su accidente (sastrería, radio,

tecnica, carpintería, otros).

El Instituto le proporciona pensión mientras viva y a sus beneficiarios por sobrevivencia.

SECUENCIA DE TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL IGSS EN LA SALA DE AFECIONES CRANEO ENCEFALICAS:

ATIENDE:

- Pacientes de la Capital y Departamentos que cubre el IGSS por accidente o enfermedad.
- Ingresos.
- Pacientes externos e internos.

ENTREVISTA INICIAL:

- A. Datos Generales
- B. Grupo Familiar
- C. Situación Económica
- D. Derechos y Obligaciones:
 - Elaboración de Ficha Social
 - Tratamiento Social del Caso
- A. Entrevistas
- B. Gestiones
- C. Visitas Domiciliarias
- D. Visitas Patronales
- E. Visitas Institucionales

Buscar colaboración en la familia, para proceso de rehabilitación del paciente.

- Gestionar ingreso de pacientes en caso concluído.
- A. Otras instituciones
- B. Otros familiares
- C. Hogares sustitutos
- D. Jubilaciones
- E. I.V.S.

REUNIONES DE EQUIPO PARA CONOCER:

- A. Problemática del paciente
- B. Familia
- C. Situación laboral
- D. Discusión para determinar conducta a seguir

Trabajo Social contribuye al proceso integral de rehabilitación del paciente con accidente cerebro vascular (enfermedad) o tratamiento cráneo encefálico y trámites administrativos para su egreso. Por accidente es evaluado por la Sección de Medicina Legal del Instituto para su clasificación por la incapacidad permanente que le quedó o para cobertura por invalidez o edad, por el IGSS o Servicio Civil.

CAPITULO 3

3. EL DISCAPACITADO DENTRO DEL CONTEXTO SOCIO-ECONOMICO DE GUATEMALA Y LA REINCORPORACION A SU MEDIO

El discapacitado en el contexto socio-económico del país tiene pocas posibilidades de integrarse al proceso productivo también la reincorporación a su medio es difícil, porque las instituciones que atienden esta población no tienen coordinadas acciones para llevar a cabo el proceso educacional con la finalidad de conseguir el máximo desarrollo de las personas con limitaciones, enfatizando las posibilidades para que puedan adquirir destrezas y habilidades que los capaciten para lograr independencia y poder ser productivas.

En 1981, Año Internacional del Incapacitado, proliferó la formación de comités con la representación de grupos, entidades y personas interesadas en la rehabilitación con sugerencias para lograr mejoras en los programas existentes en forma creativa y cualitativa, colaborando instituciones privadas, autónomas, estatales y la población.

En 1983, por Acuerdo No. 179/83 se creó la Comisión Nacional de los Impedidos "CONACI" encargada de promover, impulsar, coordinar, ejecutar, evaluar programas, proyectos y acciones en favor de los discapacitados a nivel nacional. Desafortunadamente no se ha logrado hasta la fecha la coordinación de las instituciones que trabajan con minusválidos por diversidad de factores.

Por Acuerdo Ministerial 12/83, surge la Sección de Colocación de Minusválidos, en el Departamento Nacional de Empleo y Formación Profesional del Ministerio de Trabajo, con la finalidad de contribuir

a la readaptación profesional del incapacitado a través de su colocación y reubicación en un puesto de trabajo para el sector productivo.

En 1985 se inició en Guatemala, autorizado por el Ministerio de Educación, el Programa de Aulas Integradas para la atención de niños con problemas de aprendizaje en aulas regulares, bajo la supervisión del Departamento de Educación Especial de la Dirección de Bienestar Estudiantil y Educación Especial.

La Constitución de la República de Guatemala, promulgada en 1985 25/ en sus Artículos 10. y 20. del Título "La Personal Humana, Fines y Deberes del Estado", establece la responsabilidad del Estado frente a sus habitantes, garantiza su protección y desarrollo. Su fin supremo es la realización del bien común.

El Artículo 53 se refiere a los discapacitados: garantiza su protección por el Estado y a personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales, declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad, para lo cual la ley regulará esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutivos que sean necesarios.

Los Artículos 72 y 73 indican que el fin de la educación integral es la persona humana.

El Artículo 94 se refiere a las acciones dirigidas a la prevención,

25/ Constitución Política de la República de Guatemala, Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente el 31 de Mayo de 1985, Publicaciones del Ministerio de Gobernación, Tipografía Nacional de Guatemala, Guatemala, C.A., 1986.

promoción, recuperación, rehabilitación, hacia un bienestar físico, mental, social para todos los habitantes de esta nación.

El Artículo 102, establece la protección y fomenta el trabajo de los discapacitados, contenidos en los derechos sociales de legislación del trabajo (literal m) con su limitación como una persona independiente. Poniendo de manifiesto el interés del Estado para lograr la rehabilitación física, psíquica, social y laboral de la población; pero no ha sido posible la coordinación.

La calidad del Trabajo Social podría mejorarse con el incremento de recursos humanos de calidad para la población atendida que permita planificar actividades docentes permanentes para actualización del Trabajo Social, capacitación del personal y seguimiento de casos en coordinación con otras unidades metropolitanas y departamentales, trabajo de grupo y comunidad.

En 1985, el Hospital de Rehabilitación llevó a cabo una investigación a nivel nacional para conocer la supervivencia de las personas y la población que ha recibido equipo de trabajo o de parapléjico de 1959 a 1984, pero no fué posible su completa localización.

El censo de septiembre de 1981 de Guatemala reportó el número de discapacitados en 78,600. El 15.1% de hombres y el 12.4% de mujeres.

El número máximo se representa en el grupo de 10 a 14 años en más de 7,000 casos. El mayor porcentaje de discapacitados se ubica en el grupo de 15 a 19 años con un 62%; este número disminuye a consecuencia de la mortalidad, procesos que se presentan con diferentes

riesgos que provocan incapacidades, son irreversibles e invalidantes para el trabajo y qué número de personas expuestas a dichos riesgos se reincorpora a la vida productiva o a qué se dedican para subsistir.

El censo de 1990 reportó un total de 9,197,351 habitantes; con el incremento de población paralelamente aumenta el deterioro social, la mortalidad infantil, los problemas de salud, vivienda, desempleo, educación, prostitución, desnutrición, así como las personas con algún tipo de discapacidad.

Según datos estadísticos Guatemala, en mayo de 1992, tenía 900,000 personas discapacitadas en toda la República; pero no se pueden considerar como datos reales por falta de reportes de procesos invalidantes por enfermedad, accidentes, violencia y secuelas, se tienen estadísticas que indican cuántos de los discapacitados sobreviven.

La Organización Mundial de la Salud señala que en el mundo, alrededor del 10% de la población, padece algún grado de discapacidad por lo que, según datos estadísticos estimados para el año 90, 919,735 personas padecen algún tipo de discapacidad lo que evidencia la gravedad del problema con repercusiones alarmantes en vías de crecimiento, porque Guatemala no tiene políticas de población.

En 1992 fué elaborado el documento "Políticas de Desarrollo para la Atención de la Discapacitación: Un Enfoque Multisectorial y Multidisciplinario", interviniendo en su elaboración la Secretaría General del Consejo de Planificación Económica (SEGEPLAN), Organización Panamericana para la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación de Capacitación y Asistencia Técnica en Educación y Discapacidad (ASCATED), persigue lograr "una efectiva rehabilitación

e incorporación de la población discapacitada al proceso de desarrollo nacional", esperando la participación de organizaciones gubernamentales y privadas.

Los conceptos de minusvalía y rehabilitación han sido diversos a través de la historia con la influencia de características geográficas, sociales, económicas, nivel de su desarrollo y su cultura.

Ha existido una proliferación de términos con los que se ha nombrado a las personas con limitaciones: Deficiente, subnormal, impedido, lisiado, mutilado, minusválido, ciego, sordo, tonto, loco, inválido y otros que expresan en forma peyorativa y destructiva la percepción de la sociedad y que conducen a una imagen negativa de este especial ser humano.

Se han usado clasificaciones que los describen por categorías, que producen disección o parcelan a la persona de acuerdo a las especialidades profesionales, que emiten opiniones de expertos sin que sea evaluada la persona en su condición total sin participar en la acción rehabilitadora, que le provoca ansiedad al comprender el bombardeo de tecnicismos, aparatos o situaciones sofisticadas de algunos profesionales y porque desconoce el beneficio de la acción rehabilitadora, así como porque se siente despojado de su personalidad.

También ha generado una confusión nominal y conceptual entre las diferentes instancias del proceso de rehabilitación generando distorsiones sobre lo que es la persona limitada y la rehabilitación, considerando que debe usarse un término que permita identificarlo como una persona diferente a las demás y que involucre una realidad

científica, legal y social usando una nueva nomenclatura. 26/

Los movimientos internacionales, defensores de esta población, conciben a la persona con limitaciones como un ser humano integral, con igualdad de derechos y deberes a los otorgados a cualquier miembro de la sociedad.

3.1 ENTORNO DEL AFILIADO DISCAPACITADA:

A lo largo de la historia las personas con limitaciones no son aptas personal y socialmente, han vivido en total sometimiento y dependencia, la sociedad les ha asignado un lugar y una función, han sufrido rechazo y muerte porque los han considerado expresión del mal, sustituyendo este rechazo por sobreprotección, se les considera objeto de caridad y asistencia; ha pasado mucho tiempo para constituirse en objeto de estudio y sujetos participantes del problema, influyendo en gran parte el retorno de numerosos soldados jóvenes con secuelas mentales y físicas producidas por la guerra; en Europa y Estados Unidos; de esta manera, la OIT hace su recomendación 99 en 1955 sobre la rehabilitación y empleo de inválidos.

El accidente o la enfermedad tiene tratamiento, que concluye hasta que la persona nuevamente se integra a sus actividades cotidianas o se adapta a otra acorde a su capacidad residual, que permita independencia económica o cuando menos llevar una vida tolerante, sentirse útil y desenvolverse con su incapacidad, integrándose al medio socio-económico de procedencia.

26/ Manuel Velásquez Clavijo: Documentos Técnicos, INSERSO, 41/85, "Hacia una Nueva Denominación del Minusválido Físico", Pág. 9, Artes Communicatus Ltda., Bogotá, Colombia, Agosto de 1989.

El problema estriba en que el potencial de rehabilitación es desconocido, o mejor dicho ignorado. Se le considera poco importante y podríamos decir que a última hora se piensa en el proceso rehabilitador y sin duda se debe a que está considerado "La tercera fase de la asistencia médica". El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tiene clasificada su atención en: Medicina Preventiva, Curativa y Rehabilitación. La rehabilitación está aislada y considera lo que se debe hacer después de haber hecho otros tratamientos, sin duda, ésta es la razón por la que los afiliados se ven privados de varios aspectos vitales de la rehabilitación, de gran parte de aspectos preventivos importantes de la asistencia, como prevención de otras lesiones, contracturas, úlceras por decúbito, deterioro físico y moral, aislamiento o abandono de la familia (desintegración); no se hace un esfuerzo por mantener las capacidades existentes. El hospital cerrado, impide a los pacientes vislumbrar un futuro que pueda ser relativamente satisfactorio, no ayuda a la familia a asimilar el problema y dificulta preparar el medio para los cambios necesarios.

Al Régimen de Seguridad Social le interesa la rehabilitación, cubre todos los objetivos, siendo el paso normal entre el tratamiento de la alteración y el retorno a la normalidad buscando la reducción de las secuelas, utilizando diferentes técnicas para alcanzar la libertad funcional máxima y en el caso de que estas secuelas sean de carácter permanente o irreversible, encontrar su compensación para el desarrollo futuro de la vida profesional y social del limitado sustituyendo acciones caritativas por una obligación de la Institución por derecho, cumpliendo con los Artículos 53, 72, 73 y 94 de la Constitución Política de la República.

La rehabilitación debe desarrollarse de acuerdo a la situación económica y cultural ajustada a la realidad guatemalteca, tomando en cuenta que los riesgos son similares en todo el mundo, pero las repercusiones sociales, culturales y económicas son peculiares del país.

La Seguridad Social vela por la incorporación del afiliado como ser humano, al proceso de producción nacional o a su comunidad, pero las oportunidades de empleo no siempre son favorables. En el área rural la difícil situación económica y la falta de transporte para su desplazamiento obliga a los pacientes a quedar sub-empleados y los trabajadores agrícolas (jornaleros) tienen más dificultad para realizar sus labores habituales, porque el alto porcentaje de analfabetismo dificulta su reubicación en otra actividad laboral.

El IGSS, proporciona reorientación profesional, pero la situación del mercado laboral y la economía prevaleciente, no garantiza que al concluir el adiestramiento, el discapacitado encuentre empleo remunerado creándole incertidumbre y duda de ser capaz para poner en práctica su capacitación con eficiencia y competitividad en el área de acción.

Durante el proceso rehabilitativo el ingreso para el sostenimiento personal o de grupo (cuando es jefe de hogar) queda disminuído a dos tercios del salario base. En caso de enfermedad termina a las 39 semanas de tratamiento, contadas desde el inicio de la misma.

Los patrones culturales, la incapacidad reproductiva, su falta de potencialidad, la vivienda y la falta de recursos económicos, hacen crisis en cualquier grupo familiar y es muy difícil mantener la unidad y la participación de la misma en el proceso rehabilitador. Cuando se

dispersa para poder subsistir sobreviene el abandono del paciente, siendo difícil la colocación a su egreso por la desintegración familiar o por el establecimiento de otra convivencia, la edad avanzada, el nivel educativo (analfabetismo), condiciones de la vivienda, dificultad en el acceso, el transporte, las barreras del lenguaje, la motivación del incapacitado, la severidad de la incapacidad y su adaptación al hospital hacen que el discapacitado tenga dificultad para incorporarse a la vida productiva.

No se encontraron estadísticas que indiquen cómo ha sido la incorporación del minusválido al medio; pero los seminarios y talleres que se han realizado en diferentes años, con la participación de discapacitados coinciden en indicar que tiene necesidades comunes para tener acceso a mejor calidad de vida, que también tiene la mayoría de la población guatemalteca, pero a ellos se les dificulta más a pesar que existen "normativas" para que se cumpla la ley que establece su protección.

Los problemas que ellos señalaron en las diferentes mesas de trabajo fueron los siguientes:

- Considerar el concepto de minusválido o discapacitado.
- Legislación (organismo de apoyo para discapacitados).
- Capacitación para su incorporación al trabajo.
- Participación de la familia.
- Barreras arquitectónicas.
- Dificultad para hacer uso y abordar el transporte urbano y extra-urbano.
- Igualdad de oportunidades (derecho al trabajo - vida social decorosa con dignidad).

- Incorporación de la mujer discapacitada a la vida activa del país.
- Baja cobertura en los programas de prevención, rehabilitación e integración.
- Desconocimiento de la discapacidad e implicaciones.
- Poco personal capacitado para atender la demanda de atención.
- Énfasis en programas curativos, no preventivos.
- Concentración y centralización de los servicios.
- Falta de decisión política para la cobertura e integración de la persona discapacitada.
- Indiferencia de la Procuraduría de los Derechos Humanos para involucrarse en la atención de la discapacidad.
- Educación sexual (especialmente para el parapléjico).

En noviembre de 1992 en el Primer Encuentro con Personas con Discapacidad y Perspectivas de Participación Social de las Personas con Discapacidad en Guatemala, se integró una comisión formada por discapacitados para promover la participación del discapacitado en la toma de decisiones de las instituciones que trabajan en su beneficio.

3.2 DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que el problema del uso de los vocablos para denominar a las personas con limitaciones no ha sido exclusivamente por nomenclatura, sino también de confusión de conceptos; definió tres dimensiones en las que puede verse afectada una persona con secuelas de enfermedades, accidentes o alteración congénita. Considera estructuras psicológicas, fisiológicas y anatómicas, así como las capacidades y los roles sociales.

Literalmente se tomaron como son enunciadas por la Organización Mundial de la Salud en 1976.

"DEFICIENCIA: Es toda pérdida o anomalía de función psicológica, fisiológica o estructura anatómica.

DISCAPACIDAD: Es toda restricción o pérdida (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad, en la manera considerada normal para un individuo.

MINUSVALIA: Es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el total desarrollo de su rol normal (dependiendo de la edad, sexo y factores socio-culturales) para ese individuo.

Las deficiencias, discapacidades y minusvalías, pueden ser:

- De corta a larga duración (crónica, dura más de tres meses).
- Reversible, permanente.
- No compensable o parcial o totalmente compensada (ejemplo: la provisión de lentes puede compensar totalmente la deficiencia visual."^{27/}

3.3 CAUSAS DE LA INCAPACIDAD EN EL MEDIO GUATEMALTECO:

Las causas desencadenantes de la discapacidad son múltiples y variadas, la discapacidad, en otras partes del mundo como en Guatemala, es originada por malformaciones congénitas, enfermedades

^{27/} Documento elaborado por la Asociación de Capacitación y Asistencia Técnica en Educación y Discapacidad (ASCATED), Consejo de Planificación Económica, Dirección de Planificación Sectorial, Pág. 51, Guatemala, Mayo de 1992.

o accidentes (accidentes comunes o de trabajo); pero en el medio guatemalteco tiene una etiología cuyo origen es patológico, social, económico y falta de oportunidades. Las causas de la discapacidad son complejas, producidas por acciones fenomenológicas del ambiente, de criterio de valoración o porque se parcela o etiqueta a la persona de acuerdo a las especialidades de los profesionales, o puntos de vista de las personas, por falta de educación, de medidas preventivas, de alimentación, abrigo, seguridad, por problemas socio-económicos, marginalidad y porque el difícil acceso a la educación y al bienestar invalidan a la persona, pues conducen a dificultades en el desarrollo normal de la vida diaria que limita las posibilidades de participación activa con la familia, la comunidad y en el proceso de producción que pueden generar incapacidades irreversibles.

3.3.1 El Discapacitado en el Medio Urbano:

En Guatemala, la atención para los discapacitados está concentrada en el área metropolitana, en algunas ciudades como: Antigua Guatemala, Quetzaltenango y Mazatenango se atienden determinados casos con algunos programas por el Estado y la iniciativa privada. El IGSS tiene atención de rehabilitación en Quetzaltenango, Mazatenango y Puerto Barrios para accidentes. La capital y Escuintla para accidentes y enfermedad.

Es difícil obtener servicios para la atención del discapacitado para su familia y comunidad con la finalidad de involucrarlos en la rehabilitación, porque las instituciones tienen recursos limitados. Hay duplicidad de esfuerzos y no coordinan sus actividades, o existe el celo de cuidar su campo; no tienen programas preventivos, con pocas

excepciones como el Comité Nacional Prociegos y Sordomudos.

El fenómeno del crecimiento poblacional con el estancamiento de los servicios en cuanto al número y ampliación de los mismos para atender el incremento de la población discapacitada, provoca dificultad para su atención o diseminar lo que existe entre la demanda de atención, lo que se convierte en una situación crítica para ellos a nivel de Instituciones, falta de personal para trabajar con limitados, carencia de insumos, así como personal capacitado y con mística para su atención.

El índice de desempleo es del 45% para la población en general. Se desconoce el potencial del discapacitado que también dificulta la reinserción laboral del discapacitado que ha logrado una reorientación profesional.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social atiende a la población afiliada y beneficiaria, a los asegurados por invalidez, vejez y sobrevivencia y a los jubilados del Estado.

3.3.2 Discapacitado del Medio Rural:

En el área rural la población, en su mayoría se dedica a labores agrícolas, las artesanías o al desarrollo de actividades comerciales en pequeña escala, su reinstalación laboral es difícil porque la persona que ha sufrido lesiones medulares o cráneo encefálicas tiene dificultad para su movilización; en un alto porcentaje son peones o jornaleros que sólo han trabajado auxiliándose de instrumentos agrícolas, simples, como azadón, machete en el corte de café; su nivel educativo o

analfabetismo no permitió enseñarles otro oficio en el período rehabilitativo; los que eran afiliados al régimen invalidados desde 1977, tienen una pensión del Instituto. En el estudio que se llevó a cabo por el Hospital de Rehabilitación de 1959 a 1985 recibieron equipos de trabajo 109 personas (en toda la República), para que trabajaran por su cuenta previa reorientación profesional, encontrando que el 51% de todo el grupo hace uso de su equipo de trabajo, lo que le proporciona algún ingreso y lo mantiene ocupado. Se tiene conocimiento que los que no logran integrarse a su hogar se dan al abandono, ingieren licor, tienen dificultad para obtener atención al sufrir complicaciones por la topografía donde residen, el acceso y el transporte. Las condiciones habitacionales y el lugar donde están ubicadas las viviendas, también les dificulta la movillización, estas condiciones han sido explotadas en campañas de divulgación por los medios de comunicación donde presentan a personas limitadas para obtener ingresos para determinados programas, constituyendo estas acciones falta de respeto a los derechos humanos de personas limitadas.

CAPITULO 4

4. SISTEMAS DE REHABILITACION INTEGRAL Y LA PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL

Para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el sistema de rehabilitación integral constituye el conjunto de acciones y procesos coordinados desarrollados por diferentes profesionales que tienen establecidas una positiva comunicación en diferentes vías para lograr rehabilitar física, social, psíquica y laboralmente a una persona víctima de un accidente o enfermedad, teniendo como objetivo común capacitarla para que pueda utilizar al máximo su capacidad residual.

Literalmente en el Diccionario Enciclopédico El Ateneo, Tomo V, dice: "SISTEMA: (del Lat. sistema) m. Conjunto de ideas o principios científicos o filosóficos correlacionados entre sí y lógicamente estructurados en un sólo cuerpo de conceptos. Conjunto de partes o elementos interdependientes que forman un todo unitario. Clasificación orgánica de algo. Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a determinado objeto". 28/

Por la naturaleza de los problemas que aborda la rehabilitación, los procesos rehabilitativos se encuentran estrechamente interrelacionados unos con otros, constituyendo un sistema donde el final es la respuesta de la acción del conjunto. El Trabajo Social y otras ciencias para entender las implicaciones que una incapacidad permanente puede producir en una persona y su familia, y también para el patrono, necesita analizar y estudiarla desde una dimensión sistemática, para

28/ Pedro Salei: Diccionario Enciclopédico, El Ateneo, V.R.Z., Impreso en Amorrortu, S.A., Buenos Aires-Lima-Río-Caracas-Montevideo-México-Barcelona, Enero de 1970, Bs. As.

poder llevar a cabo acciones rehabilitativas que permitan conocer y definir su problemática estableciendo enlaces entre los distintos sectores y variables que aparecen en el trinomio: persona con incapacidad permanente, entorno y rehabilitación y además contar con los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de la rehabilitación. 29/

En la rehabilitación integral es necesario involucrar tantos recursos de acuerdo a las circunstancias específicas que se deben analizar, estudiar y resolver, teniendo en mente las características, objetivos y condiciones del IGSS, de los usuarios, individualidad de la persona y los recursos de la comunidad disponibles. La Seguridad Social debe tener especial cuidado en proteger al personal involucrado en este sistema que está expuesto a fuerte presión de trabajo y al stress, para prevenir su deterioro y así poder mantener altos niveles de calidad en el trabajo.

El sistema de rehabilitación integral en el IGSS, constituye el conjunto de medidas médicas, sociales, educativas, vocacionales, profesionales y otros que estudian los fenómenos múltiples elementos en su totalidad y con sus interrelaciones de la persona incapacitada, con el propósito que pueda compensar dicha limitación, sintiéndose útil a sí misma y a su familia y logre integrarse al medio socio-económico y cultural en que vive, con independencia y dignidad, alcanzando los más altos niveles de funcionalidad, desempeñando una actividad acorde a su capacidad residual.

En un sistema de rehabilitación los elementos generales son:

29/ Serie Básica en Rehabilitación Profesional, Unidad Dos "Enfoque Sistémico y Trabajo en Equipo", GLARP, Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Artes Communicatus Ltda., Bogotá, Colombia, 1989.

a) Insumos: En el sistema de rehabilitación el insumo principal lo constituye la persona limitada y su familia que proviene de un contexto social con características propias sociales y culturales que también posee recursos propios, que son investigados por el Trabajador Social, que deben asumirse y ponerlos en juego dentro del sistema para asegurarse que la persona sea actora y gestora del proceso de rehabilitación.

b) Los Procesos: Son los procedimientos que utilizan los distintos profesionales, el personal administrativo, las terapias, y todo lo que se usa en las evaluaciones y tratamientos que se convierten en recursos y son usados selectivamente, de acuerdo al objetivo que se desea alcanzar y las características del caso.

c) El Producto: Es la transformación que obtiene el sistema de rehabilitación al lograr que la persona incapacitada y su familia, alcance los más altos niveles de funcionalidad al reintegrarse a su medio socio-económico y cultural en que vive con independencia y dignidad.

El funcionamiento del sistema de rehabilitación integral, se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario donde está incluido el paciente dentro de su contexto socio-económico, cultural e institucional.

Para el desarrollo del proceso, utiliza varias etapas; la rehabilitación funcional: con medidas médicas, educativas, psicológicas y sociales.

Rehabilitación Profesional: Con servicios, evaluación, orientación, adaptación, formación profesional, investigación social, pruebas de trabajo, colocación laboral y seguimiento.

Rehabilitación Social: Propiciando establecer mecanismos de intercambio con el entorno, promoviendo acciones con la familia, amigos, comunidad, patronos, instituciones, Estado y otros. Este proceso también utiliza procedimientos tecnológicos, administrativos, sociales y reglamentación que faciliten la integración de la persona al medio social, prepara a los afiliados con incapacidad permanente para que desempeñen su rol en la sociedad cumpliendo sus obligaciones de acuerdo a su edad y condición socio-cultural, económica y área geográfica. 30/

En Rehabilitación se considera que lo más importante es el afiliado y su familia en su conjunto individual y social, porque trae consigo características de su entorno, es por eso que para que funcione como sistema se debe llevar a cabo una concepción integral, inter y multidisciplinaria.

Los participantes del equipo de trabajo de rehabilitación consideran al afiliado como persona en sus diferentes esferas: física, biológica, psicológica, cognoscitiva, espiritual, afectiva y social, todas importantes porque son el perfil del ser humano, además como un ser activo por naturaleza con capacidad para percibir, crear, amar, producir, con posibilidad de establecer relaciones, descansar, transformarse y transformar la realidad.

El equipo multidisciplinario con experiencia está capacitado para prever hasta donde va a llegar el discapacitado desde el inicio de su rehabilitación y puede determinar en qué momento la rehabilitación

30/ Idem, Pág. 42.

funcional, profesional y social deben interrelacionarse, apoyándose unas en otras cuando se necesitan procedimientos tecnológicos, administrativos, reglamentarios y sociales, así como tratar que las acciones de rehabilitación integral se lleven a cabo simultáneamente con la persona, familia, al medio social, laboral y colectivo que permitan el ajuste del sujeto-entorno. 31/

En el sistema de rehabilitación integral, hay participación de todos los profesionales miembros del equipo multidisciplinario, todos son imprescindibles, son eslabones coordinados que permiten su funcionamiento; cada uno en su especialidad tiene un campo de acción muy importante hacia un objetivo común determinado en un ambiente de libertad, responsabilidad, respeto y confidencialidad.

El trabajo en equipo no es fácil, no se consigue de la noche a la mañana, es necesario unificar puntos de vista, aunar esfuerzos, mantener su evolución constante, la formación del criterio de cada decisión, procedimientos o plan de acción que se tome sirva para llevar a cabo calidad de trabajo y el cumplimiento de objetivos. Su funcionamiento se obtiene con el compromiso de todos y la entrega a un objetivo común; pero es tangible cuando se establece la interrelación armónica y saludable entre sus miembros, se hace ostensible un cambio de actitud profesional y los resultados van marcando una guía para lograr la independencia del sujeto de rehabilitación para obtener su autonomía y equiparación de oportunidades para las personas con incapacidad permanente, también se van encontrando oportunidades en el entorno.

31/ Roberto Cruz Aguilar: "Evaluación y Tendencias de las Prestaciones de Seguridad Social a la Importancia Creciente de las Medidas de Rehabilitación", XXII Asamblea General de ATSS, Montreal, Septiembre de 1986.

Las reuniones para evaluaciones están programadas y se realizan con la participación de todos sus integrantes en un local privado, donde también participa el paciente. El equipo está coordinado por el jefe del servicio, que es un especialista en Medicina Física y Rehabilitación (fisiatra). En el expediente del paciente quedan escritas las aportaciones de cada uno de sus miembros, desde el inicio y todas las evaluaciones de Juntas de Gran Traumatizado de Lesión Médular o Cráneo Encefálico hasta su egreso.

La participación de Trabajo Social en el sistema de rehabilitación integral, está presente en todo el proceso, con la persona, la familia, entorno, trabajo, instituciones, Estado, interrelacionado con los integrantes del equipo multidisciplinario, aportando la información que obtiene con los contactos a nivel local y departamental. El Trabajador Social participa desde el ingreso del paciente, introduciéndolo al mundo de la rehabilitación, prepara al paciente para que participe como sujeto de tratamiento, tratando de ambientarlo y adelantar información, orientándolo en su tratamiento, para que se le facilite hacer su ordenamiento mental cotidiano del quehacer en el hospital y obtenga el máximo aprovechamiento de su permanencia en el mismo, de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones, dejando la impresión en el afiliado, que con el Trabajador Social puede tener una relación abierta, de confianza, discreción absoluta y apoyo.

Escucha y observa su actitud, interés, si necesita o no ayuda, le comunica cuál es la función de Trabajo Social, que le ofrece el hospital como paciente, la importancia de su asistencia a tratamiento, que espera de él la Institución.

En el trabajo de campo, observa, investiga y busca información de acuerdo al problema, antecedentes personales, familiares, relaciones familiares, ambientes familiares, sociales, laborales, habilidades, destrezas; cómo se desempeña en su comunidad, la posibilidad de colocación familiar, laboral o reinstalación de trabajo en la misma ocupación o en otra para la que fué reorientado o la que pueda desempeñar de acuerdo a su capacidad remanente de trabajo, factibilidad para el retorno del paciente a su hogar, preparación del ambiente para su instalación de cama, letrina, paralelas, acceso de silla de ruedas en las puertas o para facilitar su desplazamiento de acuerdo a la topografía del lugar o la vivienda, para el uso de equipos de trabajo, factibilidad de mercado y otros según el caso.

Por escrito y verbalmente informa al equipo inter y multidisciplinario lo observado en terreno presentando la realidad encontrada. En cada evaluación actualiza su informe y presenta la investigación o intervención que el equipo o que el Trabajador Social considera de importancia. Lleva un expediente social diferente al expediente médico del paciente que permanece en la sala al estar hospitalizado.

Durante el proceso y desde el inicio, el Trabajador Social, planifica su intervención tratando de introducir cambios en el desarrollo de las potencialidades del paciente, superando su problemática social para lograr su rehabilitación con su participación tratando de mantener la comunicación con su grupo familiar, personas que puedan apoyarlo y con su ambiente laboral y su patrono.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE REHABILITACION INTEGRAL



Para la atención individual en la planificación de rehabilitación integral, es importante tomar en cuenta:

-Que el afiliado es persona que comprende, tiene percepción y creatividad, actúa de acuerdo a su realidad y es el protagonista del proceso de su rehabilitación.

-Los impactos sociales se observan principalmente en el núcleo familiar, la integración social allí se debe iniciar, es básico mantener la interrelación familiar.

-La persona en proceso rehabilitativo, participa y es receptiva cuando están cubiertas sus necesidades básicas y las de su familia, indudablemente se siente estimulado, sabiendo que es útil para algo y se le trata con respeto.

El sistema de rehabilitación funciona únicamente cuando está integrado y hay apoyo entre uno y otro profesional, una pequeña falla de alguno dificulta o no permite el resultado. El sistema de rehabilitación integral logra resultados cuando el afiliado pueda ser independiente, con autonomía tiene participación y capacidad para adaptarse a las exigencias del medio según su edad, sexo, cultura y con habilidad para enfrentar los problemas que se le presentan, buscando las soluciones adecuadas a su medio, encontrando apoyo de su familia, aceptación de la comunidad y el proceso de producción.

La rehabilitación integral, tiende a proveer a los afiliados de bienes y servicios que contribuyan a satisfacer sus necesidades, alcanzar un óptimo funcionamiento de integración a la vida en igualdad de condiciones, de participación y competitividad personal, social y laboral, desarrollando acciones con el afiliado, su familia y la sociedad

para lograr su ajuste y aceptación como persona. 32/

La filosofía de la Seguridad Social en sus medidas de protección, tiene contemplada la entrega de bienes y servicios a los afiliados en proceso de rehabilitación, el Hospital de Rehabilitación les proporciona por incapacidad permanente prestaciones en servicio, equipos de auto ayuda, y equipos de trabajo para que puedan laborar por su cuenta, reorientados para diferentes oficios desde 1959, con un valor cada uno hasta por Q.1,500.00 según Acuerdo 3466 de Gerencia, 33/ que determina la forma y condiciones como deben ser otorgados los equipos mínimos de trabajo a pacientes, según clasificación médica en relación a la limitación física, previo acucioso estudio de factibilidad de Trabajo Social.

Los pacientes que recibieron equipo de trabajo fueron tratados individualmente por el equipo multidisciplinario en Junta de Gran Traumatizado, Trabajo Social presentó los informes de investigación socio-económicos, estudios de factibilidad, expectativas de mercado, análisis y control a nivel local y departamental. Fueron después evaluados por Junta Técnica, que dictaminó si procedía o no la adjudicación. La Dirección Ejecutiva del Hospital de Rehabilitación, con su aprobación, las trasladó al Departamento Médico de Servicios Centrales para su trámite, siendo Subgerencia de Prestaciones la que autorizó la compra y entrega del equipo al paciente, la cual se llevó a cabo en el Hospital de Rehabilitación, después de haber cumplido los requisitos administrativos.

32/ Serie Básica de Rehabilitación Profesional, Manual I, Unidad Dos, Pág. 50, GLARP: Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Artes Communicatus, Ltda., Bogota, Colombia, 1989.

33/ Acuerdo de Gerencia del IGSS No. 3466 para adjudicación de equipos mínimos de trabajo modificado por Acuerdo de Gerencia No. 10/88 del 13 de mayo de 1988, autoriza valor de los equipos hasta por Q.4,750.00 y el Acuerdo No. 2/94 del 14 de febrero de 1994 autoriza costo hasta por Q.6,000.00.

En 1984, el Director Ejecutivo del Hospital de Rehabilitación Dr. Roberto Cruz Aguilar, el Jefe del Servicio Dr. Francisco Sandoval Rosales y los miembros del equipo multidisciplinario consideraron que era importante conocer si los pacientes que habían recibido equipos de trabajo se estaban beneficiando con su uso, si llenaban su cometido, cómo se encontraban estos, si mantenían interés y practicaban los conocimientos para trabajar en la actividad que fueron adiestrados.

El Director Ejecutivo del Hospital de Rehabilitación nombró una comisión integrada por Jefes de Trabajo Social, psicología y terapia ocupacional del Hospital, para elaborar el plan de trabajo para la evaluación de pacientes a quienes, les fué otorgado equipo mínimo de trabajo por el Hospital de Rehabilitación de 1954 a 1985, que fué presentado y aprobado por las autoridades del Instituto para llevar a cabo el estudio.

4.1 TRABAJO DE GABINETE:

Para la planificación del trabajo se determinaron los objetivos.

GENERAL: Establecer si el paciente que recibió equipo de trabajo oportunamente, se está beneficiando con el uso del mismo, si es adecuado a sus necesidades y si la orientación que recibió lo capacitó para hacer uso adecuado del mismo y mantiene interés en trabajar en la actividad para lo que fue adiestrado.

ESPECIFICO: Determinar si el paciente ha logrado adaptarse a sus limitaciones físicas y emocionales, con su familia y el medio en que se desenvuelve, qué factores favorecen que continúe usando el equipo o no permiten su uso y las condiciones en que se encuentra el equipo que le fue otorgado.

Actualizar el mecanismo de entrega de equipos de trabajo en coordinación con Cajas y Delegaciones Departamentales y si los recursos de la Institución están llenando su cometido, si deben mejorarse, cambiarse o sustituirse por otros.

Se revisaron libros de registro, informes estadísticos y actas de Junta Técnica, se encontró un total de 255 casos de equipos de trabajo otorgados de 1959 a 1985 y el lugar donde fueron recibidos al egreso de los pacientes. Se elaboraron nóminas de pacientes para su localización, según su residencia por departamento a la entrega del equipo mínimo de trabajo o de parapléjico.

No se encontró información registrada de 1959 a 1976, la que se obtuvo fué de 1977 a 1985.

Se elaboró una boleta para obtener la información siguiente:

1. Datos generales, programa que cubre, reorientación recibida.
2. Clase de equipo otorgado, condiciones de la entrega, cómo se encontró en la entrevista.
3. Presentación personal del entrevistado.
4. Desarrollo personal.
5. Relación con la familia, grupo familiar, si trabaja para sostener al grupo, relaciones inter-familiares.
6. Desarrollo laboral; cómo obtiene sus ingresos; cómo se transporta a su trabajo; qué piensa el entrevistado en relación a su trabajo; actitud ante el trabajo.
7. Equipo de parapléjico: posee completo el equipo; ha solicitado reparaciones o cambio.
8. Atención médica: la ha solicitado a la unidad más cercana, a su domicilio, por qué motivo.

Se programaron dos seminarios para preparar al personal y así pasar la encuesta a nivel urbano y rural en toda la República.

Adiestramiento de personal, cronogramas de actividades, listados de pacientes ubicados en diferentes zonas para su localización, verificación de domicilios, estuvo a cargo de la Sección de Trabajo Social coordinando con Registros Médicos y Bioestadística de la Dirección General de Servicios Médico Hospitalarios y Departamento de Actuarial y Estadística, con el Departamento de Trabajo Social y los servicios del Hospital de Rehabilitación.

El trabajo de campo para pasar la boleta estuvo a cargo de Trabajadores Sociales del Departamento de Trabajo Social del ICSS a nivel metropolitano y departamental.

La población estudiada se encontró diseminada en toda la República a excepción del Departamento de Sololá. Se realizaron dos seminarios-talleres en el Hospital de Rehabilitación durante una semana para Supervisores y otra para Trabajadores Sociales de la capital y departamentales, donde se les dió a conocer el funcionamiento de la Unidad, la dinámica para el otorgamiento de equipos mínimos de trabajo, los objetivos de la investigación y la boleta de encuesta. Se trató de interesarles para trabajar en Rehabilitación y se entregaron guías para elaboración de los informes.

La fuente de información fué el paciente parapléjico, cuadripléjico, paraparésico y algunos de cráneo, actuando como entrevistador el profesional en Trabajo Social, quien tuvo a su cargo localizar a los pacientes, por medio de visita domiciliaria. Se usó el método estadístico

y se trabajó con un universo de 255 casos de pacientes Gran Traumatizados del Hospital de Rehabilitación de toda la República, se tomó una muestra bastante representativa, difícil de obtener, que no pudo ser elaborada con número aleatorios; siendo un total de 179 pacientes.

Esta muestra fue elaborada por el Jefe del Departamento de Actuarial y Estadística del Instituto.

4.2 TRABAJO DE CAMPO:

Se entregaron a cada uno de los Trabajadores Sociales los listados de los casos correspondientes a cada departamento y el número de boletos para toda la República agrupados en zonas: centro, costa sur y sur occidental, oriente, norte y occidente.

El Departamento de Actuarial y Estadística del IGSS tuvo a su cargo la tabulación de datos y presentación de resultados; de la muestra de 179 pacientes sólo fueron localizados 161. A continuación, un resumen de la tabulación:

Entrevistados	118
Fallecidos	21
Dirección inexacta	22 (sin localizar)

PARADERO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO DE PACIENTES FALLECIDOS:

Vendido	03
En uso de familiar	06
Se ignora	09
Recogido por rehabilitación	01
Robado	02

LUGAR DONDE FALLECIERON:

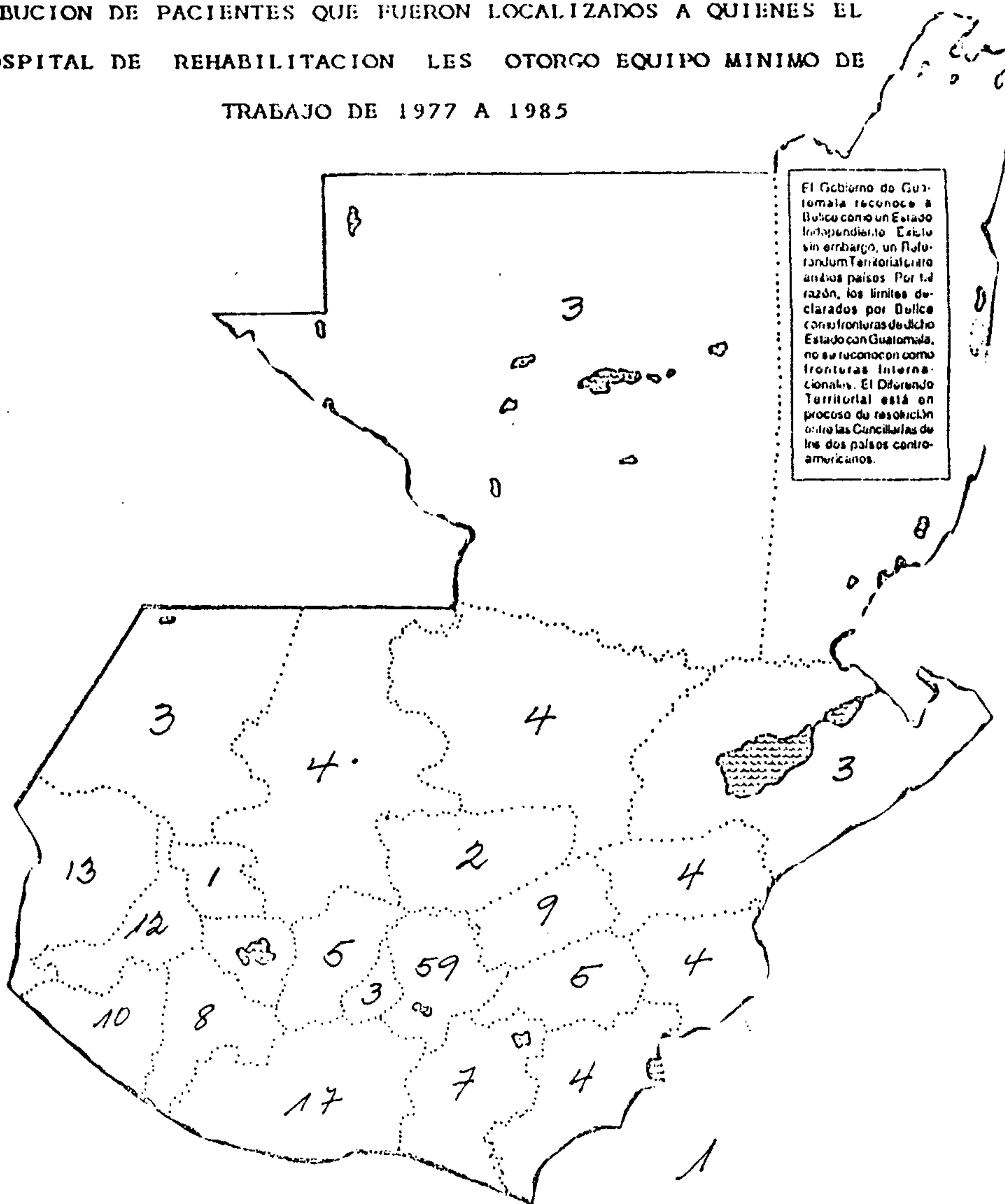
Guatemala	11
Escuintla	03
Quetzaltenango	01
Coatepeque	01
Antigua	01
Chiquimula	01
Petén	01
Quiché	01
Patulul	01

**PARAPLEJICOS Y CUADRAPLEJICOS INGRESADOS DURANTE
LOS AÑOS DE 1977 A 1985 (6 DE NOVIEMBRE/85)**

AÑO	PACIENTES
1977	49
1978	64
1979	71
1980	60
1981	81
1982	65
1983	82
1984	63
1985	64

FUENTE: Investigación de Campo.

DISTRIBUCION DE PACIENTES QUE FUERON LOCALIZADOS A QUIENES EL HOSPITAL DE REHABILITACION LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO DE 1977 A 1985



El total de ingreso de pacientes fué de 599, se encontraron en los registros del Hospital, en este período, 255 equipos otorgados. Los equipos de trabajo los proporciona el Instituto según normas establecidas en Acuerdo de Gerencia No. 3466 "para el trabajo o ejercicio de profesiones corrientes en el medio nacional guatemalteco" hasta por Q.1,500.00. Existe una clasificación médica en relación a limitación física, Trabajo Social hace el estudio de factibilidad, el afiliado debe usar el equipo de trabajo para obtener ingreso o estar ocupado. Se otorgan de acuerdo a evaluación del equipo multidisciplinario, presentado a Junta Técnica para su estudio, evaluación y dictamen de Junta Técnica del Hospital de Rehabilitación. Actualmente el valor de los equipos de trabajo no pueden exceder de Q.6,000.00, según Acuerdo de Gerencia No. 2/94 del 14 de febrero de 1994 que es la última modificación.

**PACIENTES A QUIENES SE LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO
POR HOSPITAL DE REHABILITACION, QUE CORRESPONDEN AL CENTRO
DE LA REPUBLICA**

CUADRO No. 1

	TOTAL	%
Ciudad Capital	44	65.67
Municipios de Guatemala	15	22.39
Chimaltenango	05	7.46
Sacatepéquez	<u>03</u>	<u>4.48</u>
	67	100.00

FUENTE: Investigación de Campo.

El mayor número de equipos ha sido entregado a pacientes de la capital y sus municipios, se considera la situación de haber más facilidad para accesos, transporte y comunicación; además, por la concentración de centros de trabajo el mayor número de afiliados era del Departamento de Guatemala; es decir el 88.06%.

**PACIENTES A QUIENES SE LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO
POR HOSPITAL DE REHABILITACION QUE CORRESPONDEN A COSTA SUR
Y SUR OCCIDENTAL**

CUADRO No. 2

	TOTAL	%
Escuintla	17	26.56
San Marcos	13	20.31
Quetzaltenango	09	14.06
Suchitepéquez	10	15.63
Retalhuleu	08	12.50
Santa Rosa	<u>07</u>	<u>10.94</u>
	64	100.00

FUENTE: Investigación de Campo.

Escuintla es el segundo departamento que el ICSS ha entregado mayor número de equipos de trabajo a los afiliados, donde el número de pacientes es elevado por los riesgos a que están expuestos por las fuentes de trabajo que existe, alcoholismo y analfabetismo, y actividad laboral que desarrollan; así como por el comercio que facilita cambios de actividad laboral.

**PACIENTES A QUIENES SE LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO
POR HOSPITAL DE REHABILITACION, QUE CORRESPONDE A ORIENTE**

CUADRO No. 3

	TOTAL	%
Izabal	03	10.34
Zacapa	04	13.79
Chiquimula	04	13.79
El Progreso	09	31.04
Jalapa	05	17.25
Jutiapa	<u>04</u>	<u>13.79</u>
	29	100.00

FUENTE: Investigación de Campo.

El Progreso tiene 3.79% de afiliados que representa el tercer lugar que el IGSS ha otorgado equipo de trabajo; las causas: riesgos por accidentes de trabajo, uso de arma de fuego o caída de árbol, así como analfabetismo.

**PACIENTES A QUIENES SE LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO POR
HOSPITAL DE REHABILITACION, QUE CORRESPONDEN A NORTE**

CUADRO No. 4

	TOTAL	%
Petén	03	23.03
Quiché	04	30.77
Alta Verapaz	04	30.77
Baja Verapaz	<u>02</u>	<u>15.38</u>
	13	100.00

FUENTE: Investigación de Campo.

Los Departamentos de Quiché y Alta Verapaz, tienen cada uno un 30.77% donde los equipos que se entregan son para actividades comerciales, telares y barbería.

PACIENTES A QUIENES SE LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO POR HOSPITAL DE REHABILITACION, QUE CORRESPONDEN A OCCIDENTE

CUADRO No. 5

	TOTAL	%
Huehuetenango	03	42.86
Quetzaltenango	04	42.86
Totonicapán	<u>01</u>	<u>14.28</u>
	07	100.00

FUENTE: Investigación de Campo.

En Quetzaltenango y Huehuetenango se entregó 42.86% de equipos de trabajo, está en relación directa con el número de afiliados en esos departamentos y habilidad comercial. En la parte sur occidental de Quetzaltenango el número de equipos entregados fué del 14.00% (Cuadro No. 2).

**DISTRIBUCION DE EQUIPO DE TRABAJO Y NUMERO DE PACIENTES
A QUIENES SE LES OTORGO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO DEL
HOSPITAL DE REHABILITACION DE 1959 A 1985, SEGUN LA
CLASIFICACION SIGUIENTE**

CUADRO No. 6

	TOTAL	%
Tienda de víveres	37	31.35
Molino de mixtamal	15	42.86
Sastrería	13	14.28
Radiotécnica	10	
Cafetería o refresquería	05	
Tejidos en telares a máquina	05	
Barbería	05	
Otros	05	
Zapatería	04	
Granja agrícola	04	
Soldadura autógena y eléctrica	03	
Carpintería	02	
Talabartería	02	
No declarados	02	
Carnicería	01	
Depósitos de granos	01	
Desgranadora de maíz	01	
Oficina (Tipo I y II)	01	
Relojería	01	
Mecánica dental	01	
Tienda de ropa	00	
Estudio fotográfico	00	
Pintura o soplete	00	
Jardinería	00	
Modas	00	
Electricista	00	
Panadería	00	
Transporte en lancha	00	

FUENTE: Investigación de Campo.

El nivel académico es determinante para que se otorgue equipo de trabajo. La tienda de víveres tiene un 31.25%; el molino de mixtamal

el 12.7% y constituyen actividades donde la familia participa y se facilita el adiestramiento del paciente.

DIAGNOSTICO DE PACIENTES A SU INGRESO

CUADRO No. 7

	TOTAL	%
Paraplejía	83	70.33
Paraparesía	17	14.40
Cuadriplejía	07	05.93
Cuadriparesía	02	01.69
Otros	06	05.00
No declarado	03	02.54

FUENTE: Investigación de Campo.

El mayor número de equipos mínimos de trabajo fué otorgado a pacientes parapléjicos que son el 70.33%, quienes se encontraron en el uso de facultades mentales y con miembros superiores funcionales, el 5.93% fueron cuadrapléjicos que con limitación en sus cuatro miembros aprendieron a utilizar sus miembros superiores con ayuda de férulas y desde luego con apoyo familiar.

TIPO DE ACCIDENTE SUFRIDO

CUADRO No. 8

	TOTAL	%
Agresión	25	21.31
Tránsito	33	27.96
Caída	34	28.91
Común	20	16.94
Otros	05	04.23
No declarado	01	0.84

FUENTE: Investigación de Campo.

La caída y el accidente de tránsito fueron los tipos de accidente que más afectó a estos afiliados porque no se controla la observancia de medidas de prevención, en los centros de trabajo y en la vía pública, el descuido, el alto grado de analfabetismo y la ingesta de alcohol inciden en el tipo de accidente que afectó más a estos afiliados.

OTORGAMIENTO DE EQUIPOS MINIMOS DE TRABAJO POR EDAD

CUADRO No. 9

EDAD	TOTAL	%
15 - 25	03	21.31
25 - 34	30	27.96
35 - 44	40	28.91
45 - 54	31	16.94
55 - 64	11	04.23
65 - 74	02	00.84
No declarado	01	00.84

FUENTE: Investigación de Campo.

Entre 35 y 44 años que son el 33.89% se encuentran comprendidos el mayor número de afiliados que recibieron equipo mínimo de trabajo y el 1.69% lo constituyen pacientes entre 64 y 74 años. El grupo de afiliados que constituye el 33.89% se encuentra muy relacionado con el límite de edad que exigen las empresas para el ingreso al proceso de producción, aún a personas sin limitaciones aparentes. Se manifestó interés por su reorientación profesional y un elevado número pertenece a la capital y municipios de Guatemala, Escuintla, El Progreso y Quetzaltenango.

El 1.69% son personas de la tercera edad, que se interesaron en ayudar a su familia y aún tenían hijos menores.

La población más afectada es joven, de 25 a 45 años de edad y constituyen el 85.88%.

ESTADO CIVIL

CUADRO No. 10

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
Soltero	37	31.35
Casado	42	35.59
Unido	27	22.83
Viudo	02	01.69
No declarado	01	00.84
Divorciado	01	00.84
Separado	08	06.77

FUENTE: Investigación de Campo.

el 35.59% de pacientes eran casados constituyéndose el mayor número y el 31.35% eran solteros; pero el 50% tienen ayuda de su esposa o compañera de hogar, considerando que ésta ha proporcionado su apoyo.

LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE I.V.S.

CUADRO No. 11

	TOTAL	%
SI	55	18.64
NO	63	53.38

FUENTE: Investigación de Campo.

El 53.38% de pacientes no está cubierto por el Programa de I.V.S.;

nótese que a pesar de que el Programa se inició en 1977 hay un 46.61% cubierto por I.V.S.

ESCOLARIDAD

CUADRO No. 12

	TOTAL	%
Analfabeta	22	18.64
1-3 A. Primaria	36	30.50
4-6 A. Primaria	41	34.74
Básico	06	05.08
Vocacional	08	06.77
Universitario	03	02.54
No declarado	02	01.69

FUENTE: Investigación de Campo.

El 34.74% cursaron la primaria, pero 18.64% son analfabetas y el 30.50% cursaron de 1ero. a 3er. año primaria, los que constituyen un 59.14% de analfabetismo que va a dificultar la reorientación profesional que limita reincorporar al paciente a una actividad más productiva y porque su actividad laboral lo constituían tareas agrícolas (jornaleros).

REORIENTACION PROFESIONAL OTORGADA

CUADRO No. 13

	TOTAL	%
Ninguna	23	19.49
Sastrería	18	15.25
Radiotécnica	16	13.55
Barbería	05	04.23
Pequeña empresa	05	04.23
Telares	04	03.38
Mecánica dental	01	00.84
Agricultura	00	00.00
Hortaliza	00	00.00
Administración	00	00.00
Flores de corte	00	00.00
Fotografía	00	00.00
Radio y T.V.	00	00.00
Productor de piña	00	00.00
Electrodomésticos	00	00.00
Otros	16	13.25
No declarado	30	25.42

FUENTE: Investigación de Campo.

El 41.54% recibieron beneficios en reorientación profesional en los talleres del Hospital de Rehabilitación, siendo el mayor porcentaje para sastrería y radiotécnica, solamente uno para mecánico dental. El nivel académico de las personas es determinante para su reorientación profesional, el analfabetismo y el alto porcentaje de trabajadores que desempeñan actividades prácticas dificulta llevarla a cabo. Desde su ingreso Trabajo Social investiga sus intereses, habilidades y destrezas, con su familia, su entorno y otros para que el equipo pueda aprovecharlas durante su tratamiento en el hospital. Algunos no se interesan en la reorientación indicando que se les dificulta obtener

materia prima para producir. Con el accidente o la enfermedad sus ingresos decrecen, por lo que su situación económica se torna crítica, al ser pensionados, esta es calculada de acuerdo a sus salarios base devengados y no recibe el pensionamiento a corto plazo, tampoco es sujeto de crédito bancario.

FORMA EN QUE RECIBIO EL EQUIPO DE TRABAJO

CUADRO No. 14

	TOTAL	%
Completo	84	71.18
Incompleto	27	22.88
No declarado	07	05.93

FUENTE: Investigación de Campo.

El 71.17% recibieron equipo mínimo de trabajo completo y 28.82% incompletos, se ignora cuántas piezas les hicieron falta y por qué no se entregó completo.

Se tiene conocimiento que la compra y entrega fraccionada de los equipos mínimos de trabajo incide en que muchos de estos queden incompletos, por los engorrosos trámites burocráticos de acuerdo a la ley de compras y contrataciones y porque las autoridades y personal que participa en la obtención de los mismos desconocen su importancia en el proceso de rehabilitación integral.

CONDICIONES DE EQUIPO DE TRABAJO ENCONTRADOS DURANTE
LA ENTREVISTA

CUADRO No. 15

	TOTAL	%
En funciones	62	52.54
Destruído	16	13.55
Descompuesto	13	11.01
Vendido	05	04.23
Arrendado	00	00.00
En reparación	05	04.23
Otros	10	08.97
No declarado	07	05.93

FUENTE: Investigación de Campo.

En funcionamiento se encontraron 62 equipos que equivale al 52.64% y el resto que son 56 no funcionaban que son un 47.46%.

No existe coordinación con las cajas y delegaciones para que puedan ofrecer mantenimiento a los equipos de trabajo. El otorgamiento y control está centralizado en la capital, no hay personal designado específicamente para estas reparaciones y tienen mucha dificultad para el mantenimiento.

USO DEL EQUIPO DE TRABAJO

CUADRO No. 16

	TOTAL	%
SI	98	83.05
NO	14	11.83
No Declarado	06	05.08

FUENTE: Investigación de Campo.

Un 83.05% estuvo en uso y sin utilizar un 17%. La falta de coordinación con las Cajas y Delegaciones no permite dar apoyo a los usuarios de inmediato, para orientarlos en las dudas para el funcionamiento de los equipos cuando encuentran dificultad en su manejo al recibirlos o para saber si hubo pérdida de interés y poder aprovechar dicho equipo para otros pacientes.

FORMA EN QUE SE TRABAJA EL EQUIPO

CUADRO No. 17

	TOTAL	%
El entrevistado con ayuda familiar	43	36.44
La familia	12	10.16
El entrevistado	44	37.28
Otros	04	03.38
No declarado	15	12.71

FUENTE: Investigación de Campo.

El 37.28% lo trabaja el paciente sólo; pero un 36.44% con ayuda familiar y un 10.16% lo está trabajando la familia.

El 37.28% son personas solteras y el 36.44% constituyen hogares integrados, casados o solteros que tienen apoyo familiar. El 10.10% del equipo lo trabaja la familia por fallecimiento del paciente, con lo que el IGSS está proporcionando apoyo a los sobrevivientes.

VESTUARIO

CUADRO No. 18

	TOTAL	%
Limpio	70	59.32
Sucio	12	10.16
Completo	24	20.33
Incompleto	08	06.77
No declarado	04	03.38

FUENTE: Investigación de Campo.

Como se puede observar el 59.32% se encontró limpio al entrevistarlo, usando vestido completo un 20.33%, un 6.77% incompleto, pero se considera que se debe al lugar donde tiene su domicilio por condiciones de clima y costumbre.

El estado del vestuario también está asociado a su estado civil, (Cuadro No. 10), el 59% tiene esposa o conviviente que les proporciona apoyo, el 10.16% son personas solteras que no tienen agua potable y con dificultad de acceso.

HIGIENE PERSONAL
CUADRO No. 19

	TOTAL	%
Buena	65	55.08
Regular	45	38.13
Mala	05	04.23
No declarado	03	02.54

FUENTE: Investigación de Campo.

En su mayoría se encontró buena higiene personal que es más del 50%. Se considera que asimilaron las indicaciones para el cuidado de su piel, la cual se insiste en el Hospital. La falta de condiciones higiénicas en la vivienda, a agua potable y energía eléctrica, incide en la higiene personal; sin embargo, se observa el esfuerzo por mantener la higiene personal regular en un 38.13%.

DESENVOLVIMIENTO PERSONAL
CUADRO No. 20

	TOTAL	%
Atento	55	46.61
Desatento	00	00.00
Interesado	10	00.47
Desinteresado	00	00.00
Comunicativo	37	31.35
Callado	00	00.00
Irritado	06	05.08
Triste	06	05.08
Quejumbroso	00	00.00
Estado de ebriedad	00	00.00
Otros	01	00.84
No declarado	03	02.54

FUENTE: Investigación de Campo.

A la entrevista el 86.43% de pacientes respondieron en forma positiva y fueron comunicativos e interesados. Un 10.16% están tristes e irritados, porque sufren complicaciones o han sido abandonados por su familia. Se considera que las vivencias de los pacientes con los profesionales en el Hospital de Rehabilitación han dado origen a buenas relaciones con el Instituto, el 100% tiene acceso a los servicios del IGSS, periódicamente recibe equipo de curación o reparación de silla de ruedas o aparatos.

PERSONAS QUE CONSTITUYEN SU GRUPO FAMILIAR

CUADRO No. 21

	TOTAL	%
Esposa o conviviente	55	46.61
Número de hijos-promedio		02.09
Padres	27	22.88
Suegros	01	00.84
Hermanos	10	08.47
Cuñados	05	04.23
Sólo	05	04.23
Otros	12	10.16
No declarado	03	02.54

FUENTE: Investigación de Campo.

El 92.35% de pacientes gozan de apoyo familiar, de sus esposas o compañeras de hogar y de sus padres, hermanos, cuñados y amigos; tienen grupo familiar integrado que ha contribuido en su actitud positiva por su aceptación dentro del grupo familiar y por la sociedad a que pertenece.

**FORMA COMO EL ENTREVISTADO TRABAJA ACTIVAMENTE PARA
EL SOSTENIMIENTO DE SU GRUPO FAMILIAR**

CUADRO No. 22

	TOTAL	%
SI	64	54.23
NO	20	16.94
Parcialmente	31	26.27
No declarado	03	02.54

FUENTE: Investigación de Campo.

El 54.23% trabaja para el sostenimiento de su hogar y un 26.27% parcialmente lo hace. El equipo de trabajo le ha permitido sostener a su hogar; son personas que se encuentran entre los 25 y 45 años, quedaron limitados siendo jóvenes, con hijos pequeños, con dificultad para incorporarse al proceso de producción.

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE CONTRIBUYEN ECONOMICAMENTE

CUADRO No. 23

	TOTAL	%
Esposa o conviviente	25	21.18
Hijos	30	25.42
Hermanos	25	21.18
Padres	16	14.55
Otros	01	00.84
No declarado	21	
Ninguno	00	00.00

FUENTE: Investigación de Campo.

Los hijos contribuyen económicamente al sostenimiento del hogar hasta en un 25.42%. En la misma proporción la esposa o conviviente y hermanos en un 43.36%. Al egreso de la unidad los pacientes experimentan dificultad para ser competitivos en su comunidad por múltiples razones. Es difícil mejorar el nivel de vida del limitado por razones estructurales, lo cual obliga a otros miembros a contribuir económicamente al sostenimiento del hogar. Dentro de los rasgos culturales de la población los hijos son fuente de ingresos (es una de las causas de analfabetismo), trabajan a temprana edad y ayudan a sostener a su grupo aún cuando el padre está sano.

El 21.18% que son los hermanos que ayudan a sostener el hogar, forman parte del grupo familiar del paciente, su contribución es cuestionable porque se benefician en conjunto.

NUMERO DE PERSONAS QUE CONSTITUYEN EL GRUPO FAMILIAR

CUADRO No. 24

	TOTAL	%
0 - 2	36	30.50
3 - 5	55	46.61
6 - 8	18	15.25
9 - 11	07	05.93
No declarado	02	01.69

FUENTE: Investigación de Campo.

Los grupos familiares están constituídos de 3 a 5 miembros que son un 46.61% y de 0 a 2 miembros un 30.50%, por lo general el parapléjico ya no tiene descendencia.

**COMENTARIOS DE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA ACTITUD
DEL ENTREVISTADO**

CUADRO No. 25

	TOTAL	%
Favorables	95	80.50
Desfavorables	10	08.47
No declarado	13	11.01

FUENTE: Investigación de Campo.

La familia tiene una actitud favorable hacia el paciente hasta un 80.50%, ésto se observa en la ayuda para el trabajo y para el uso del equipo.

DESENVOLVIMIENTO LABORAL

CUADRO No. 26

Forma cómo obtiene sus ingresos económicos:

	TOTAL	%
Pensión del IGSS	16	13.55
Usufructo de equipo mínimo de trabajo	21	17.79
Remunerado por otra actividad laboral	23	19.49
Caridad pública	04	03.38
Otros	03	02.54
Pensión del IGSS más usufructo equipo mínimo de trabajo	22	18.64
Pensión del IGSS más remuneración por otra actividad	08	06.77
Pensión del IGSS más remuneración por otra actividad más usufructo de equipo mínimo de trabajo	04	03.38
Remuneración por otra actividad más usufructo de equipo mínimo de trabajo	13	11.01
No declarado	04	03.38

FUENTE: Investigación de Campo.

El mayor ingreso lo obtienen los pacientes por remuneración por otra actividad laboral y constituyen el 19.49%. Un 19% es por la pensión del IGSS y usufructo de equipo mínimo de trabajo. Un 18% solamente con el usufructo del equipo mínimo de trabajo, lo que quiere decir que los equipos de trabajo contribuyen para que el paciente obtenga algún ingreso para subsistir.

TOTAL DE INGRESOS

CUADRO No. 27

			TOTAL	%
0	a	100	75	63.25
101	a	200	22	18.64
201	a	300	11	09.32
301	y	Más	05	04.23
No declarado			05	04.23

FUENTE: Investigación de Campo.

El 19% tienen ingresos de 101 a 200, pero hay un 64% que reúnen hasta Q.100.00 mensuales.

MEDIOS DE TRANSPORTE PARA EL DESARROLLO DE SU TRABAJO

CUADRO No. 28

	TOTAL	%
Silla de ruedas	65	55.08
Vehículo propio	11	09.32
Transporte público	16	13.55
Semoviente	00	00.00
Otros	17	14.40
No declarado	09	07.62

FUENTE: Investigación de Campo.

Un 55% ocupa la silla de ruedas para trasladarse a su trabajo en la vía pública y en cualquier terreno. En transporte público un 14%. Tienen vehículo propio un 9.32%. No usan semovientes para su transportación (algunos son cargados por familiares, carreta, según las condiciones del terreno donde viven).

Las personas que tienen su vivienda en terrenos con más de 45% de inclinación: montañas, cerros, orillas de barrancos, laderas, terrenos sinuosos y otros están confinados a permanecer aislados, hay lugares de tan difícil acceso que para subir o bajar hay dificultad de estabilidad para las personas que pueden caminar debiendo adoptar posturas adecuadas y buscar apoyo para ascender o descender terrenos accidentados de suelos de textura arcillosa, erosionada con formación de cárcavas (pequeñas zanjas) "chagüitales" y otros.

El uso del transporte público urbano y extra-urbano tiene mayor dificultad para el limitado que para la personas que no sufren

incapacidad permanente por razones obvias.

OPINION DEL ENTREVISTADO EN RELACION AL TRABAJO
QUE DESEMPEÑA

CUADRO No. 29

	TOTAL	%
Satisfecho	59	50.00
Frustrado	13	11.01
Exitoso	05	04.23
Indiferente	07	05.93
Motivado	11	09.32
Pasivo	10	08.47
Otra	03	02.54
No declarado	10	08.47

FUENTE: Investigación de Campo.

Dieron opinión positiva el 72.02% de pacientes, de los cuales el 50% están satisfechos. El 11.01% dió opinión negativa.

Un alto porcentaje informó que la reorientación que le proporcionó el Hospital de Rehabilitación le ha permitido sentirse seguro en su trabajo; pero tienen apoyo familiar y viven en su comunidad. El 11.01% no logró adaptarse, algunos cambiaron de domicilio, sin apoyo familiar; pero por lo general antes del accidente estos afiliados tenían dificultad para relacionarse con otras personas.

ACTITUD PARA EL TRABAJO

CUADRO No. 30

	TOTAL	%
Con iniciativa	40	33.89
Dinámica	11	09.32
Responsable	47	39.83
Irresponsable	00	00.00
Forzada	07	05.93
Pasiva	05	04.23
Otras	03	02.54
No declarado	05	04.23

FUENTE: Investigación de Campo.

Un 39.83% tienen actitud responsable a su trabajo y un 33.89% tienen iniciativa, hay un 9.32% de personas dinámicas. Y un 4.23% de pacientes pasivos. El 82.98% son personas de 35-44 años de edad (Cuadro No. 9), que trabajan para sostener a su grupo familiar, tienen apoyo de familiares y amigos.

CAUSA POR LA QUE DEJO DE LABORAR EN LO QUE SE DIO
ADiestRAMIENTO Y EQUIPO MINIMO DE TRABAJO

CUADRO No. 31

	TOTAL	%
Falta de capital de trabajo	15	12.07
Falta de mercado para los productos o clientela	04	03.38
Baja calidad de los productos o servicios que ofrece	00	00.00
Mucha competencia	10	08.47
Equipo insuficiente	05	04.23
Otros	09	07.62
No declarado	75	63.55

FUENTE: Investigación de Campo.

Las dificultades económicas hasta en un 12.17% fueron las causas para que dejara el trabajo. Un 8.47% dejó de hacerlo por dificultad para competir; pero se encontró un 71.17% de pacientes que recibieron adiestramiento y no indicaron por qué dejaron de trabajar con el equipo. Un 3.38% no encontró mercado para sus productos.

En la actitud para el trabajo, un alto porcentaje es responsable, dinámico y lo lleva a cabo con iniciativa; pero se tiene conocimiento que las personas que no son sujetos de crédito tiene mucha dificultad por falta de capital y competitividad, así como la falta de mantenimiento de los equipos.

El 41.50% de los casos estudiados recibieron reorientación profesional, la que el paciente no pone en práctica inmediatamente a su egreso por falta del equipo mínimo de trabajo, o porque lo recibe fraccionado o cambia de domicilio.

DESARROLLO ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES COMO MEDIO
DE SUBSISTENCIA

CUADRO No. 32

	TOTAL	%
Precario	42	35.59
Incipiente	15	12.71
Favorable	40	33.89
Próspero	04	03.38
Otros	04	03.38
No declarado	13	11.01

FUENTE: Investigación de Campo.

Las actividades que desarrollan como medio de subsistencia, un 36% es precaria, siendo un 34% favorable. Los ingresos que obtienen por su trabajo no son suficientes porque un alto porcentaje son responsables del sostenimiento de todo su grupo familiar. El 18% obtiene ingresos con el usufructo del equipo mínimo. El 46.61% los grupos familiares están constituídos por 3 a 5 miembros y están integrados.

POSEE COMPLETO SU EQUIPO (APARATOS, SILLA DE RUEDAS, ETC.)

CUADRO No. 33

	TOTAL	%
SI	75	63.55
NO	19	16.10
No declarado	24	20.33

FUENTE: Investigación de Campo.

El 64% posee su equipo de parapléjico completo y el 36.46% incompleto.

Los trámites administrativos demoran la entrega de los equipos de parapléjico, está centralizado el control de la entrega en el Hospital de Rehabilitación y no hay vehículo disponible para llevarlos a los domicilios de los pacientes al llegar a la bodega del Hospital de Rehabilitación.

Los estudios socio-económicos y los de factibilidad que determinan el otorgamiento del equipo mínimo de trabajo ya no eran operantes por el tiempo transcurrido; en tal sentido las condiciones han variado.

SOLICITUD DE REPOSICION O CAMBIO DE SUS APARATOS

CUADRO No. 34

	TOTAL	%
Reparación	31	26.27
Cambio	14	11.86
Ninguno	22	18.64
No declarado	51	04.32

FUENTE: Investigación de Campo.

Un 26.27% han solicitado reparación de sus aparatos porque el uso constante los deteriora, teniendo que desplazarse hasta la capital, al Hospital de Rehabilitación, ya que en las Delegaciones y Cajas del IGSS cercanas a su domicilio no obtienen atención, para dichas reparaciones. La falta de recursos económicos y de transporte no permite que el interesado al empezar a tener molestias con su aparato solicite mantenimiento, lo que ocasiona su deterioro, siendo más alto el costo de la reparación o la renovación para la institución.

SOLICITUD DE REPARACION O CAMBIO DE SILLA DE RUEDAS

CUADRO No. 35

	TOTAL	%
Reparación	45	38.13
Cambio	20	16.94
Ninguno	13	11.01
No declarado	40	33.89

FUENTE: Investigación de Campo.

El 38.13% han solicitado reparación de la silla de ruedas y el 16.94% cambio de ésta. Un 45% se desconoce.

La silla de ruedas constituye el medio de locomoción e independencia de la persona parapléjica, cuadripléjica, por traumatismo craneo encefálico y para algunos amputados, la usa para movilizarse en su casa y en la vía pública. Al estar hospitalizado aprende el cuidado para mantenerla en buen estado; pero el uso constante, el clima, la topografía del lugar donde vive, le provoca desajustes o desperfectos por lo que solicitan reparación o renovación de la misma a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Rehabilitación, que ordena las evaluaciones pertinentes para ser presentada a Junta Técnica para su dictamen. El Director traslada las diligencias a las autoridades superiores siendo Sub-gerencia de Prestaciones quien emite la resolución correspondiente. El estudio socio-económico de Trabajo Social es determinante para la autorización de la renovación de la silla de ruedas.

SOLICITUD DE ATENCION MEDICA

CUADRO No. 36

	TOTAL	%
SI	69	58.47
NO	37	31.35
No declarado	12	10.16

FUENTE: Investigación de Campo.

El 58.47% han solicitado atención médica; pero los pacientes solicitan constantemente material de curación, cojín de esponja, solicitando

su traslado en vehículos de la Institución.

Los pacientes a su egreso deben ser referidos a las unidades departamentales en hoja de traslado por el médico tratante cuando considera que necesita atención por el tipo de lesión que sufrió (Providencia No. 332/95 de Dirección General de Servicios Médicos Centrales del 25 de mayo de 1995). Y las unidades departamentales deben proporcionar atención a criterio del médico y el material de curación prescrito. Los casos cubiertos por Invalidez, Vejez y Sobrevivencia cubiertos por enfermedad tienen sedes de atención localizada por zonas a donde son referidos a su egreso.

**DIAGNOSTICO POR EL QUE SOLICITARON ATENCION
DESPUES DE SER CANCELADOS**

CUADRO No. 37

	TOTAL	%
Úlceras de decúbito	29	24.57
Infecciones urinarias	38	32.20
Intercurrentes	30	25.42
No declarado	17	14.40
Otros	04	03.38

FUENTE: Investigación de Campo.

Han sufrido infecciones urinarias un 32.20%. Las enfermedades intercurrentes en un 25.42% han afectado a los pacientes y un 24.57% ha sido úlceras por decúbito, son trasladados para tratamiento a cirugía plástica en esta capital y al Hospital de Rehabilitación.

Se desconoce el número real de equipos mínimos otorgados a pacientes de 1959 a 1985.

Se concluye que todos los equipos mínimos de trabajo han sido entregados a los pacientes, previo estudio de factibilidad por Trabajo Social, con adiestramiento por reorientación profesional, cumpliendo con todos los trámites reglamentarios.

El mayor número fué entregado para la capital y el departamento de Guatemala (59), siguiendo Escuintla (17); la Costa Sur y Sur Occidental (64); Oriente (29); Norte (13); Occidente (7); República de El Salvador en San Salvador (1); y en Sololá no se entregó ninguno.

Los engorrosos trámites burocráticos no han permitido la entrega oportuna de los equipos mínimos de trabajo; el 28.82% fueron entregados incompletos; así, la entrega fraccionada de los equipos mínimos de trabajo es uno de los factores que incide en que algunos queden incompletos desmotivando a los usuarios.

La condición y situación de los pacientes, entre la elaboración del estudio socio-económico o de factibilidad por Trabajo Social a la entrega del equipo mínimo de trabajo ya había variado por el tiempo transcurrido cuando les fué entregado.

La comunicación inadecuada, los trámites burocráticos, la falta de comunicación interinstitucional, la organización establecida, la centralización para la concesión de equipos de trabajo y de parapléjico ocasionan demora para que estos lleguen a los interesados oportunamente.

El alto grado de analfabetismo de pacientes, la dificultad para alfabetizarlos, el nivel académico de otros, así como la falta de reorientador profesional y vocacional dentro del equipo multidisciplinario no han permitido llevar a cabo la reorientación profesional en forma técnica.

Las Cajas y Delegaciones Departamentales no participan en el control ni seguimiento de los casos, ni proporcionan mantenimiento a los equipos que otorga el IGSS a sus afiliados.

El equipo mínimo de trabajo representa un complemento para el sostenimiento del grupo familiar del paciente y a sobrevivientes.

Los equipos mínimos de trabajo no responden a las necesidades de los pacientes, se debe flexibilizar la selección de los componentes de los equipos mínimos de trabajo, dándole participación al paciente, tomando en cuenta sus potencialidades y la balanza inflacionaria como lo establece el Acuerdo 3466 de Gerencia; pero contribuyen a ayudar al sostenimiento del hogar del limitado y para que la familia participe con el paciente en su actividad que también constituye una terapia ocupacional.

De acuerdo a investigación realizada se elaboró un proyecto para la entrega y control de equipos de parapléjico y mínimo de trabajo, con la finalidad de coordinar la entrega y seguimiento de dichos equipos con las Cajas y Delegaciones Departamentales y el Hospital de Rehabilitación, se entregó a las autoridades superiores para su estudio y aprobación por la importancia que tiene para el IGSS saber si se está beneficiando el paciente con el equipo que le fué otorgado y determinar si los recursos del Instituto están cumpliendo su cometido,

si deben mejorarse, y para tener un inventario de los bienes del Instituto en poder de los pacientes egresados del Hospital de Rehabilitación.

CAPITULO 5

5. ANALISIS E INTERPRETACION DEL SERVICIO QUE PRESTA EL HOSPITAL DE REHABILITACION AL AFILIADO GRAN TRAUMATIZADO

El Hospital de Rehabilitación, proporciona al afiliado gran traumatizado atención asistencial, educativa y rehabilitación con proyección a la familia, la empresa y a la comunidad, de acuerdo a su problemática en forma inmediata, mediata y a largo plazo por lo que lleva a cabo tratamiento individual dentro de la realidad existente y el conocimiento del medio, hace diagnóstico, programación, ejecución y seguimiento, con objetivos y métodos que permitan eficacia en las acciones desarrolladas según el propósito que se persigue en cada caso, tratando de encontrar soluciones al problema individual, social, estructural en su fase aguda, crítica y convaleciente. El tratamiento se lleva a cabo en equipo multidisciplinario con profesionales de diferentes disciplinas y especialidades con principios ético-filosóficos, buscando la participación del afiliado, la empresa y la sociedad, así como la aplicación de técnicas y reglamentos que la Seguridad Social tiene vigentes para la atención de los trabajadores, no solamente para que se incorporen al proceso productivo, sino para que puedan desempeñar alguna actividad acorde a su potencial o capacidad remanente de trabajo, proporcionándole bienes y servicios y apoyo económico, como un derecho en casos irreversibles e incapacitantes.

5.1 A NIVEL LOCAL:

El tratamiento rehabilitativo lo proporciona la Institución en el Hospital de Rehabilitación, posee recursos físicos (en ambientes para

tratamientos) humanos y materiales, que debe renovar con periodicidad por la demanda de atención de la población.

5.2 A NIVEL DEPARTAMENTAL:

Proporciona medicina física y fisioterapia en Quetzaltenango, Mazatenango, Escuintla y Puerto Barrios. Trabajo Social, Cajas y Delegaciones colaboran con estudios socio-económicos, con mucha dificultad por insuficiencia de personal.

5.3 LA COORDINACION INTER-INSTITUCIONAL:

La coordinación inter-institucional, no está establecida, hay dificultad para el seguimiento del tratamiento de los casos, sin duda, porque no hay un conocimiento de rehabilitación para la enfermedad y el accidente desde su inicio.

Para el Hospital de Rehabilitación, la persona es el elemento fundamental y determinante en las acciones que se promueven y repercuten en la sociedad, trata problemas, tomando en cuenta la concepción de salud integral, los problemas con características socio-económicas, culturales y de salud y diversas provocadas por el sistema económico social. La Seguridad Social, protege al trabajador como ser humano sano y en conflicto por causas determinadas por el proceso de producción, el ambiente y otras, tratando de llevar bienestar a la población.

A pesar de las limitaciones que ha sufrido por los cambios desfavorables que se han operado por falta de personal y restricciones

presupuestarias, el personal de la Unidad, se ha esforzado por atender en la mejor forma posible al paciente gran traumatizado y a su familia; pero se pone en riesgo la calidad de trabajo, porque se disemina la atención cuando se incrementan los programas, y no se proporciona el personal idóneo y necesario para cubrir técnicamente a la población que crece y demanda atención.

CAPITULO 6

6. PROPUESTA PARA LA ESPECIALIZACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN REHABILITACION INTEGRAL EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

Se tiene conocimiento que el método de Trabajo Social de Casos ha sido considerado caduco para dar paso a corrientes modernas.

La reconceptualización también ha provocado conflictos que han frenado el enriquecimiento de la profesión creando controversia entre aspectos ideológicos y metodológicos, unos en defensa de los métodos tradicionales y sus aspectos filosóficos y otros se manifiestan en favor de la teoría y métodos de la reconceptualización, comportamiento que ha limitado y restringido acciones profesionales y su proyección hacia los sectores necesitados. La negación de la práctica asistencial y el abandono de una labor institucional, para permitir otras acciones diferentes a la metodología tradicional ha provocado fuga de profesionales y frustración, 34/ porque consideran que restan importancia al trabajo con la persona y su familia y porque este es el inicio que permite el trabajo de casos, grupos y comunidad.

También algunos profesionales y estudiantes de Trabajo Social consideraron que el Trabajo con Casos Sociales es asistencialista y utiliza al Trabajador Social para controlar problemas sociales, ajustados al medio social y que el proceso es guiado por una corriente idealista.

34/ N. Alayón: "Reflexiones sobre Metodología en Trabajo Social", Material didáctico mimeografiado, Escuela de Trabajo Social, Universidad de San Carlos de Guatemala.

En la práctica cotidiana y por observación directa cuando se inician los Trabajadores Sociales recién egresados tienen mucha dificultad para incorporarse al tratamiento de casos sociales, ya que vienen influenciados por muchas corrientes y en su formación conocen teoría que no está afianzada ni complementada en una práctica participativa por un período que le permita la oportunidad de la aplicación del método de Trabajo Social de Casos en un ambiente donde la actividad profesional se desarrolla dentro de la realidad guatemalteca y sus implicaciones, también el uso de instrumentos los encasilla y los conduce a trabajo rutinario, limitando su creatividad, análisis y reflexión, en vez de ser utilizados como guías para que facilite la abstracción, la localización de elementos importantes para llevar a la práctica el conocimiento del problema desde su apariencia hasta la esencia misma, involucrando a la persona y su entorno.

Sólo a través de la práctica el Trabajador Social puede aprender a dudar en la búsqueda de la verdad, utilizar el método de Trabajo Social de Casos, de tal manera que desde diversos puntos de vista y oportunidades logre accionar en apoyo de los intereses y necesidades de las personas individuales o en grupo para orientar y apoyar opciones, hacia el bienestar aunando esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la persona y la comunidad, apoyándose en la técnica y en los beneficios y filosofía de la Seguridad Social, porque a la Universidad, la Seguridad Social y el Estado deben interesarse en la formación de Trabajadores Sociales para atender también a la población incapacitada a consecuencia de los campos minados, por las bombas klymor y la violencia común, para su rehabilitación integral a la vida productiva, aprovechando su potencial para que tengan igualdad de oportunidades como personas de la sociedad guatemalteca, problema que afecta a todas las capas de la sociedad a nivel nacional, a pesar

que no existen estadísticas de esta población constituye una realidad en Guatemala.

Al analizar el trabajo que realiza el Trabajador Social en el equipo multidisciplinario del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se encontró que la mayoría de los que se encuentran ejerciendo la profesión en este campo, su implementación se ha ido logrando sobre la marcha sin entrar en una definición concreta del objeto y sujeto del Trabajo Social en rehabilitación en la Seguridad Social.

Ha sido el apoyo de otros profesionales, el interés, la responsabilidad y dedicación de los Trabajadores Sociales lo que ha permitido introducirse y mantener el espacio para Trabajo Social en el equipo multidisciplinario donde su intervención es determinante en el tratamiento de casos sociales, en la investigación y estudios de aspectos socio-económicos y culturales de la población afiliada porque aportan información de la realidad para conocer sus condiciones de vida y necesidades para el tratamiento integral de la persona. 35/

En los Capítulos 2, 3, 4 y 5 de este trabajo se evidencia que en la estructura orgánica y administrativa de la Sección de Trabajo Social en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, es casi la misma desde su inicio.

El personal de la Sección lo ubica la Jefatura del Departamento a su criterio y disposición, sin reclutamiento ni selección para trabajar

35/ Leyes Básicas del IGSS, Sección VIII, Inciso a, d, e y h, Artículo 91, Acuerdo 466 de Junta Directiva, Págs. 87 y 88, Artículo 60 Acuerdo 410 de Junta Directiva, Pág. 56, Depto. de Relaciones Públicas, Segunda Edición, 1992.

en equipos multidisciplinarios en rehabilitación y sin tomar en cuenta que para algunos Trabajadores Sociales es difícil o no les agrada trabajar en rehabilitación y funcionan mejor en otras especialidades.

El Trabajador Social que se adiestra y se identifica con la rehabilitación en el equipo multidisciplinario cuando es trasladado a otra unidad constituye una pérdida para la unidad, porque causa desajustes en el engranaje de trabajo.

Existe buena comunicación y aceptación de las autoridades y personal del Hospital con los Trabajadores Sociales. La infraestructura en términos generales se encuentra deteriorada y reducida desde 1976.

Hay dificultad de planificación de trabajo a corto, mediano y largo plazo para el tratamiento del paciente gran traumatizado porque el Instituto no provee los recursos humanos, físicos y financieros necesarios de acuerdo a las necesidades para la atención del afiliado y familia durante su hospitalización, al egreso y cuando se incorpora a su medio, porque no proporciona oportunamente las prestaciones, bienes y servicios que tiene previstos el régimen de Seguridad Social que pocas veces se ha logrado cuando las altas autoridades conocen y se interesan por la rehabilitación.

El criterio que inspira la formulación de la propuesta es el impacto, la aceptación e importancia que ha tenido el desarrollo profesional en los equipos multidisciplinarios en Rehabilitación, el vacío teórico y la necesidad de la sistematización de experiencias que podría conducir a organizar todo el proceso desde la práctica del estudiante en el tratamiento de casos sociales y trabajo en equipo en su formación académica, hasta cursos de postgrado o la especialización del Trabajador

Social en los equipos multidisciplinarios que conduce a la secuencia para trabajar con otros métodos de Trabajo Social coadyuvando al desarrollo de la disciplina y la superación profesional al servicio de la población. La especialización en el campo de la rehabilitación integral en equipos multidisciplinarios se hace necesaria para que el trabajador esté capacitado en dicha especialidad, tomando en cuenta que un médico para trabajar en este campo debe aprobar tres años de residencia. La Universidad de San Carlos obtendría una ganancia científica con la formación de profesionales de alto nivel académico y claridad teórico-práctica 36/ para el pueblo de Guatemala al capacitarlos para responder a la problemática social, haciendo frente a la crisis de valores, con ética profesional, responsabilidad y eficiencia con lo que la Universidad estará aportando profesionales especializados en el vasto campo de la salud en la prevención y la rehabilitación actualizados al compás de los avances de las ciencias sociales y la tecnología moderna que permitan establecer acciones encaminadas a promover el cambio social en beneficio de la población y la que cubre la Seguridad Social en el país proyectada a todos los sectores, siendo la razón de ser del Trabajo Social, función de la Escuela de Trabajo Social en la formación de sus profesionales, facilitando afianzar su propia identidad de carácter científico, elevando su prestigio social y académico así como el rescate del campo de acción del Trabajo Social profesional, que está siendo invadido.

En la propuesta se encuentra implícito el hecho que el Trabajo Social está estrechamente ligado al ser humano; pero especialmente a la persona que ha sufrido traumatismos severos que producen en su vida inesperadamente un giro de 160 grados que la colocan en

36/ Catálogo de Estudios, Universidad de San Carlos de Guatemala, Pág. 335.

desigualdad de circunstancias con otras personas, echando por tierra sus ilusiones, proyectos, etc., por las secuelas provocadas por accidentes o enfermedades que les dejan una incapacidad permanente, situaciones a que se encuentran expuestos todos los sectores sociales, donde el Trabajador Social participa para que estas personas puedan compensar y aprender a vivir con su limitación, aprovechando su capacidad residual.

El Trabajo Social como disciplina científica tiene como objetivo primordial el ser humano en su interacción con su entorno, en el acercamiento al afiliado y familia tiene la posibilidad de contribuir a considerar alternativas en la solución de los problemas que afectan a las personas que han quedado con incapacidades permanentes para que puedan ser independientes y retornen a su medio, reorientados para alguna actividad compatible con su limitación o desempeñando alguna ocupación que les permita sentirse útiles, de tal manera que la limitación le sirva solamente como una particularidad entre otras personas, situación que se logra cuando la rehabilitación integral es operativa.

En el equipo multidisciplinario el Trabajador Social participa en el esfuerzo que llevan a cabo profesionales del área humanística y social, tomando conciencia de la responsabilidad profesional hacia los grupos para que la Seguridad Social les brinde una mejor calidad de vida; pero deben estar capacitados para obtener una completa coordinación de esfuerzo y de trabajo optimizando los recursos disponibles.

6.1 OBJETIVOS:

6.1.1 General:

Lograr para el Trabajador Social una formación científica para que pueda definir el objeto y sujeto de participación profesional, conforme al proceso de investigación, a fin que pueda obtener fundamentos teóricos y la práctica que lo capacite para dar respuestas objetivas para llegar a la rehabilitación integral.

6.1.2 Específico:

Capacitar al Trabajador social con los elementos fundamentales que le permitan desarrollar una actitud reflexiva y crítica, consigo y hacia el sujeto y objeto con el que trabaja que lo compromete a investigar en forma científica para que pueda concebir su participación en la realidad guatemalteca actual, evaluar los problemas y plantear soluciones concretas congruentes a las posibilidades y necesidades del país.

La expectativa de una especialización en el campo de la salud para el Trabajador Social en Rehabilitación Integral en equipos multidisciplinarios, tiene como interés fundamental dignificar al hombre a través de una acción solidaria y el compartir esfuerzos, conocimientos, 37/ leyes y reglamentos como el derecho de todos los hombres de vivir con dignidad y el desarrollo de una actividad permanente y colectiva, la reconstrucción de un marco de valores de la sociedad comprometida

37/ Roberto Alfonso Solís De León: "Seguridad Social en Guatemala, Una Propuesta de Reestructuración del IGSS", Tesis de Grado, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, Septiembre de 1989, Pág. 176.

a un autoentendimiento respetuoso y global que permita la paz social, seguridad y confianza al Trabajador Social en el ejercicio de la profesión. La Universidad de San Carlos tiene los elementos para llevar a cabo especializaciones y se relaciona con instituciones que podrían contribuir a que estas inquietud se convierta en realidad.

C O N C L U S I O N E S

1. Los profesionales de las ciencias sociales mantienen una íntima relación política, social y jurídica con el Estado por medio de sus instituciones, en ellas el Trabajo Social ejerce su acción formal y se ubica como una disciplina científica en la superestructura de la sociedad.
2. En la lucha de sustituir lo nuevo por lo viejo, considerando tradicional, obsoleto o fuera de contexto por el movimiento de reconceptualización, el Trabajo Social de Casos mantiene vigente un espacio de trabajo en los equipos multidisciplinarios de Rehabilitación Integral, y la participación de Trabajo Social es imprescindible en el tratamiento de personas, respetando sus derechos en el Régimen de Seguridad Social.
3. En la rehabilitación de las personas, su familia y comunidad hay participación del Trabajador Social en el Hospital de Rehabilitación del IGSS; pero existe un vacío teórico y hay necesidad de la sistematización para realizar un trabajo profesional con métodos, técnicas e instrumentos propios que permitan el deslinde de las disposiciones administrativas que distraen el desarrollo profesional y obstaculizan la concreta dedicación hacia el afiliado y sus beneficiarios para que pueda obtener el mejor aprovechamiento de sus derechos y obligaciones que le brinda la Seguridad Social y los recursos del país.
4. En la operacionalización del tratamiento rehabilitativo está implícita la educación, la asistencia y la proyección a la comunidad, donde

el trabajador tiene establecidos espacios para contribuir en la práctica a superar los problemas en que se encuentran fundamentadas las crisis del pueblo guatemalteco, siendo la experiencia cotidiana la que obliga a mantener la forma de trabajo individualizado y la asistencia porque las personas con problemas de la envergadura de "gran traumatizado" pertenecen a una masa; pero en un momento dado, es considerado para la Seguridad Social como caso individual desde la acreditación de su derecho por un riesgo determinado que amerita un tratamiento individual en concordancia con la lesión sufrida con la consideración de ser humano, por lo que el método con casos no ha perdido actualidad, y en la realidad actual, existe la demanda de su aplicación.

5. La profesión de Trabajo Social tiene campos de acción en investigación, el diagnóstico, la planificación, la capacitación, la promoción social y la autogestión comunitaria, que el Trabajo con Casos en el equipo multidisciplinario de Rehabilitación Integral facilita realizarlos; pero el Instituto le ha designado reglamentariamente a la profesión una actividad administrativa y de apoyo que no permite el aprovechamiento del potencial del quehacer profesional que hace necesaria la reestructuración del Departamento de Trabajo Social del Instituto, la ubicación del Trabajador Social en escala técnica profesional que le corresponde por su nivel académico, el tiempo de su trabajo que dedica a la atención de los usuarios de la Institución, así como el alto riesgo a que está expuesto, (contraer enfermedades infecto contagiosas, profesionales en los contactos con las personas, el ambiente hospitalario y la violencia en el trabajo de campo, y otros), no siendo el Trabajo Social una profesión liberal sólo cuenta con el salario de la institución para cubrir sus necesidades económicas que limita el crecimiento y desarrollo profesional.

6. En el Instituto, el Trabajo Social de Casos, está desvinculado de otros métodos, grupo y comunidad, porque no existe la coordinación a nivel metropolitano ni departamental, por lo que no se aprovecha el trabajo con casos que se realiza con el equipo multidisciplinario, por falta de seguimiento o para la integración con otros métodos, existiendo duplicidad de esfuerzos. La investigación para el seguimiento de los afiliados a quienes el Instituto ha otorgado equipos mínimos de trabajo o de parapléjico, pone en evidencia que es necesaria la coordinación y la participación de Cajas y Delegaciones Departamentales, así como el establecimiento de adiestramiento periódico en rehabilitación, dirigidos a personal y profesionales que trabajan en el campo de la Seguridad Social para el mejor aprovechamiento de los recursos, una mejor y oportuna atención a las personas.

7. El campo profesional para el Trabajo Social con Casos en Rehabilitación es amplio, siendo necesario establecer una buena comunicación entre las escuelas formadoras y las instituciones, porque en la práctica existe discrepancia entre lo que aprende el estudiante en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la realidad existente e el trabajo que se desarrolla en las instituciones, constituyendo casi un enfrentamiento entre el profesional recién egresado con el trabajo institucional, que le provoca inseguridad o frustraciones porque no está preparado para compaginar su teoría con la realidad de las instituciones empleadoras, que quiérase o nó constituyen campo profesional para Trabajo Social.

8. La falta de acciones preventivas y de atención primaria en salud mantienen el asistencialismo y predisponen a la población a sufrir incapacidades.

9. Los equipos mínimos de trabajo constituyen un apoyo para el paciente gran traumatizado y la oportunidad de ser productivo; pero carece de soporte económico porque no es sujeto de crédito.
10. La comunicación y coordinación con todas las unidades de la institución y con otras instituciones que trabajan para rehabilitación redundará en beneficio de los usuarios, permitiendo su mejor aprovechamiento, evitando la duplicidad de esfuerzos y la máxima utilización de los recursos.
11. Se hace necesaria una sala de estar para que el paciente comparta con su familia y se permita en horarios abiertos que se lleve a cabo ese acercamiento, tomando en cuenta la distancia desde donde se desplaza la familia para visitarlo y el beneficio que se obtiene con los contactos familia-paciente.
12. La especialización para el Trabajador Social en Rehabilitación Integral le permitirá estar capacitado técnicamente para alternar con otros profesionales y llevar a cabo un trabajo eficiente con seguridad, al compás de los avances de las ciencias sociales y la tecnología moderna que permitan establecer acciones encaminadas a promover el cambio social en beneficio de la población.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. Que los Trabajadores Sociales que trabajan con el método de casos deben conocer la realidad nacional, así como las relaciones que el Estado tiene con las instituciones en íntima relación con lo económico, político, jurídico y social, tratando de buscar las causas, efectos y su interrelación para lograr ampliar espacios profesionales, participando en acciones significativas que conduzcan a conseguir una mejor calidad de vida para el pueblo de Guatemala.
2. Debe establecerse unificación de criterios en cuanto a la aplicación del método, técnicas e instrumentos propios, estableciendo un ordenamiento que permita la sistematización del trabajo incluyendo el conocimiento de la reglamentación de la Seguridad Social, procurando una capacitación constante para beneficio de la población.
3. Buscar asesoría de personal idóneo para la capacitación constante de personal y disponibilidad de tiempo dentro de las actividades y horario de trabajo de los profesionales que tratan casos sociales.
4. Que el apoyo asistencial no se subestime tomando en cuenta el diagnóstico médico, sus prescripciones y pronóstico de cada caso, porque un alto porcentaje de la población no posee condiciones adecuadas de vivienda, drenaje, higiene, agua, energía eléctrica y su ingreso económico decrece con la enfermedad y el accidente; pero tratando de mantener el acercamiento de la familia y la preparación de un ambiente adecuado para la inserción del paciente a su entorno social y laboral.

5. Que el Instituto permita al Trabajador Social demostrar su capacidad en su campo profesional, para que la institución y los usuarios se beneficien con su potencial, además lo sitúe en la escala técnica profesional que le corresponde por su formación académica.
6. La coordinación conjunta permitirá que la profesión de Trabajo Social obtenga una proyección objetiva ajustada a la realidad, así como la sistematización de experiencias.
7. Que toda la información acumulada en la práctica de casos sea sometida a un proceso crítico, para estar en posibilidad de saber si es susceptible de transformación a conceptos científicos para la profesión.
8. Promover la creación de nuevas plazas de Trabajadores Sociales para el Hospital de Rehabilitación tomando en cuenta la ampliación de cobertura para incluir el excesivo volumen de trabajo para poder atender a las personas y llevar a cabo el tratamiento social de cada caso manteniendo la calidad del trabajo.
9. Que la Universidad de San Carlos de Guatemala considere el beneficio científico la especialidad en áreas particulares de la ciencia, la técnica y las humanidades y la necesidad de una especialización del Trabajo Social en Rehabilitación Integral en equipos multidisplinarios.
10. Que las autoridades del IGSS establezcan un mecanismo para lograr que el gran traumatizado reciba su equipo de parapléjico completo y el mínimo de trabajo en el menor tiempo posible para que lo aproveche al máximo, no pierda su interés y pueda poner en práctica

la reorientación profesional que obtuvo en el Hospital mientras estuvo interno.

- II. Establecer buena comunicación con las Unidades del IGSS y con las instituciones que trabajan en Rehabilitación estableciendo en cuentros, talleres o seminarios para unificar criterios que beneficien a los usuarios.

12. Que las autoridades del Instituto consideren la importancia de adecuar un lugar para que los pacientes reciban a sus visitas y se les permita ver a sus hijos y familiares en períodos de acuerdo a las necesidades de cada caso y se provea de un jardín con juegos infantiles para que compartan los pequeños con el afiliado mientras recibe tratamiento rehabilitativo y se familiaricen con su condición.

B I B L I O G R A F I A

METODOLOGICA:

- Ander-Egg, Ezequiel:
1974 **Diccionario de Trabajo Social;** Ed. Liph, Buenos Aires, Argentina.
- Ander-Egg, Ezequiel:
1984 **Achaques y Manías del Servicio Social Reconceptualizado.** Humanitas, Argentina.
- Ander-Egg, Ezequiel:
1985 **Diccionario de Trabajo Social,** Editorial El Ateneo, S.A., Octava Edición.
- Ander-Egg, Ezequiel:
1985 **Introducción a las Técnicas de Investigación Social para Trabajadores Sociales,** Editorial Humanística.
- Baena Paz, Guillermina:
1983 **Manual de Elaboración de Trabajo de Investigación Documental,** Primera Parte.
- Baena Paz, Guillermina:
1983 **Manual de Elaboración de Trabajo de Investigación Documental,** Segunda Parte.
- Caicedo Concha, María Eugenia:
1987 **Trabajo en Equipo,** Seminario Modelos Rehabilitación Laboral, Documento Docente, GLARP, Bogotá, Colombia.
- Davison, E.H.:
1990 **Trabajo Social de Casos,** Editorial Continental, S.A., Segunda Edición.
- Fondo de Cultura Económica:
1978 **Diccionario de Sociología,** México.
- Gordon, Hamilton:
1951 **Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos,** Prensa Mexicana, México.
- Kisnerman, Natalio:
1971 **Introducción al Trabajo Social,** Humanitas, Argentina.

- Kohs, S.:
1966
Las Raíces del Trabajo Social, Editorial Paidós, Argentina.
- López de García, Dora L.:
1992
La Sistematización de la Práctica Estudiantil de Trabajo Social de Casos: Un Avance para Enriquecer la Teoría, Tesis de Graduación, Escuela de Trabajo Social, USAC.
- Meléndez, Antonio:
1979
Historia del Trabajo Social en Guatemala, III Congreso Nacional de Trabajo Social, Quetzaltenango.
- Poster, Lee:
1991
Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Nueva York, Estados Unidos.
- Richmond, Mary:
1988
Condensación de Social Diagnosis, Revista DITETS, Escuela de Trabajo Social, USAC.
- Ramírez Morales, Carlos Arnulfo:
1986
Investigación Científica y su Gran Enfoque Metodológico; Serie Textos de Investigación Científica No. 1, 3a. Edición, Quetzaltenango, Guatemala.
- Ramírez Morales, Carlos Arnulfo:
1986
Proceso de Investigación Científica; Serie Textos de Investigación Científica No. 2, 2a. Edición, Quetzaltenango, Guatemala.
- Ramírez Morales, Carlos Arnulfo; De León Cabrera, Tomasa Leonor:
1985
Investigación Social y Trabajo Social, Curso de Capacitación a Trabajadores Sociales, Quetzaltenango, Guatemala, Mayo.
- Rojas Soriano, Raúl:
1981
Guía para Realizar Investigaciones Sociales; Textos Universitarios, 6a. Edición, México.

GENERAL:

Aguilera Arankowsky, Aída
Sonia:
1972

Factores que Influyen en la Rehabilitación Psíquica del Parapléjico, Tesis de Graduación, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología, USAC.

Aguilera Pérez, Miguel Angel:
1984

Recopilación de Datos Históricos y Estadísticos, Programa de Rehabilitación, IGSS.

Agramonte, Roberto P.:
1979

Principios de Sociología, Editorial Humanística, Primera Edición.

Alburez, Carlos Humberto:
1983

Ulceras de Presión en Pacientes con Lesiones Medulares Epidemiológicas y Tratamiento Quirúrgico, Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

Asamblea Nacional
Constituyente:
1985

Constitución Política de la República de Guatemala, Editorial Piedra Santa, Edición Unica con Índice Temático y Jurídico.

Asti Vera, Armando:
1968

Metodología de la Investigación, Editorial Kapelusz, S.A., Buenos Aires, Argentina, Quinta Edición.

Asturias, Francisco:
1902

Historia de la Medicina en Guatemala, Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

Balcarcel, Miguel Angel:
1991

Momento. El Sistema de Seguridad Social en Guatemala, Año 6, No. 4, Asociación de Investigación y Estudios Sociales.

Castellanos López, Lázaro
René; López Marín, Elías:
1987

Incidencia de la Familia en la Rehabilitación del Paciente Parapléjico, Tesis de Graduación, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología, USAC.

- Castellanos Peralta, Marta
Leticia:
1981
- Enfoque de la Función Sexual del Paciente con Lesión Medular, Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.
- Cubillier, Armando:
1981
- Manual de Sociología, Tomo 2, Cuarta Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina.
- Cruz Aguilar, Roberto:
1986
- Evolución y Tendencias de las Prestaciones de Seguridad Social a la Luz de la Importancia Creciente de las Medidas de Seguridad Social, XII Asamblea General en Montreal.
- Cholmes, Thomas:
1987
- Rehabilitación, Folletos.
- García Salei, Pedro:
1970
- Diccionario Enciclopédico El Ateneo, Tomo V R-Z, Buenos Aires, Argentina.
- Girón Mena, Manuel Antonio:
1979
- Antecedentes Históricos de la Seguridad Social en Guatemala, IGSS, (Relaciones Públicas).
- GLARP, Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional:
1989
- Rehabilitación Profesional, Serie Básica, Manual I, Artes Communicatus Ltda., Bogotá, Colombia.
- Krusen, Frederic:
1980
- Medicina Física y Rehabilitación, Editorial Médica Panamericana, Tercera Edición, Buenos Aires, Argentina.
- Lemus Orozco de Hernández, María del Rosario:
1983
- Estudio Comparativo entre el Grado de Frustración de Pacientes Parapléjicos y Pacientes Amputados (Internos en el Hospital de Rehabilitación del IGSS), Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Mendizabal Escobar, Leonel:
1958
- Breves Aspectos Acerca de la Seguridad Social. El Subsidio Familiar, Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, USAC.

- Martínez Durán, Carlos:
1945
- Mérida Villalobos, Sonia
Elizabeth:
1992
- Morales Rojas, Luciano:
1986
- Netter, F.:
1982
- Ochaita Cómar, Jorge:
1980
- Orozco López, Sergio Rosai:
1988
- Organismo Legislativo:
1992
- Pérez Leñero, José:
1956
- Porqueddu, Giuseppe:
1983
- Las Ciencias Médicas en Guatemala, Origen y Evolución,** Tipografía Nacional de Guatemala, Segunda Edición.
- La Actitud de la Familia Frente al Paciente Esquizofrénico y su Importancia en el Tratamiento,** Tesis de Graduación, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología, USAC.
- Apuntes Históricos de la Seguridad Social,** folleto.
- La Seguridad Social y sus Principios,** Editorial Complementos, México.
- Veinte Años de Experiencia en la Rehabilitación del Parapléjico en el Hospital de Rehabilitación del IGSS,** Folleto, Segunda Edición.
- Análisis de las Investigaciones Estadísticas sobre la Población Discapacitada en Guatemala, según el Censo de 1981,** Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial Dr. Miguel Angel Aguilera Pérez, Tesis de Graduación.
- Código de Trabajo de la República de Guatemala,** (Decretos Nos. 1441, 1486, 1618 del Congreso de la República y Decreto Ley No. 45), Edición de Bolsillo, Tercera Edición, Tipografía nacional, Guatemala, C.A.
- Fundamentos de la Seguridad Social,** Editorial Aguilar, S.A., Ediciones, Madrid, España.
- Yo, Parapléjico, Manual Práctico para los Parapléjicos y Tetrapléjicos,** Editorial Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Impreso en España.

Pratt Fairchild, Henry:
1975.

Diccionario de Sociología, Fondo de Cultura Económica, México, Sexta Edición.

Relaciones Públicas del
IGSS:
1981

Datos sobre el IGSS, folleto.

Relaciones Públicas del
IGSS:
1981

El IGSS para Estudiantes, folleto.

Relaciones Públicas del
IGSS:
1985

Leyes Básicas del IGSS, folleto.

Solís De León, Roberto
Alfonso:
1989

Seguridad Social en Guatemala, Una Propuesta de Reestructuración del IGSS, Tesis de Graduación, Escuela de Trabajo Social, USAC.

SEGEPLAN:
1992

Política de Desarrollo para la Atención de la Discapacidad Un Enfoque Multisectorial y Multidisciplinario.

Valenzuela, Wilfredo
1973

Diccionario y Folletos Propedéuticos para Elaboración de Tesis Profesional, Edición Universitaria, USAC.

Zurita Echeverría, Erica
Aracely:
1987

Complicaciones más Frecuentes y Promedio de Vida del Paciente Fallecido con Lesión Medular, Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

A N E X O S

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

BOLETA DE OBSERVACIONES DEL HOSPITAL DE REHABILITACION, PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS AFILIADOS A QUIENES EL IGSS LES HA OTORGADO EQUIPO MINIMO DE TRABAJO.

1. DATOS GENERALES.

1.1 Fecha de aplicación de la boleta: _____

1.2 Nombre: _____ Resolución No. _____

1.3 No. de Afiliación _____ Clave _____ No. de Registro: _____

1.4	Diagnóstico		1.5	Tipo de Accidente	()
1.4.1	Paraplejía	()	1.5.1	Agresión	()
1.4.2	Paraparesia	()	1.5.2	Tránsito	()
1.4.3	Cuadriplejía	()	1.5.3	Caída	()
1.4.4	Cuadriparesia	()	1.5.4	Común	()

1.6	Edad		1.7	Estado Civil	
1.6.1	15-24	()	1.7.1	Soltero	()
1.6.2	25-34	()	1.7.2	Casado	()
1.6.3	35-44	()	1.7.3	Unido	()
1.6.4	45-54	()	1.7.4	Viudo	()
1.6.5	55-64	()	1.7.5	Divorciado	()
1.6.6	65-74	()			

1.8	Lo cubre el Programa de I.V.S.		1.9	Escolaridad	
1.8.1	SI	()	1.9.1	Analfabeta	()
1.8.2	No	()	1.9.2	1 a 3 Primaria	()
			1.9.3	4 a 6 Primaria	()
			1.9.4	Básico	()
			1.9.5	Vocacional	()
			1.9.6	Universitario	()

1.10 Reorientación en:

1.10.1	Radiotécnica	()	1.10.8	Flores de corte	()
1.10.2	Sastrería	()	1.10.9	Fotografía	()
1.10.3	Telares	()	1.10.10	Radio y Televisión	()
1.10.4	Barbería	()	1.10.11	Productor de Piña	()
1.10.5	Agricultura	()	1.10.12	Electrodomésticos	()
1.10.6	Hortalizas	()	1.10.13	Mecánica Dental	()
1.10.7	Administración Pequeña Empresa	()			

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Boleta para seguimiento de afiliados a quienes el IGSS ha otorgado equipo mínimo de trabajo

Hoja 2

2. EQUIPO MINIMO OTORGADO

- 2.1 Equipo Mínimo de Sastrería ()
- 2.2 Equipo Mínimo de Carpintería ()
- 2.3 Equipo Mínimo de Radiotecnía ()
- 2.4 Equipo Mínimo de Tienda de Víveres ()
- 2.5 Equipo Mínimo para Tienda de Ropa ()
- 2.6 Equipo Mínimo para Cafetería o Refresquería ()
- 2.7 Equipo Mínimo para Carnicería ()
- 2.8 Equipo Mínimo de Nixtamal ()
- 2.9 Equipo Mínimo de Zapatería ()
- 2.10 Equipo Mínimo de Talabartería ()
- 2.11 Equipo Mínimo de Estudio Fotográfico ()
- 2.12 Equipo Mínimo de Granja Avícola ()
- 2.13 Equipo Mínimo para Depósito de Granos ()
- 2.14 Equipo Mínimo de Desgranadora de Maíz ()
- 2.15 Equipo Mínimo de Pintura a soplete ()
- 2.16 Equipo Mínimo de Soldadura Autógena y Eléctrica ()
- 2.17 Equipo Mínimo de Tejidos en Telares a Máquina ()
- 2.18 Equipo Mínimo de Oficina (Tipo I y II) ()
- 2.19 Equipo Mínimo para Jardinería ()
- 2.20 Equipo Mínimo de Modas ()
- 2.21 Equipo Mínimo de Electricista (Electromecánico y Electrodoméstico) ()
- 2.22 Equipo Mínimo de Barbería ()
- 2.23 Equipo Mínimo para Relojería ()
- 2.24 Equipo Mínimo de panadería ()
- 2.25 Equipo Mínimo para Mecánico Dental ()
- 2.26 Equipo Mínimo de Transporte en Lancha ()

2.2 Le fue entregado el equipo de trabajo? 2.3 Recibió el equipo de Trabajo?

- 2.2.1 Sí ()
- 2.2.2 No ()

- 2.3.1 Completo ()
- 2.3.2 Incompleto ()

2.4 Las condiciones del equipo de trabajo son:

2.5 En qué fecha recibió el equipo?

- 2.4.1 En funciones ()
- 2.4.2 Destruído ()
- 2.4.3 Descompuesto ()
- 2.4.4 Vendido ()
- 2.4.5 Arrendado ()
- 2.4.6 En reparación ()
- 2.4.7 Otros ()

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Boleta para seguimiento de afiliados a quienes el IGSS ha otorgado equipo mínimo de trabajo

Hoja 3

- | | |
|---|---|
| <p>2.6 Ha usado el equipo de trabajo?</p> <p>2.6.1 Sí ()</p> <p>2.6.2 No ()</p> | <p>2.7 Quién trabaja el equipo?</p> <p>2.7.1 El entrevistado con ayuda familiar ()</p> <p>2.7.2 La familia ()</p> <p>2.7.3 El entrevistado ()</p> <p>2.7.4 Otros ()</p> |
|---|---|

3. PRESENTACION PERSONAL DEL ENTREVISTADO

- | | |
|---|---|
| <p>3.1 Vestuario</p> <p>3.1.1 Limpio ()</p> <p>3.1.2 Sucio ()</p> <p>3.1.3 Completo ()</p> <p>3.1.4 Incompleto ()</p> | <p>3.2 Higiene Personal</p> <p>3.2.1 Buena ()</p> <p>3.2.2 Regular ()</p> <p>3.2.3 Mala ()</p> |
|---|---|

4. DESENVOLVIMIENTO PERSONAL

- | | |
|--|---|
| <p>4.1 Atento ()</p> <p>4.2 Desatento ()</p> <p>4.3 Interesado ()</p> <p>4.4 Desinteresado ()</p> <p>4.5 Comunicativo ()</p> <p>4.6 Callado ()</p> | <p>4.7 Irritado ()</p> <p>4.8 Triste ()</p> <p>4.9 Quejumbroso ()</p> <p>4.10 Estado de ebriedad ()</p> <p>4.11 Otros ()</p> |
|--|---|

5. RELACION DON LA FAMILIA

- | | |
|---|---|
| <p>5.1 El hogar del entrevistado es:</p> <p>5.1.1 Integrado ()</p> <p>5.1.2 Desintegrado ()</p> | <p>5.2 Constituyen su grupo familiar:</p> <p>5.2.1 Esposa o conviviente ()</p> <p>5.2.2 Número de hijos ()</p> <p>5.2.3 Padres ()</p> <p>5.2.4 Suegros ()</p> <p>5.2.5 Hermanos ()</p> <p>5.2.6 Cuñados ()</p> <p>5.2.7 Otros ()</p> |
|---|---|

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Boleta para seguimiento de afiliados a quienes el IGSS ha otorgado equipo mínimo de trabajo

Hoja 4

5.3 Trabaja activamente para el sostenimiento de su grupo familiar?

- 5.3.1 SI ()
- 5.3.2 No ()
- 5.3.3 Parcialmente ()

5.4 Qué otros miembros del grupo familiar contribuyen económicamente?

- 5.4.1 Esposa o conviviente ()
- 5.4.2 Hijos ()
- 5.4.3 Hermanos ()
- 5.4.4 Padres ()
- 5.4.5 Otros ()

5.5 Las relaciones interfamiliares son:

- 5.5.1 Cordiales ()
- 5.5.2 Agresivas ()
- 5.5.3 Indiferentes ()
- 5.5.4 Afectivas ()
- 5.5.5 Otros ()

5.6 Los comentarios de la familia con respecto a la actitud del entrevistado son:

- 5.6.1 Favorables ()
- 5.6.2 Desfavorables ()

6. DESENVOLVIMIENTO LABORAL

6.1 Sus ingresos económicos los obtiene de:

- 6.1.1 Pensión del IGSS ()
- 6.1.2 Usufructo de Equipo Mínimo de trabajo ()
- 6.1.3 Remuneración por otra actividad laboral ()
- 6.1.4 Caridad pública ()

6.2 El total de ingresos es de:

- 6.2.1 0.00-Q.100.00 ()
- 6.2.2 Q101.00-Q.200.00 ()
- 6.2.3 Q201.00-Q.300.00 ()
- 6.2.4 Q301.00-em adelante ()

6.3 Para el desarrollo de su trabajo se transporta mediante de:

- 6.3.1 Silla de ruedas ()
- 6.3.2 Vehículo propio ()
- 6.3.3 Transporte público ()
- 6.3.4 Semovientes ()
- 6.3.5 Otros ()

6.4 La opinión del entrevistado en relación al trabajo que desempeña es:

- 6.4.1 Satisfecho ()
- 6.4.2 Frustrado ()
- 6.4.3 Exitosa ()
- 6.4.4 Indiferente ()
- 6.4.5 Motivado ()
- 6.4.6 Pasiva ()
- 6.4.7 Otras ()

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Boleta para seguimiento de afiliados a quienes el IGSS ha otorgado equipo mínimo de trabajo

Hoja 5

6.5 Su actitud ante el trabajo es:

- 6.5.1 Con iniciativa ()
- 6.5.2 Dinámica ()
- 6.5.3 Responsable ()
- 6.5.4 Irresponsable ()
- 6.5.5 Forzada ()
- 6.5.6 Pasiva ()
- 6.5.7 Otra ()

6.6 En caso de que el entrevistado haya dejado de trabajar en la ocupación en la cual, se le dio adiestramiento y equipo mínimo; indique causas:

- 6.6.1 Falta de capital de trabajo ()
- 6.6.2 Falta de mercado para los productos o clientela ()
- 6.6.3 Baja calidad de los productos o servicios que ofrece ()
- 6.6.4 Mucha competencia ()
- 6.6.5 Equipo insuficiente ()

6.7 El desarrollo actual de las actividades como medio de subsistencia es:

- 6.7.1 Precario ()
- 6.7.2 Incipiente ()
- 6.7.3 Favorable ()
- 6.7.4 Próspero ()

7. DEL EQUIPO DE PARAPLEJICO

7.1 Posee completo su equipo (aparatos, silla de ruedas, etc.)

- 7.1.1 SI ()
- 7.1.2 No ()

7.2 Ha solicitado reparación o cambio de sus aparatos?

- 7.2.1 Reparación () Número de veces _____
- 7.2.2 Cambio () Número de veces _____

7.3 Ha solicitado reparación o cambio de silla de ruedas?

- 7.3.1 Reparación () Número de veces _____
- 7.3.2 Cambio () Número de veces _____

8. DE LA ATENCION MEDICA

8.1 Ha solicitado atención médica a la Unidad más cercana a su domicilio?

- 8.1.1 SI () No ()
- 8.1.2 Por qué: Ulceras por decúbito ()
- Infecciones Urinarias ()
- Intercurrentes ()

FE DE ERRATAS

No. PAG.	No. LINEA	PALABRA INCORRECTA	PALABRA CORRECTA
vi	1-3-19	Descapacitados	Discapacitados
5	10	Periférico	Puerperio
6	9	1979	1974
9	11	Criterios	Criterio
16	3	Construido	Construidos
20	18	Convalecientes	Convalescientes
23	12	"Donado por inválidos"	"Donado para indigentes"
36	18	Común	CONACI-
52		Agregado después de último párrafo:	
		Vale la pena aclarar que después de la presentación inicial del paciente gran traumatizado de lesiones medulares, lesiones cráneo encefálicas o amputados, la programación para ser evaluado en Juntas de Gran Traumatizado posteriores, está determinada por la evolución de cada paciente.	
58	6	Discapacitada	Discapacitado
Capítulo 4	24	Sistemática	Sistémica
80	11	Boletos	Boletas
84	22	Existe	Existen
90	22	Lujos	Hijos
97	19	Costumbre	Costumbres
109	15	Determinan	Determinaron
109	17	Han	Habían
Capítulo 5	14	Convaleciente	Convalesciente
120	22	Anular la letra "a"	porque la Universidad
122	15	Cuandos e incorpora	Cuando los incorpora
132	20	Multidisplinarios	Multidisciplinarios