

2005

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti"

Barla, María Cecilia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1006>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social**

INFORME FINAL

**Hospital Interzonal Especializado
Materno Infantil
“Don Victorio Tetamanti”**

Cátedra: “Supervisión”

Titular: Lic. Beatriz Castellano.

Adjunta: Lic. Paula Meschini.

**Alumnas: Barla María Cecilia.
Grufi Amaiké Carolina.**

Mar del Plata, 22 marzo del año 2005.



Índice:

Introducción.....	pág.2
Marco Teórico Referencial.....	pág.3
Evolución Histórica del Trabajo Social.....	pág.3
Definiciones de Trabajo Social.....	pág.8
La persona y el abordaje del caso social individual familiar desde la orientación psicosocial.....	pág.10
La perspectiva de redes.....	pág.15
La dimensión familiar.....	pág.21
Organización/ La Institución.....	pág.27
Campo de la Salud.....	pág.31
Historia de la salud en Mar del Plata.....	pág.32
Proceso de Salud.....	pág.34
Problemáticas relevantes en el campo de la salud.....	pág.38
Política de Salud y resultados de salud.....	pág.57
Formas de intervención del estado en salud.....	pág.58
Política económica y política social.....	pág.65
Trabajo en Equipo: intra- multi- inter- transdisciplinario.....	pág.70
El Servicio Social en el campo de la Salud.....	pág.73
Supervisión en Servicio Social (relación- objetivos-funciones- técnicas).....	pág.76
Condiciones del supervisor.....	pág.82
Proceso de Supervisión.....	pág.84
Trabajo de Campo: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" (Estructura-funciones- objetivos- reseña histórica).....	pág.86
Servicio Social del HIEMI (Estructura- funciones- objetivos- proyectos).....	pág.95
Sectores asignados para la práctica supervisada.....	pág.101
Metodología de Intervención.....	pág.103
Abordaje Institucional (estudio de casos).....	pág.105
Supervisión del proceso de aprendizaje.....	pág.128
Análisis de datos.....	pág.130
Conclusiones.....	pág.132
Anexo.....	pág.133
Bibliografía.....	pág.134



Introducción:

La posibilidad de realizar nuestra pasantía en el Servicio Social Hospitalario del Materno Infantil fue para nosotras una instancia muy esperada, ante la cual nos sentimos llenas de dudas, inseguridades, preguntas. Pero sobre todo llenas de deseo. Pensarse en la práctica, en una institución pública de asistencia en salud es algo muy difícil sobre todo en este contexto plagado de incertidumbres. Es a la vez una exigencia y un desafío a la posibilidad de comenzar a asumirse como futuro profesional.

Son muchas las dudas e inseguridades que nos asaltaron a la hora de sentir que hay que “demostrar”, que llegó el momento de “hacer”. Es inevitable pensar que los elementos de que disponemos son pocos, que es muy difícil la tarea de articular la teoría y la práctica. No obstante para crecer hay que enfrentarse con el sufrimiento que implica que siempre algo va a faltar, que es necesario poder tolerar la incertidumbre para poder crear algo nuevo. Siempre pensamos en el campo de la Salud como uno de los espacios donde más nos gustaría estar para aprender, para continuar nuestra formación y realizar la práctica. Es para nosotras una gran satisfacción haber podido acceder a este espacio.

Fundamentación:

Encuadrando nuestro interés en el campo de la salud dentro del ámbito Hospitalario, puesto que el “estilo de vida” ha pasado a ser una de las principales preocupaciones o tendencias de la sociedad con consecuente interés por la dieta alimentaria, el estado físico y la noción de bienestar, expandiéndose entre toda la población. Se hace evidente la necesidad de prestar mayor atención a los determinantes sociales y del medio ambiente de la salud, incluyendo los factores ocupacionales.

Las ventajas de una población sana sobre otra que no lo es, son indiscutibles. Una población sana y con sus necesidades básicas satisfechas, es más apta para el trabajo, para la producción, para los logros culturales, la superación física y espiritual.

La intervención del Trabajador Social en esta área es de vital importancia, ya que este posee los conocimientos necesarios para actuar



como un nexo entre la salud y la comunidad, logrando una acción mancomunada como estrategia eficaz, recurso valioso, del cual puede valerse la gestión para desarrollar actividades exitosas.

En la reunión de Alma Ata, ex. URSS, en 1978, se define a la Participación de la Comunidad como “el proceso por el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y de los de la colectividad, y mejoran la capacidad para contribuir a su propio desarrollo económico y al de sus comunidades”. Han de comprender que no tienen que aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden crear e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cual puede ser su propia aportación. Así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos”.

Consideramos que el ámbito de la salud es un campo que permite la realización de múltiples experiencias. Brindando la oportunidad de trabajar con el otro para el logro de una mejor calidad de vida. El goce de buenas condiciones de salud contribuye a la integridad de la persona, permitiéndole el desenvolvimiento saludable de su vida en la sociedad.

Primera Parte: Marco Teórico Referencial

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL.

En el presente trabajo se desarrolla brevemente la evolución del Trabajo Social.

En un primer momento, se refiere a la caridad y filantropía como prácticas anteriores a éste, y en un segundo momento se exponen los

aportes que realizan distintos autores y acontecimientos considerados fundamentales para el desarrollo del Trabajo Social como profesión.



El proceso histórico social de constitución de la especificidad profesional.¹

En la historia de la humanidad han surgido un conjunto de prácticas y de representaciones que intentan explicar, definir e intervenir en los efectos de las contradicciones estructurales de la sociedad en las condiciones de vida de las clases explotadas y dominantes. Entre ellas se ubica el Trabajo Social. El ámbito de las relaciones sociales donde surge la especificidad profesional es aquel donde las clases sociales se definen como sujetos portadores de necesidades y de carencias y como sujetos portadores de recursos y satisfactores, que interactúan a través de un sujeto social que interviene como intermediario en el tratamiento del problema social que los interrelaciona.

La referencia histórica de la especificidad profesional se remite a las llamadas formas de ayuda y asistencia social, no como meros antecedentes, sino como las prácticas de donde se desprende el Trabajo Social como profesión. Las formas de ayuda y asistencia no son etapas cronológicas de una evolución del T.S., sino que son prácticas previas y autónomas a esta práctica profesional.

El ejercicio de la caridad y de la filantropía.

La especificidad profesional comienza a constituirse recuperando elementos de otras prácticas no profesionales a través de las cuales se interviene en las necesidades y carencias para cumplir con las prescripciones de una doctrina. Así el T.S. se desprende del ejercicio de la caridad, entendida como la puesta en acto de un mandato divino: hacer le bien por amor a Dios; y deviene también del ejercicio de la filantropía,

como la puesta en acto de un imperativo ético: hacer el bien por amor al hombre.

¹ García Salor, S. "Especificidad y rol en trabajo social. Currículum-saber-formación." Edit. Hymánitas.



Estas prácticas pueden resumirse en la beneficencia, como la virtud de hacer el bien, consisten en una serie de actividades que se desarrollan en base a la fe, la experiencia, la intuición y el compromiso.

La institucionalización de la beneficencia.

En Europa y EE.UU. éstas prácticas se reconocen como un campo específico de intervención, y a partir de mediados del siglo XIX, comienzan a desarrollarse en otras condiciones. Éstas prácticas se institucionalizan con el surgimiento de organizaciones que plantean a las actividades beneficios asistenciales como especialización a favor de los indigentes de la industrialización. En este momento el tratamiento de las necesidades y carencias se estructura en tres ámbitos:

- Las Organizaciones de las Sociedades de la Caridad.
- Los Movimientos de Reforma Social.
- La incipiente acción del Estado.

El Trabajo Social se constituye en el seno de las prácticas y representaciones propias de las Organizaciones de la Caridad. En ellas se conforma el primer espacio laboral de la nueva profesión y surge también el espacio de saber especializado y de transmisión de ese saber, es decir, la capacitación profesional.

El Trabajo Social nace entonces a principio del siglo XX, como producto de la articulación de tres elementos:

1. La institucionalización de la beneficencia privada que aporta un saber práctico, es decir, una forma de hacer las cosas.
2. La ampliación de las funciones del Estado que aporta un espacio laboral y legitima el lugar de intermediario bajo la condición de trabajo asalariado.
3. El desarrollo de las Ciencias Sociales que genera un campo diversificado de argumentación teórica y de herramientas metodológicas, de las cuáles la nueva profesión extrae en "préstamo" conceptos y técnicas que pasan a constituir su saber especializado.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Desde sus comienzos el Servicio Social ha sido una profesión de Derechos Humanos, al tener como principio fundamental el valor intrínseco de todo ser humano y como uno de sus objetivos principales el fomento de estructuras sociales equitativas capaces de ofrecer a las personas seguridad y desarrollo manteniendo su dignidad.

El T.S. es una de las respuestas a la llamada cuestión social, que se desarrollan a lo largo del siglo XIX.²

Varios autores y acontecimientos realizan importantes aportes que determinan la evolución del T.S. como profesión.

Mary Richmond y el T.S. Reformista. Desarrolla su acción entre 1897 y 1925 propugna una concepción de la nueva profesión centrada en la investigación de la situación personal y familiar, que permitiera establecer las causas de los conflictos o problemas que los afecta. En su concepción el T.S. debe dedicarse plenamente a establecer con el sujeto un vínculo que posibilite la superación efectiva de la situación problemática, hasta lograr su transformación concreta.

Gisella Konopka y la educación para la democracia. La llegada a los EE.UU. como exiliada polaca judía Gisella Konopka tendría una notoria influencia en el desarrollo del T.S. con grupos. Ella ve en el trabajo con grupos, una estrategia de desarrollo personal y humano, capaz de afianzar en un proceso psico-afectivo los valores permanentes que sustenta la democracia.

El I Congreso Panamericano de Servicio Social (Puerto Rico, 1957). Este Congreso define al T.S. como "profesión basada en el reconocimiento de la dignidad del ser humano y su capacidad de superación que mediante los procedimientos técnicos propios ayuda a los

individuos, los grupos y las comunidades a valerse por sí mismos y lograr su desarrollo integral."

El Documento de Araxá y los Derechos Humanos como presupuesto ético del trabajo social. La reunión realizada en 1967 por

² Eroles, C. Los Derechos Humanos. Compromiso ético de l Trabajo Social. Edit. Espacio.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

un grupo de T.S. brasileños en la ciudad de Araxá, con el objeto de considerar la situación de la profesión en el contexto cambiante de

América Latina. Es uno de los documentos claves del proceso de Reconceptualización. En este se acepta como cuadro de valores, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Y se consideran presupuestos éticos y metafísicos del servicio social los conceptos de dignidad fundamental, esencia social y perfectibilidad humana.

Los aportes de científicos sociales y educadores latinoamericanos al trabajo social. En la década del 60 el caso concreto es de Ezequiel Ander Egg y Paulo Freire. El primero publica un libro fundamental "Servicio Social para una Nueva Época" en el que plantea entre otros temas el compromiso ético de los profesionales del servicio social. El segundo ejerce una indiscutible influencia en varias generaciones de trabajadores sociales, desde la publicación de su gran libro "La educación como práctica de la libertad".

El Grupo Ecro y la correlación entre desarrollo y compromiso ético-político. Juan Barreix y Luís Fernández son los creadores de este grupo, el cual aportó a la enseñanza del T.S., al proceso de reconceptualización y a la incorporación al T.S. del paradigma del desarrollo, en una perspectiva nacional y popular.

Los trabajadores sociales enfrentando las dictaduras militares en Brasil, Uruguay, Chile y la Argentina. La acción del Celats. El Trabajo Social fue una "profesión de riesgo" por su compromiso ético-político con el cambio. El Centro Latinoamericano de Trabajo Social desarrolló una tarea fundamental para el desarrollo científico y político de la profesión.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. Estas instituciones han prestado en las últimas décadas un aporte significativo



para el afianzamiento del compromiso del T.S. en todo el mundo, con la defensa y promoción de los derechos humanos.

TRABAJO SOCIAL: Definiciones.

Numerosos autores han definido al Trabajo Social, contextualizados en una época determinada, desde la experiencia propia del trabajo realizado y desde diversas perspectivas.

A continuación se presentan diferentes definiciones y perspectivas.

Para comenzar a conceptualizar acerca del T.S. consideramos importante comenzar por Mary Richmond, en su libro, *Diagnosis Social*, publicado en 1917 se formula por primera vez una teoría del Trabajo Social.

Mary Richmond³ define el Caso Social Individual como un "tratamiento prolongado e intensivo que desarrolla la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social". El objetivo del T.S. es: "Educar a través de un programa de participación que permita al cliente compartir con el trabajador social la responsabilidad de las decisiones a tomar"; educar democráticamente", entendiendo por democracia "un hábito cotidiano", "la igualdad en compartir cosas en común, en igualar las posibilidades de éxito de todos. Señala también la necesidad de un servicio social en reformas sociales que eleve las condiciones en las cuales viven las masas.

Cristina de Robertis⁴, quién desarrolla su actividad en Francia, define al T.S. en términos de método y de proceso.

El método en T.S. es la manera como actúa el trabajador social desde su primer encuentro con el asistido hasta que finaliza su acción con el mismo. El método se puede dividir en diversas fases con fines de estudio y profundización. La metodología nos permite así delimitar y estudiar las "maneras de actuar" en trabajo social, la forma de proceder

según un determinado orden y siguiendo determinados principios, es decir, el método.

³ Richmond, Mary, *Caso Social Individual*. Edit. Hvmanitas. Bs. As. 1962.

⁴ De Robertis, C. *Metodología de la Intervención en trabajo social*. Barcelona. 2edición. 1992.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

El método es siempre un medio y no un fin en sí, la metodología en trabajo social es la manera de hacer, pero no define los objetivos que quiere alcanzar ni los valores a los cuales uno se refiere. El método es un instrumento para alcanzar objetivos previamente determinados, está subordinado a los valores y a los fines, pero existe una relación estrecha entre los objetivos perseguidos y la manera de actuar.

El trabajador social es un agente de cambio, éste debe determinar los objetivos a alcanzar y los medios para lograrlo.

Enrique Di Carlo⁵, desde el Paradigma Humanista Dialéctico, concibe al hombre como un ser pensante, respetable por su dignidad de ser persona, reconociéndole el derecho de realizarse y construir su vida y su comunidad. El trabajo social se trata de una capacitación vital y moral del otro para el ejercicio autónomo de su existencia, dentro de la cual no toda forma de ser o convivir da lo mismo. Se busca que el otro descubra y ejerza su ser persona frente a sí mismo, los demás y la comunidad.

Carlos Eroles⁶, desde la perspectiva de los Derechos Humanos sostiene que el trabajo social como profesión tiene una finalidad transformadora puesta al servicio de la promoción y de la plena constitución de sujetos sociales, es decir, de personas capaces de autogestionarse su propia vida personal, familiar y comunitaria y generar formas organizativas que afiancen el pleno ejercicio de la soberanía. El trabajo social no es solamente el abordaje de las situaciones problemáticas y de los conflictos, sino la transformación de las condiciones sociales, con un sentido de desarrollo humano. El trabajo social supone un compromiso con la acción afirmativa de derechos de todos los sectores discriminados o vulnerados en sus condiciones esenciales de dignidad humana. Actúa, interviene sobre problemas concretos y situaciones determinadas de grupos, organizaciones, comunidades específicas, de personas de carne y hueso, que viven en lugares precisos, en un aquí y

ahora definidos. Toda transformación implica comprender y valorar el presente, conociendo la realidad. Pero también requiere la decisión de

⁵ Di Carlo, E y Equipo. Trabajo Social y Persona. UNMDP. Fundación Paideia. 2002

⁶ Idem 5.



UNIVERSIDAD NACIONAL
apartarse de él para preparar el tiempo futuro que se espera más humano,
menos marginante u opresor.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Para la realización de este trabajo, luego de haber presentado diferentes perspectivas, nuestro posicionamiento es el de la multirreferencialidad teórica.

Considerando que esto contribuye a la riqueza del trabajo, gracias al aporte de varios autores y puntos de vista. Igualmente destacamos que lo que proyectamos para la práctica de intervención individual-familiar, es trabajar de manera conjunta con la gente, respetando su libertad y autonomía. Donde juntos, podemos articular los recursos para mejorar el estado de salud de las personas, colaborando con la formación integral de las personas y el respeto de su dignidad.

La Persona y el abordaje del caso social individual familiar desde la orientación psicosocial:

El objeto de la metodología del trabajador social es abordar y resolver una situación problema. Para Helen Perlman el problema consiste en un obstáculo, una necesidad o una acumulación de frustraciones o inadaptaciones que impiden una adecuación vital de la persona o restan eficacia a sus esfuerzos para conseguirla.

Dewey define a la situación problemática como una situación indeterminada- incierta. Se hace problemática en el proceso mismo de ser sometida a investigación. Cristina De Robertis expresa que todas las situaciones son relaciones de fuerza ya que toda situación de cambio implica inevitablemente tensiones, sentimientos ambivalentes u hostiles (fuerzas que impelan al cambio y fuerzas que lo resisten). El concepto de contradicción nos lleva a considerar todo lo que nos rodea ligado a su contrario, aprender a ver las situaciones en toda su complejidad y dinamismo. Las situaciones de equilibrio donde las fuerzas contradictorias enfrentadas se anulan, están constantemente amenazadas por la ruptura y la búsqueda de un nuevo equilibrio. Como expresa M. Richmond el caso

social individual se preocupa por ofrecer al individuo un tratamiento prolongado e intensivo sobre su personalidad reajustando consciente e



individualmente al hombre a su medio social. La noción general más amplia posible del Servicio Social de casos individual es el desarrollo de la

personalidad, la misma representa no solo aquello que es innato, sino todo lo que el hombre adquiere por su educación, experiencia y por sus relaciones con sus semejantes. Solo podemos revelar la personalidad por medio de la comprensión de la individualidad y del medio, al respecto Mead agrega que la persona es una fusión del "mi" con el "yo", en el "mi" la persona adopta el papel del otro generalizado. sus valores son los valores del proceso social mismo, el "yo" es la instancia actuante expresiva y espontánea, expresión de sí, sensación de libertad e iniciativa. La persona es la acción del yo en armonía con la adopción del papel de los otros por el "mi". Ni está completamente determinada, ni es completamente autodeterminante "la criatura humana debe completarse a sí misma".

El profesional al tener la capacidad de ofrecer ayuda es una persona que está investida de poder, como expresa Foucault no debemos concebir la práctica como una aplicación de la teoría bajo la forma de un proceso de totalización; romper con el sistema que intercepta, prohíbe e invalida el discurso y el saber de las masas (intelectual universal). El papel del intelectual ya no consiste en decir la verdad muda a todos. El problema está en desligar el poder de la verdad de las formas de hegemonía.

Como expresa H. Perlman la relación entre el trabajador social y el cliente es el instrumento fundamental, se debe generar un vínculo emocional, una relación significativa donde se pueda responder a sus sentimientos contener y demostrar comprensión. Lo que se trata de establecer es lo que M. Richmond define como "relación democrática" es democrática si le doy participación al otro. Una relación significativa es un aprendizaje social, uno va aprendiendo normas, conductas, valores, junto con el otro "no solo escuchar y comprender", es decir partiendo del paradigma humanista dialéctico reconocemos al hombre como un fin en sí mismo, la persona como portadora de universalidad, de conciencia.

Trabajamos con el otro para que el otro tome conocimiento de que posee la posibilidad de construir su propia práctica de sí (llamada por



Foucault (ascética), no la moral apegada a los códigos, los cuales someten a las personas a un principio de conducta conforme con ciertos valores y reglas.

Poner el acento sobre la relación consigo mismo para que el sujeto elija deliberadamente los principios de acción, su propia razón ha de servirle de guía, el individuo mismo define su posición en relación con el precepto que sigue (modo de sujeción), se fija un determinado modo de ser que valdrá como cumplimiento moral de sí mismo (teología) y para ello actúa sobre sí mismo, busca conocerse, se controla, se prueba, se transforma (ascética). Epicuro plantea que el hombre se fija un "modelo ideal" para poder tener un ideal espectador y juez interior (nuestra conciencia misma).

El trabajador social imprime una racionalidad distinta, no trabaja a favor de lo que establece el sistema, busca lograr que el sujeto construya su propia ética. La relación en trabajo social es un lugar terapéutico ya que la persona al poder volcar todo lo que le es interior lo puede objetivar y trabajar. "No" es significativo porque adquiere un saber que sustituye una ignorancia previa (Foucault); "Sí" porque el sujeto adquiere un nuevo conocimiento de sí que no tenía. Cuando se establece esta situación entramos en una relación espiritual.

Lo que se busca es una verdad donde el otro se acomode. Como expresa Osvaldo San Giacomo el otro es un ser pensante, mi misión es comunicarme con él, no voy a reflexionar por él, ante cada situación uno es un ignorante, es necesario conocerlo para comprender como llegó a la situación en la que esta, necesitamos un conocimiento objetivo, recuperar el pensamiento que los orientó (Collingwood), la significación e intencionalidad de los hechos, conocer como piensan y que valores los orientan (su subjetividad), "comunicación racional categoría científica del trabajo social", se parte de la noción del ser humano que piensa "ser racional".

El trabajador social entra en comunicación con el sujeto y va elaborando síntesis explicativas en este intercambio con él, en este



expresamos el propio sujeto comienza a ponerse en claro también a si mismo el asunto que lo afecta. Ello nos lleva al objeto del trabajo social: el otro es una persona que por su realidad perdió grados de objetividad que le permitan resolver su situación. Necesita del trabajo de un trabajador social para recomponer su situación.

El otro objeto del trabajador social es el debate entre los seres humanos y la realidad en búsqueda de mejoras en la calidad y la forma de vida (sujetos y realidades en contradicción).

Relación entre objeto y sujeto. Como profesional debo contribuir a que el otro mejore sus condiciones de vida, si parto de que dependo de la institución muy pronto me olvido del compromiso con las personas "bienestar social". El proceso específico en trabajo social según Mary Richmond es un proceso de acción- comprensión "La acción razonada" por medio de la imaginación constructiva tomamos las distintas realidades que configuran el contexto de la situación como una totalidad.

Kadushin lo llama la construcción del campo donde se busca obtener todo el material que pudiera ser necesario para luego llegar a la profundidad donde se enfoca un tema particular, el significado emocional mas personal del contenido, tiene que ver con la forma en que el entrevistado se siente acerca de lo que sucedió, implica una respuesta afectiva, un compromiso personal con el contenido. Mary Richmond lo llama "la dificultad capital del problema" a través de la cual se busca explicar la situación desde una visión totalizadora.

El carácter de "constructiva" está dado por su integración del pensamiento en forma más compleja, su función primordial es la reflexión, determinar que curso de acción se seguirá. Comprender es tratar de encontrar la intención total de un acontecimiento, el sentido que le da el sujeto. En la medida en que la persona comienza a recomponer su objetividad comienza a caminar con sus dos pies. Al comienzo se encuentra enredada en la situación caótica, luego va a avanzar

comenzando a encontrar soluciones por sí solo, no recetas dadas por nosotros.



El trabajador social busca comprender los motivos (propósitos) e intenciones (denominados por Schutz motivos para) de la acción. Como sostiene Dewey la práctica del trabajador social es un hacer y rehacer sobre el material existencial, el profesional actuante está continuamente valorando y estableciendo juicios prácticos sobre las operaciones que realiza y dentro de estos juicios está la selección de algunas técnicas por sobre otras (lo que considera como bien o no bien) apreciaciones que representan consumaciones relativas, que van dando respuesta a las distintas tensiones hasta llegar a la construcción de un juicio conclusivo (aserción garantizada- no segura, hipótesis diagnóstica) reuniendo la comprensión empática e intelectual.

Fenomenología del diagnóstico social comprensivo (Rubens Méndez)
El diagnóstico social comprensivo es la manera de hacer inteligible la acción que el sujeto social desenvuelve en su medio desde una perspectiva integral que relaciona valores, motivos y necesidades del sujeto con posibilidades y oportunidades que tiene la sociedad, logrando un mayor conocimiento de ambos en la comprensión de esta relación. Juicio opinión fundada producto de la investigación, su función principal es la de determinar que curso de acción se seguirá, la comprensión es el hilo conductor de una planificación para actuar. Surge un centro allí donde surge un esfuerzo para cambiar en una dirección particular. Como sostiene Dewey la deliberación genuina procede estableciendo y examinando cursos alternativos de actividad y considerando sus respectivas consecuencias (imaginación constructiva, pensamiento como operación anticipadora). Tiene en cuenta la totalidad no solo la utilidad donde obtiene mejores ventajas (teoría utilitarista del cálculo), sino también la pérdida, plantea un objetivo unificado.

Dewey "La comprensión y el método experimental en la lógica sobre los asuntos humanos". Rubens Méndez "La investigación acerca de las relaciones entre los hechos nos permiten librarnos de cualquier forma de absolutismo; no podemos tener pensamientos ritualizados". Nos parece

desacertado sustituir la relación dialéctica profesional con su objeto-sujeto, por procedimientos y formas de explicación esquemáticas. La



pre-disposición básica que caracteriza al ser profesional es la apertura a la dialogicidad, cuyo contenido a tener en cuenta es el otro y su problema, crecimiento de la conciencia del otro, proceso reflexivo, examen en conjunto del problema y sus dificultades. No hay valores inmutables, los valores se definen en el proceso. La búsqueda de la certeza se convierte en la pesquisa de los métodos de control, esto es de los modos de regular las condiciones de los cambios con respecto a sus consecuencias.

La perspectiva de redes⁷ :

Redes para, redes como medio, redes como forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente. Porque necesitamos “*enredarnos*” para movilizarnos en el sentido de dar respuesta a las deudas que tenemos con la salud de la población. Redes integrales: emocionales e intelectuales.

La lógica de redes

En esta idea de red, hay ideas interesantes. Una de ellas es que la conexión de las personas es una **conexión personal**. Está claro que se conectan personas, en algunos casos aparecen instituciones, pero una vez que se conectan personas o instituciones, para la red, tanto una como la otra, valen lo mismo. Del mismo evento se puede sacar mucha información si se hacen comparaciones mirando desde distintos lugares, todas las informaciones entran como dato y luego, la reconstrucción del hecho da una información que nadie podría haber dado individualmente. La reconstrucción del impacto y las consecuencias de él se lograron fundamentalmente sobre la base de la observación mundial.

Lo que se opone a la lógica de redes son las pirámides, o formas jerárquicas de organización. Las redes no son telarañas, no son concéntricas, son formas de articulación multicéntricas.

La Psicología Social, que desarrolló toda una reflexión alrededor de los grupos y múltiples escuelas trabajaron sobre esta perspectiva, descubre

⁷ ROVERE, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.



que de alguna manera la idea de grupo es limitada. Analizando al sujeto, se descubre que los sujetos no sólo forman grupos, también hay redes.

Desde esta perspectiva vamos a decir que, para nosotros, redes son *redes de personas*, se conectan o vinculan personas, aunque esta persona sea el director de la institución y se relacione con su cargo incluido, pero no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, no se conectan computadoras entre sí, se conectan personas. Por esto es que se dice que *redes es el lenguaje de los vínculos*, es fundamentalmente un concepto vincular. Primero: redes fue considerado como un elemento interno de otra concepción que era la de *sistemas*.

La concepción de sistemas es un gran homogeneizador, si ustedes toman las cosas más heterogéneas que se imaginen, por ejemplo y las ponen en el lenguaje de sistema, les van a parecer homogéneas. Cuando alguien dice "por qué no analizamos el Sistema de Salud de la Argentina", esta forma de decirlo automáticamente le ofrece una homogeneidad que no tiene. En la práctica se podría decir "analicemos cómo se prestan servicios de Salud en la Argentina", así se permite emerger a la heterogeneidad. Sistema es un aparato homogeneizador.

Redes, en cambio, parte de otra lógica, parte de asumir heterogeneidad. Redes no homogeneiza, redes asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas.

La realidad, no se organiza en pirámides, por lo que la situación se nos presenta como *sociedad fragmentada*. Este es un gran referente de la posmodernidad. Hoy en día no hay unidades asibles, ordenables, coordinables y autolimitables, en la práctica la sociedad aparece en forma fragmentada y las instituciones, imitando a la sociedad, también.

La fragmentación, en cierta manera, trae ventajas y desventajas. La desventaja es esta sensación de que no suma nada, pero la ventaja es que permite la emergencia de las personas concretas que no podían surgir con discursos que los anulaban. La posmodernidad coloca en el centro al

sujeto porque enfatiza que somos productores, o sea que la sociedad por venir va a ser consecuencia de lo que nosotros hagamos.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Cuando la gente tiene sensación de caos, se generan altas demandas de control. Si la fragmentación ocurre dentro de límites tolerables es una cosa, si los sobrepasa se empieza a pensar en soluciones autoritarias, salvo que tengamos el ingenio de construir una tercera posibilidad. Esta tercera posibilidad se llama *redes*. La homogeneización es necesariamente autoritaria, es una compactación autoritaria de las diversidades. En vez de esto trataremos de articular heterogeneidades. Al sobreimprimir las redes sobre la fragmentación voy creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica. Al tener **heterogeneidades organizadas** reduzco la *demanda de organización piramidal* y, al reducirla, equipo a las personas, a las sociedades e instituciones para profundizar democracia, antes que perder democracia cada vez que la sensación de caos nos invade. La idea de redes nos empieza a dar un mensaje distinto al de la idea de sistemas. Porque a pesar de que no lo parece, el concepto de "sistemas" implica organización piramidal. El mejor de los sistemas funciona sobre la base de concentración de poder. En las redes no necesariamente se funciona así. Puede tener múltiples nodos, necesita tener múltiples nodos, no tiene una propulsión desde un lugar específico, sino que tiene lugares de articulación, tiene nodos de mayor densidad, atrapa mejor la heterogeneidad. Las redes del Servicio de Salud tendrán que heterogéneas en capacidad de respuesta a necesidades diversas, etc. En el modelo de sistema teníamos que homogeneizar, en el modelo de redes podemos permitirnos respuestas flexibles a necesidades diversas de la gente.

La lógica de redes, es una estructura diferente que la de las pirámides, de los organigramas, de las estructuras de poder (quién controla a quien, quién reporta a quien). En esta lógica de redes no es solamente una estructura para vincularse con el afuera, sino también para establecer nuevas formas vinculares en el adentro, pueden ser mecanismos de **redes intrainstitucionales**. Redes no es simplemente **referencia y contrarreferencia**, la idea de que soplando por un tubo

mando algo que otro recibe y me devuelve sería empobrecer las potencialidades del concepto de redes. A partir del momento en que la



gente entra en red, entra en vínculos solidarios, lo que la gente va a evaluar para decir que estos servicios en realidad son una red, es si hay comportamiento solidario. Cuando estamos en redes nada que ocurra en algún lugar, le es ajeno a otro lugar.

Naturaleza de los vínculos

La unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. Existen múltiples redes formales e informales. Son vínculos que se arman y que sin ellos uno no podría trabajar, ni siquiera en privado, salvo que uno tuviera un trabajo en el cual fuera tan autosuficiente, de manera tal que pueda resolver todo lo que puede tener un paciente. En esta historia de vínculos vamos generando y profundizando nuestra concepción de redes. Existe una especie de **macro mecanismo** que podría dar cuenta de distintas categorías, como por ejemplo de pertenencia, de identidad con un grupo. Cuando se genera un grupo *artificial*, donde habitualmente la gente sólo comparte su tiempo en las reuniones grupales, en un primer momento para nosotros el otro casi no existe, se requiere un tiempo para que yo vaya incorporando a los otros en mi *representación interna*, voy incorporando y al mismo tiempo me voy viendo reflejado en el otro. En la dinámica grupal empiezan a pasar cosas, en algún momento el grupo es y al mismo tiempo se está constituyendo y en esa constitución, cuando aparecen tareas o unidades de producción específicas de los grupos, en algún momento las personas deciden transferir una parte de su identidad, o narcisismo, a una especie de narcisismo de grupo. En vez de estar orgulloso de lo que yo hago, empiezo a estar orgulloso de pertenecer al grupo, soy parte de un grupo o de un equipo y hacemos algo que ninguno de nosotros podría hacer solo.

Niveles en la construcción de redes



En el proceso de construcción existen diferentes niveles, cuyo conocimiento nos sirve para organizarnos, para monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles podrían nombrarse como: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Donde cada uno sirve de apoyo al siguiente.

El primer nivel sería el de **reconocimiento**, que expresaría la aceptación del otro. En casos extremos, la dificultad de operar o de interactuar consiste en que no se reconoce que el otro existe. Esto forma parte de nuestra jerga habitual, de la cultura de nuestras instituciones específicas, la forma como uno se refiere en una institución de los otros demuestra, un no reconocimiento del derecho a existir de los otros. El primer punto para empezar a construir es reconocer que el otro existe o, más precisamente, que el otro tiene derecho a existir.

Reconocer que el otro existe es reconocer que el otro puede decir algo importante para mejorar la calidad de un servicio, que puede decir cosas que a mí no se me hubieran ocurrido nunca, salvo que estuviera en el lugar de él.

No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar. Entonces, he recorrido este primer nivel cuando comienzo a aceptar que el otro existe, cuando el otro se me hace presente y tengo que tomarlo en cuenta.

Hay un segundo nivel que es el de **conocimiento**. Luego que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser incluido en mi palabra, empiezo a necesitar conocimiento del otro, lo cual expresa interés, quiero saber quién es el otro, quiero entender cómo se ve el mundo desde ahí.

Un tercer nivel, a partir del interés y del conocimiento empiezan a existir algunos episodios de **colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con). No es una ayuda sistemática, no es una ayuda organizada sino espontánea. Hay momentos, hechos, circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar una



serie de vínculos de reciprocidad, empiezo a colaborar pero espero también que colaboren conmigo.

En el cuarto nivel ya existen algunas formas sistemáticas de **cooperación** (co-operación: operación conjunta). Esto supone un proceso más complejo porque supone que existe un problema común, por lo tanto hay una co-problematización, y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir que hay un compartir sistemático de actividades.

Existe un quinto nivel donde hay **asociación**, donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos. La asociación no licua la identidad; cuando las partes entran en una asociación - federación, grupo, etc. - se articulan ciertos comportamientos y ciertos recursos, pero no se pierde identidad; no una fusión.

Toda esta construcción podría ser representada en una figura, donde colocamos los niveles desde abajo hacia arriba (el reconocimiento es el cimiento sobre el cual se basa el conocimiento, el tercer nivel, el de colaboración se apoya en el segundo, el cuarto, el de cooperación, en el tercero, etc.) también para señalar que a cualquiera de estos niveles hay que sostenerlos. Si uno no los sostiene se caen.

5 asociación

4 cooperación

3 colaboración

2 conocimiento

1 reconocimiento

También podemos expresarlo en una tabla:

Nivel Acciones Valor

5. Asociarse Compartir objetivos y proyectos: Confianza

4. Cooperar Compartir actividades y/o recursos: Solidaridad

3. Colaborar Prestar ayuda esporádica: Reciprocidad

2. Conocer Conocimiento de lo que el otro es o hace: Interés

1. Reconocer Destinadas a reconocer que el otro existe: Aceptación



Una de las bases de la lógica de redes es la autonomía, en consecuencia es muy claro que esta construcción es voluntaria. Cuando las instituciones quieren empezar a generar redes, en vez de reducir autonomía, la aumentan. Para poder entrar en red uno tiene que tener la sensación de que hay cosas que puede decidir, que puede colaborar, es decir tiene que tener autonomía.

Podríamos decir que para muchos de estos mecanismos de construcción en los cuales nos involucramos, el principal enemigo es la burocracia, que crea compartimentos estancos. No la burocracia en el sentido tradicional, sino en el sentido peyorativo con que lo usamos, en la medida que las personas están *compartí mentalizadas* se impide la posibilidad de entrar en red.

La dimensión familiar:

La estructura familiar está sometida a condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas, ecológicas, políticas y sociales⁸.

Cada familia se constituye como puede, históricamente en relación a un tiempo y un espacio determinado. Es vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación desde donde construye su mundo. La familia es capaz de irse modificando adaptándose a las condiciones del contexto.

Durham expresa que la familia articula relaciones de consanguinidad, afinidad y descendencia, en núcleos de reproducción social.

Como expresa Elisabeth Jelin, la familia se constituye y acota sus funciones en sus interrelaciones con las demás instituciones sociales, nunca fue, ni podrá ser un espacio ajeno o aislado de las determinaciones sociales más amplias.

En la realidad cotidiana el Estado y diversas agencias sociales intervienen permanentemente conformando a la familia y los roles dentro de ella. La conformación de la familia es el resultado de la intervención de diversas fuerzas e instituciones sociales y políticas.

⁸ DE JONG Eloisa "Trabajo Social Familia e Intervención"



La familia tiene significados y es experimentada de maneras muy diversas por individuos de distinto sexo, edad y clase social.

Vivimos en un mundo en que las tres dimensiones que conforman la definición clásica de familia (la sexualidad, la procreación, la convivencia) han sufrido enormes transformaciones.

Se hace necesario ver a la familia en una perspectiva histórica y al mismo tiempo tomar en consideración el contexto cultural.

Engels ⁹ expresa que existió un estado primitivo, en el cual imperaba en el seno de la tribu el comercio sexual promiscuo. La forma más antigua y primitiva de la familia fue el matrimonio por grupos,

característico del salvajismo (período en el que predomina la apropiación de productos que la naturaleza da ya hechos). Los grupos conyugales se clasificaban por generaciones donde los ascendientes y los descendientes (padres e hijos) eran los únicos que estaban excluidos de los derechos y deberes del matrimonio. Luego se va a excluir a los hermanos, hasta imponer la prohibición entre parientes consanguíneos, para lo cual ejerció gran influencia la reforma católica. La prohibición del incesto contribuyó al intercambio, la integración y comunicación con los demás, dado que condujo a interactuar con otros grupos que no sea la familia biológica.

Las uniones de grupos comenzaron a ser sustituidas por las familias sindiásmica, donde los hombres tenían permitido la poligamia y la infidelidad, mientras que las mujeres les debían la más estricta fidelidad. La filiación era femenina, es decir los hijos pertenecían a la madre, quienes habitualmente gobernaban en la casa. Ahora las mujeres escaseaban y había que buscarlas, por ello comienzan los raptos y las compras de mujeres.

Matrimonios tradicionales, arreglos y casamientos entre dos seres que no se conocían. Fue la forma característica de la barbarie, donde al introducirse la cría de ganado, la elaboración de los metales, el arte del tejido y la agricultura, las cosas tomaron otro aspecto. Convertidas todas estas riquezas en propiedad privada de la familia, como la filiación era

⁹ ENGELS, Friedrich "Origen de la familia, la propiedad privada y el estado" Cap2 "La familia"



femenina los hijos no podían heredar del padre, porque no pertenecían a se gens, debido a ello la filiación paso a ser masculina y el derecho hereditario paterno. El hombre procuraba la alimentación y la mujer se ocupaba de los enseres domésticos, la mujer se vio degradada a un simple instrumento de reproducción.

La familia monogámica nace de la familia sindiasmica, entre el estadio medio y superior de la barbarie, el móvil de estos matrimonios se basaba en condiciones económicas, ya que el fin expreso era el de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible y así en calidad de herederos directos entren un día en posesión de los bienes de su padre.

Hasta el fin de la edad media, el matrimonio era concertado por los padres, en vez de los interesados. Luego el capitalismo al transformar las cosas en mercancía destruyó todas las relaciones tradicionales del pasado y reemplazó las costumbres heredadas y los derechos históricos por la compraventa. Donde los satisfactores a las necesidades de los hombres se adquieren en el mercado, el trabajo asalariado se convierte en el principal mecanismo de integración social.

Crear esas personas libres e iguales fue precisamente una de las principales tareas de la producción capitalista, se les concedía a los interesados cierta libertad de elección, matrimonio fundado en el amor sexual recíproco y en un contrato de los esposos efectivamente libre. Matrimonio por amor como derecho del hombre y de la mujer.

Minujin y Bustelo señalan que el proceso de expansión del sector industrial y del empleo público en los años 60 jugó un papel integrador, venta de la fuerza de trabajo por el precio de un salario.

Hoy en día este mecanismo se ha quebrado en los años 90, dado que el crecimiento del empleo no solo ha sido escaso, sino que ha estado conformado por el empleo inestable. Las políticas del Estado buscan ser "neutras" aceptación de la desigualdad, basadas en el ideal de las libertades individuales. Las desigualdades son naturales fruto del triunfo de los más aptos.



La economía de mercado ha ido abarcando áreas cada vez mayores, mientras que el estado las ha ido abandonando (recorte del gasto público).

Dinámica social en la cual los individuos y las familias luchan por no ser excluidos en un marco de creciente desprotección y debilitamiento de los canales de inclusión.

“La familia es la principal unidad donde opera la distribución de la renta a los fines del consumo. El valor de los bienes necesarios para asegurar su producción y reproducción”¹⁰

Cuando casa y trabajo comienzan a separarse cambian las condiciones en que se desarrolla la familia. Ante ello las familias se reestructuran y crean diferentes estrategias de sobre vivencia.

Lacabana Miguel las define como un conjunto de prácticas desplegadas por los sectores populares urbanos, para alcanzar la satisfacción de las necesidades referidas a su reproducción material cotidiana y social, orientadas por una racionalidad que busca optimizar los escasos recursos disponibles en sus hogares.

La inserción laboral a través de puestos precarios priva a gran parte de estos hogares del acceso a las redes de instituciones de seguridad social, lo que agudiza el grado de desprotección, ya que la opción a seguros privados es casi inaccesible.

Elisabeth Jelín plantea que las mujeres se vieron forzadas a intensificar el trabajo doméstico, para ahorrar y destinar ese ahorro a la protección del consumo básico (alimentos), disminuyendo sus gastos en recreación, vestimenta, educación y aun salud. Cambio en los patrones de consumo.

La estrategia básica para obtener ingresos que permitan la sobre vivencia es la incrementación de horas trabajadas o la búsqueda de trabajos complementarios.

Un creciente número de miembros de la familia se incorporan a la generación de ingresos sin importar las condiciones en las cuales se desarrolla el trabajo, a fin de complementar el ingreso familiar.

¹⁰ TORRADO, Susana “Estructura social de la argentina 1945- 1983” Ediciones de la Flor.



El modelo tradicional de familia expresa Rosa, N. Geldstein, se define como un matrimonio legal, permanente, sexualmente exclusivo entre un hombre y una mujer, con hijos, donde el hombre es el principal proveedor y autoridad fundamental.

Las familias hoy en día, se alejan del modelo tradicional de una o más maneras: mujeres como proveedoras económicas, uniones consensuales, hijos de otras parejas, autoridad compartida, entre otras.

Se incrementó significativamente las familias que tienen una mujer como principal proveedora económica, estos cambios de roles con frecuencia son causa de conflicto y ruptura de las relaciones conyugales, ya sea por reproche a la actitud quedada del marido, por su renuncia a compartir las tareas domésticas o por la propia insatisfacción del hombre, por no poder "cumplir" económicamente con la familia. Para un hombre con valores tradicionales supone denigración, desvalorización, provocando el abandono de otros roles masculinos como el ejercicio de la autoridad paterna.

La infidelidad y la violencia familiar surgen como la única forma que el hombre encuentra para "hacer valer" su autoridad cuestionada.

La incorporación a la fuerza de trabajo les brinda a las mujeres un mínimo de autonomía económica que vuelve posible quebrar vínculos conflictivos de sometimiento de género. Estas mujeres por lo general conforman hogares extendidos, lo cual les permite sumar recursos para enfrentar la estrechez económica, compartir las tareas domésticas y el cuidado de los niños.

Los hogares monoparentales, en los que vive uno solo de los progenitores con los hijos es la forma de familia que más se expandió en los últimos años.

Las experiencias tempranas vividas por las mujeres en la familia de origen tienen consecuencias sobre su valoración del matrimonio y la familia. Por ejemplo las mujeres que tuvieron una infancia problemática (violencia, abandono, maltrato, alcoholismo, entre otros) tienden por lo general a iniciar su historia marital muy temprano, para escapar de la realidad que están viviendo y en la mayoría de los casos utilizan el



embarazo como medio para obtener ese fin. Privadas del estudio cifran sus expectativas en el marido como única posibilidad de una vida propia.

Ante el deterioro de las condiciones de vida, el sector más vulnerable son los niños. Al crecer en una realidad física y emocional de graves carencias, con déficit en los servicios básicos de vivienda, salud, educación, entornos con inestabilidad afectiva, abandono, violencia, entre otros. Genera la aparición temprana de patologías como desnutrición, enfermedades parasitarias, respiratorias, etc.; retraso o abandono escolar, trabajo infantil, delincuencia, adicción. Todo ello incide en el desarrollo emocional y prepara el terreno para otra generación de pobreza.

La elevada concentración del conocimiento en los sectores más altos, impide una equitativa distribución de oportunidades en un mercado de trabajo cada vez más limitado y selectivo.

Debido al aumento de la esperanza de vida, se han incrementado el número de separaciones y divorcios. Las familia no desaparece ya que no dejan de establecerse uniones, aunque ahora más a menudo sin pasar por el registro civil.

En los sectores bajos, dadas las dificultades de los jóvenes para construir un hogar se han incrementado las uniones de hecho.

Las mujeres se han incorporado a los niveles más altos de la educación, postergan por más años su casamiento y maternidad, ya que tienden a participar en el mercado laboral.

Entre las familias más pobres, la familia extendida permite hacer frente al presupuesto cotidiano, al sumar recursos y compartir las tareas domésticas. La extensión implica también una intensificación de los conflictos, el control de los recursos y la educación de los hijos son algunas de las áreas.

Los sectores de menos recursos, tienen en general más hijos y no postergan los nacimientos. Recurren a la búsqueda de respuestas extradomésticas, como redes de ayuda mutua entre parientes, vecinos, amigos, entre otros. Concurrencia a ollas colectivas, comedores, vasos de leche.



El mercado de trabajo es cada vez más restringido y excluyente. Por un lado la crisis ha forzado a las mujeres a participar en el trabajo remunerado, si bien no las ha librado de sus responsabilidades domésticas y por el otro no han cambiado las normas y los valores asignados culturalmente a los hombres y las mujeres.

Es deseable que se llegue a soluciones de solidaridad y consenso, más que a situaciones de confrontación y violencia. Se necesita un cambio de valores que permita establecer una jefatura compartida, con responsabilidades económicas y domésticas también compartidas sobre la base de relaciones democráticas.

Organización/ La institución:

Para comenzar a acercarnos a la dinámica de la institución Ulloa plantea que un primer capítulo alude a lo que llama "arbitrariedades extrínsecas" que tienen que ver con factores contextuales que operan sobre una institución. En este caso se observa: la falta de presupuesto, el exceso de demanda asistencial, falta de recursos. Factores que quizás hoy más que nunca atraviesan todos los espacios del Hospital Público.

Nos interesa abordar un fenómeno que se traduce en la convivencia de dos modelos, dos formas diferentes de entender la salud: "el modelo clínico" y "el modelo médico". Ambos modelos presentes en la institución son el producto de tradiciones que tienen un desarrollo histórico.

Mario Testa¹¹ plantea que la Salud en Argentina siempre ha sido un problema médico, reflejando las tendencias internacionales. Así las ciencias sociales se mantuvieron alejadas de los problemas de Salud. A partir de la crisis del 30 se observan cambios en esta forma de pensar y aparecen las disciplinas psicológicas. En un primer momento como auxiliares de la medicina sin cuestionarla.

Testa define el modelo médico como una ideología, una forma de práctica y un status que levantaron una barrera ideológica entre el sector salud y el resto del país. Esa práctica ejerce un saber y un poder que se comparte y se pone en práctica siempre desde una posición autoritaria

¹¹ Testa, M. "Pensar en salud". Bs. As. Lugar editorial, 1993.



(sea desde la actitud represora o paternalista). La ideología es una visión parcial, no necesariamente verdadera, que construye sujetos. En este caso médicos y pacientes.

Consideramos relevante destacar que el hospital surge no solo en un momento de plena vigencia de este modelo, sino también como proyecto político de un gobierno con toda una connotación en el ámbito popular. Al gobierno de Perón se lo llamo populista, por la relación del líder carismático con el pueblo donde las figuras de la autoridad y el paternalismo aparecen fuertemente delineadas en la escena política. También es cierto que había una intención política abordar a la salud como un problema social. Lo que permitió el acercamiento de las disciplinas sociales que comienzan a cuestionar el modelo medico biologicista.

Nos parece relevante poder pensar en las palabras que hoy resuenan de aquel momento fundacional de la institución: saber, poder, paternalismo, autoridad, protección, cuidados, líder, salud, enfermedad, publico, Etc. Retener que desde el contexto socio- político surge un movimiento que se plantea " paternalista" hacia el pueblo, realizando importantes "concesiones" entre ellas el acceso a los derechos sociales como la salud. En otro nivel del análisis, el del poder técnico, el "saber medico" sostiene otra manera de pararse como autoridad hacia el paciente concediendo el "cuidado" de su cuerpo enfermo. En este contexto, la ruptura, lo distinto, lo que cuestiona fuera de los márgenes del poder aparece representado por el psicoanálisis, que insiste desde otro lugar y que va a tener que esperar un tiempo para poder ingresar como "saber" a la estructura hospitalaria, siendo hoy un discurso mas entre los equipos de salud.

Hoy el contexto sociopolítico que atraviesan las instituciones esta lejos de aquel Estado Benefactor en el cual tuvo su origen. El desmantelamiento del estado, fue un largo y devastador proyecto que ponen en marcha los sucesivos gobiernos de facto que padeció el país. Los trabajadores en salud fueron uno de los grupos que más sufrió bajo la política represiva. En un momento se llevo a desmantelar totalmente al hospital público. Este proyecto implicaba tener que adecuar a las



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Instituciones a las concepciones económicas basadas en la oferta y la demanda: quién quiera salud que la pague.

Estos acontecimientos han dejado efectos devastadores en los grupos y en las instituciones. Se puede ver en un ámbito como el hospital el sufrimiento que provoca la cesación de los sentidos que sostenían a estos agrupamientos.

Al respecto se puede ver en el hospital la lucha porque estos sentidos no se desvanezcan a través del compañerismo, la formación, el proyecto del futuro profesional. Aunque esto no alcanza para evitar el sufrimiento ya que en este momento se despliega un proyecto de país donde la salud pública ha sido vaciada de significaciones aunque no formalmente destituida.

Según Emiliano Galende¹² hasta hace algunos años, la jerarquización social del individuo marcaba su destino y forma de tratamiento. La dicotomía entre la práctica liberal y la práctica hospitalaria de orden público caracterizaba el funcionamiento de la atención médica. Hoy la demanda se amplió, el sector público está cada vez más volcado a la atención médica de los más pobres y de nuevos sectores empobrecidos de clase media. Además existe descontento respecto de la atención de las demandas dominantes en los servicios públicos (drogadicción, violencia familiar, depresiones de nuevo tipo, trastornos de estrés, manifestaciones somáticas) a la vez que se exige nuevas formas de intervención, rápida, precoz.

Nuestro posicionamiento adhiere a la descentralización y coordinación interinstitucional: "Los grupos e Instituciones deben coordinar sus actividades dentro de un sistema orgánico y funcional (Kroeger y Luna, 1992).

Esta coordinación debe efectuarse en dos sentidos: uno horizontal en el que participan todas las instituciones existentes en el área, desde escuelas de todos los niveles, hasta clubes, organizaciones no

¹² Galende, E. "De un Horizonte Incierto". Ed. Paidós, 1997. Pág. 37.



UNIVERSIDAD NACIONAL

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

gubernamentales de fomento, etc., y otro vertical con autoridades locales, provinciales, nacionales.

La descentralización de servicios de salud como mecanismo administrativo, es una buena alternativa para la identificación de los grupos humanos y sus requerimientos sanitarios y de las prioridades, para la planificación y la asignación de recursos.

Aun cuando siempre será necesario contar con criterios y orientaciones emanadas a nivel nacional, corresponde al nivel regional y más aún al nivel local la interpretación de las orientaciones generales en función de las realidades de las comunidades dentro de su área de responsabilidad" (Paganini y Capote citado por Axel Kroeger y Ronaldo Luna, "Atención Primaria de la Salud", OPS, 1992.).

Si se recordara con más frecuencia los conceptos de diferentes autores sobre la administración (Koontz, 1994) "que es consistente y entendida como: planificación, organización, dirección, control y evaluación de las actividades de una institución o empresa", criterio que incluye las de servicio y entre ellas la de salud. También que es el proceso mediante el cual se supervisa la producción de los servicios, en este caso la salud y la participación en la toma de decisiones, que implica la descentralización en el nivel local. (Dever, 1991) Además, según Mombray, 1971, la prestación de atención médica a las poblaciones exige algún tipo de acción organizada que requiere la coordinación de las partes interrelacionadas de una organización para lograr los objetivos comprendidos en la prestación del servicio. Las administraciones están en un proceso de negociación constante con aquellos elementos que ejercen influencia interna y externa sobre la organización. (Mintzberg H, 979).

La definición de Organización según Schelmensoh es la siguiente "Es un sistema socio-técnico integrado deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto tendiente a la satisfacción de sus miembros y de una población o audiencia externa que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socio-técnico y político, con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación".



Un gran obstáculo con el cual topa la acción social es la inercia de una administración atomizada y atomizante, encerrada en las rigideces de sus rutinas y sus supuestos (los organigramas). El desafío es por un lado asegurar el objetivo primario de cada organización y por otro, al mismo tiempo permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión y, en consecuencia, de realización profesional y personal.

Las relaciones siguen siendo fuertemente asimétricas: por una parte, hay alguien que tiene una necesidad, tiene un problema, un padecimiento más o menos grave y, por otra, hay alguien que detenta el saber- poder de responderle. Frente a este modelo de los servicios debemos partir para un modelo de welfare (bienestar) artesanal en que el impulso asistencial esté dirigido a activar el papel de los destinatarios de la asistencia, a validarlos y a promover su autonomía.

- Campo de la Salud:

La libertad y la salud son dos bienes imponderables que, por su misma inmaterialidad, sólo se aprecian, en su valor inmenso, el día que se los pierde.

De donde resulta que la "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Concebimos, pues, al hombre por su valor biológico positivo y permanente, por su estado de equilibrio, que es salud, y no por su valor negativo, episódico y accidental, que es la enfermedad.

El derecho a la salud es uno de los derechos más olvidados y, sin embargo, el más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional. No es aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz.



Para algunos cronistas locales el primer médico radicado en la región habría sido Guillermo Bayley. Pero será recién en la década de 1880 que hay noticias firmes del desempeño de profesionales médicos con la llegada de la inmigración y el crecimiento de las demandas poblacionales.

Mar del Plata comenzaron a fundarse Sociedades de Socorros Mutuos a partir de 1883 y sientan las bases de las modificaciones que experimentara la medicina asistencial unas décadas más tarde (la cobertura médica mutualizada).

En marzo de 1881 se desencadenó una grave epidemia de fiebre tifoidea y la Comisión Municipal autorizó la apertura de un hospital provisorio. Luego con la idea de evitar futuros males surgió la Sociedad de Socorro de los Pobres quien habilitó en las calles La Rioja y 25 de Mayo un establecimiento que cumplió las funciones de un precario espacio hospitalario que contaba con una sala de hombres y una de mujeres de 5 por 5 metros cada una, con dos camas. Allí se estableció que "... solo se admitiría personas que padezcan enfermedades comunes, no infecciosas. También los heridos. Y serán rechazados los que padezcan enfermedades infecciosas y crónicas". Aquí se creía que la enfermedad estaba ligada a la pobreza, guiados por una concepción caritativa que implicaba contener a "sectores pobres" con el fin de que sus males no se propaguen. Por eso, el número de asilos era mayor que el de establecimientos de asistencia médica.

En 1903 surge la idea de fundar un Hospital y asilo Marítimo, en la sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. El mismo estaría destinado a enfermos de tuberculosis crónica. Su primer Director fue en Dr. Juan Héctor Jara.

El Hospital Mar del Plata remonta su origen el 15 de febrero de 1903, y según la visión de los propios médicos señaló un gran progreso, pues con él fueron desapareciendo prácticas de curación primitivas de curanderos y boticarios. Surge de una Comisión de Vecinos encabezada

¹³ Datos extraídos de "Médicos e Instituciones de Salud". Álvarez, A. Reinoso, D. HISA. UNMDP, Diciembre 1985. La



Victorio Tetamanti, continuando la obra de la Sociedad de Socorro de los Pobres. La administración estuvo a cargo de la Sociedad de Beneficencia Hospital Mar del Plata. Un accidente ferroviario en 1908 obligo a habilitar con urgencia dicho establecimiento. El Hospital fue construido con donaciones de estancieros de la ciudad y la zona. Esto marcó su destino: ser una institución manejada por un grupo selecto y que en muchos casos no tenían relación con el mundo de la medicina, cuya lógica de funcionamiento estaba amparada en la concepción benéfica y filantrópica de la salud.

La década de 1920 se identifica con el surgimiento de la asistencia pública marplatense y los años que le siguieron estuvieron caracterizados por la proliferación de las Clínicas privadas, que trataron de captar a la población por medio de planes individuales y mutualizados. Uno de los establecimientos pioneros fue el "Sanatorio Mar del Plata" ubicado en La Rioja 1841.

A partir de 1950 se incrementaron las instituciones privadas, que solucionaron los problemas de atención e internación de enfermos que ya no podían ser absorbidos por el hospital. Entre ellas se pueden mencionar: La Clínica Pueyrredón, El Sanatorio Reales, la Clínica Central.

El actual Hospital Interzonal General e Agudos, fue creado durante el gobierno de Perón en 1955, con un modelo que pretendía imitar a los hospitales de países desarrollados. Llega a ser considerado uno de los establecimientos asistenciales más importantes de la provincia de Bs. As. Inaugurado por la misma en 1961, quien lo recibe de Nación totalmente equipado.

De esta manera se llegó a conformar una infraestructura asistencial compleja, por lo cual se produce la superposición de tareas. Esto desemboca en un acuerdo de las distintas jurisdicciones para un ordenamiento de las prestaciones asistenciales. Se determino que los establecimientos dependientes de Nación se abocarían a los aspectos de investigación, docencia, y apoyo logístico. Tarea de la que hoy se encarga el INE (Ex Hospital Marítimo). El Instituto Nacional de Rehabilitación se



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

ocupa de la parte final de todo el esquema de salud, que es precisamente la rehabilitación.

La provincia de Bs. As. Se encarga del manejo de los dos Hospitales, por su más alta complejidad. Y a la municipalidad se le confiere la responsabilidad de la Atención Médica Primaria (centros de Lactantes, Medicina Escolar, etc.)

Seleccionamos para realizar nuestra práctica pre- profesional al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI), el mismo es una dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En 1977 pasó a ser de "Hospital General" a Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, hasta que partes del mismo fuera demolido dando paso al nuevo y moderno edificio que conforma el actual Hospital, inaugurado el 15 de febrero de 1982. Su característica de Interzonal y Especializado lo convierten en un Hospital de derivación que recibe pacientes de una extensa zona de influencia que abarca la mayor parte de la Provincia de Buenos Aires e incluso se extiende a otras provincias.

Proceso de Salud:

Ha habido un cambio progresivo y definitivo en la evolución del concepto de salud- enfermedad, en su comprensión, partiendo de la teoría de la enfermedad según germen (o agente)- causa simple- efecto simple, al modelo multifactorial que concibe a la salud como el resultado de un proceso influido por cuatro campos: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de salud. (Alan Dever, Op. cit. Pág. 399.)

En nuestro país, siguiendo la carta de las Naciones Unidas, el derecho a la salud está incorporado al panel de derechos humanos fundamentales.

Existe consenso político en que la atención a la salud es responsabilidad primordial del estado democrático. En consecuencia el Estado tiene la atribución y el deber indelegable de que la población cuente con asistencia fácilmente accesible y los servicios ofrecidos y



disponibles sean independientes de la condición social y económica de quien los utiliza.

Acorde con la declaración de la Organización Mundial de la Salud, la concepción política que enfatiza la salud, no restringe a la atención de los enfermos, ya que se preocupa por la acción educativa y preventiva, por el diagnóstico precoz, por la rehabilitación y por las condiciones del medio físico y social que afectan a la salud de la comunidad.

La definición de la Organización Mundial de la Salud, considera a la salud como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente”, contiene dos componentes básicos: bienestar y ausencia de enfermedad. Al analizar el concepto de bienestar en sus tres aspectos físico (sensación subjetiva de no padecer déficit funcional u orgánico); psíquico (equilibrio interior intelectual y afectivo); social (integración al medio social activa y útil que se refleja en las relaciones personales e institucionales.

A su vez la ausencia de enfermedad obliga a agregar a su definición “La enfermedad es un estado o proceso, permanente o transitorio, dentro de la historia natural de la salud, que implica la desviación, orgánica o funcional, con relación a los parámetros aceptados como normales.” (OMS).

La salud y la enfermedad son procesos externos, los cuales admiten estados intermedios. La salud es una relación ecológica normal favorable, dentro de un proceso permanente de adaptación y desadaptación del hombre a su ambiente.

Modelo de campo de la salud (Lamframboise, 1973)... “la salud- o su ausencia- está determinada por una variedad de factores que agrupa en cuatro divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y biología humana.”

Estilo de vida, riesgos autogenerados, se divide en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, modelo de consumos y modelos ocupacionales.

Medio ambiente: hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control, se subdivide en físicos, psíquicos y sociales.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

La biología humana se concentra muy especialmente en la biología básica del ser humano y su constitución como individuo.

El campo de la Salud tiene tres aplicaciones principales: el etiológico, el clínico y el administrativo.

El etiológico: El concepto clásico, buscar causas de la salud y de la enfermedad: bioquímica, microbiana, patológica y hereditaria, contribuye a la comprensión de la historia natural y sus factores determinantes o bloqueantes.

El clínico: De la investigación epidemiológica tiene implicancia para el diagnóstico y manejo de los pacientes individualmente o de sus familias.

La administración de los servicios de salud: Es un medio para controlar la salud de la población y confeccionar tablas comparativas de los cambios ocurridos en determinado lugar y tiempo. Provee los elementos necesarios para la administración y planificación de los servicios de salud y para su evaluación.

Permite determinar riesgos individuales y la posibilidad de desarrollar estado de salud o enfermedad

Los conceptos de salud, los criterios de atención y objetivos perseguidos para su logro, han variado substancialmente con relación a los generalmente aceptados y vigentes antes de la década de los 70.

En la concepción teórica de la atención de la enfermedad, el énfasis pasa a la atención de la salud: de la salud individual a la colectiva; de la ausencia de enfermedad a la existencia del completo bienestar físico, psíquico, social, espiritual y ambiental; de la familia y del individuo; de la atención y tratamiento de la enfermedad a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y educación para la salud; (OMS. Alma Ata 1978) de los efectores de atención médica a los centros holísticos de salud. "Diagnóstico preciso y tratamiento eficaz no pueden ser los únicos objetivos de la ciencia que quiere atender al hombre en su integridad" (Abed L., 1993). El surgimiento de los centros holísticos, basados en "la salud protegida por el modo de vida" en contraposición a "la salud restaurada mediante el tratamiento de la enfermedad."



Otra tendencia importante es la creciente amplitud del concepto de salud y sus determinantes, pasando de una teoría de la enfermedad según gérmenes (o agentes) causa simple- efecto simple de un modelo multifactorial que concibe a la salud como el resultado de la influencia de cuatro campos: la biología humana, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud.

Concepción Histórico- Social: Abordaje más abarcativo, plantea la salud como un camino con dos ejes salud/ enfermedad o muerte y una fluctuación hacia uno u otro eje según se refuercen o entren en ruptura diversos aspectos ya sea económico, social, político, cultural, entre otros. Concepto más antropológico, rescata la cultura la idea de los que están involucrados. Tiene en cuenta el abordaje complementario entre las diferentes disciplinas, para abordar conjuntamente la situación de manera integral.

No olvidemos que el enfermo no es un caso clínico ni una curiosidad científica, ni un problema exclusivamente médico. Cuando se piensa demasiado en la enfermedad, se subestima al enfermo, se trata a la primera y se descuida al segundo. El enfermo es un complejo no sólo somático, sino también psicológico y social.

El hombre sano o enfermo, en función de la sociedad, es el objetivo trascendente de la medicina contemporánea. Ese hombre es un ser que vive en familia, que tiene –mal o bien- una vivienda y un hogar, que concurre a sitios de distracción, que trabaja y produce o desea producir más, que configura en su espíritu aspiraciones justas, ambiciones, pequeñas o desmedidas, que anhela recibir el fruto compensatorio de su trabajo, que siente, sufre y goza de alegrías sencillas, estados de ánimo que en conjunto crean el propio mundo interior. Cuando llega la enfermedad, ésta no sólo perturba el funcionamiento de sus órganos, sino también todo ese conjunto de esfuerzos acumulados y de sacrificios que, por lo general, se viene abajo estrepitosamente. Si sólo vemos la enfermedad, corremos el riesgo de pasar por alto ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red



teñida de ensueños y esperanzas. Debemos ver al enfermo como unidad psicosocial.

La salud no es, en sí misma y por sí misma, el bienestar, pero sí es condición ineludible del mismo. No es, pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce más o menos epicúreo de la vida, sino para que el hombre se realice plenamente como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y su propio dominio interior.

Problemáticas relevantes:

El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud del pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser digno. Bien lo establece la declaración inicial de la Organización Mundial de la Salud, cuando afirma: "No pueden concebirse pueblos sanos sino cuando han sido resueltos, o por lo menos simultáneamente encarados, los problemas de la economía familiar y los problemas sociales inherentes al hombre mismo". Ha llegado el momento de que insistamos en que la política sanitaria de América debe concurrir a asegurar los grandes beneficios de la higiene física, moral y social, a fin de que la defensa del continente quede integrada con las debidas previsiones sanitario-sociales.

La salud, repito, no constituye un fin en sí misma, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador, "el hombre debe ser el centro del interés de todos los esfuerzos de los pueblos y de los gobiernos"

La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos, y su objetivo fundamental no es ya la enfermedad y los enfermos, sino evitar estar enfermo o, por lo menos, evitar que el "estar enfermo" sea un hecho más frecuente que el "estar sano". Orienta su acción, no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los indirectos, la miseria y la ignorancia,



comprendiendo que los componentes sociales: la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos.

La medicina debe, no sólo curar enfermos, sino enseñar al pueblo a vivir en salud y con optimismo para que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida, de modo tal que todos tengamos la posibilidad de alcanzar como una bendición de Dios la muerte de los justos, la natural.

Prolongar la vida y vivir en salud es un viejo problema de la humanidad. Sólo ordenando la vida humana, sanitaria, social y económicamente, se logrará tal finalidad.

Nos sentiremos satisfechos de la medicina social el día en que los medicamentos y la cirugía no sean más necesarios; el día en que el pueblo sepa conservar su salud como un capital inapreciable y no dilapidarla como hasta ahora; el día en que disminuya el número de consultas al médico "por razones de enfermedad" y aumenten las otras, las de la gente que estando sana recurre al médico preventivamente: la de los individuos que sin "estar enfermos" desean saber si su estado de "aparentemente sano" coincide con la realidad de su organismo. El día en que todos los sanos se hagan examinar para tener una idea exacta de su estado de salud, habrá triunfado la medicina preventiva.

La tarea de los higienistas no rendirá sus frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en las fábricas y oficinas, a mejorar los sueldos y salarios, a ampliar los beneficios de las jubilaciones y pensiones que amparen a las familias, si no se protege y subsidia a la maternidad, se planifica la vivienda higiénica al alcance de todos y se organiza la economía nacional con sentido biológico; en una palabra, hasta que el nivel de vida del pueblo le permita llegar sin esfuerzo a las fuentes de la cultura y de la higiene, es decir, a los auténticos sostenedores de la salud física, espiritual y social.

Hoy no se pueden afrontar los problemas de la medicina de las masas sin un criterio político y económico, sin un criterio de justicia social, que propugne soluciones trascendentes para el nivel de vida del



pueblo, para resolver problemas médico-sociales. Garantizar la capacidad física y mental de los trabajadores y -al asegurarles su derecho a la salud-les asegura, también, su felicidad, su rendimiento en el trabajo y preserva la capacidad de producción de nuestra patria.

La política, según la definición clásica, es el arte o la ciencia de gobernar. Dicho arte o ciencia, para que exista como tal, requiere previamente una organización de ideas y de principios que pueden constituir o no un sistema, pero que tiene un fin práctico inmediato: el manejo racional de la cosa pública para el servicio del bienestar general - del bien común- de los habitantes de determinado país, pueblo o nación.

Sucede que en las democracias no se llegó rápidamente a una sistematización, a una doctrina estatal sobre la salud, porque realmente la salud, como materia de Estado, apenas comienza a estructurarse en 1853, con las primeras conferencias internacionales. Por eso, nuestra Constitución no hablaba ni una palabra sobre salud pública; a lo sumo mencionaba el concepto de bienestar general, pero sin adquirir dicho concepto las precisiones que tenía el texto en materia de educación o de aduanas o de defensa militar nacional. Nuestra nueva Constitución, en cambio, ha incorporado ya la materia de salud pública a los dictados básicos de la organización nacional. Esta transformación de conceptos nos lleva, paulatinamente y en forma inevitable, a aceptar que el problema de la enfermedad, mejor dicho, el de la salud, es una materia de Estado, siempre que se conciba al Estado como organización política de la sociedad para el bien común. Es evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social, y ésta no puede existir sin una política social del Estado.

¿De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos similares por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas -que a veces son cuevas- o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades?

¿De qué nos sirve que se acumulen riquezas en los bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos



por la carencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil, del 300 por mil, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres, que yo llamaría, mejor, provincias olvidadas?

Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría, tampoco puede existir una medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación.

Si se estudian sectores sociales diversos, se comprueba que entre los más pobres y dentro de una misma ciudad, allí donde hay subalimentación, mala vivienda y escasos salarios, la longevidad es menor, la talla y el peso más bajo y el coeficiente de inteligencia también inferior.

La condición social, constituida por el régimen de trabajo y las formas diversas de existencia, determina índices de morbilidad y de mortalidad también diversos. En los estratos sociales populares hay más enfermos y más fallecimientos.

Las diferencias hacia abajo de orden económico-social son, pues, causas de esos índices de morbi-mortalidad más elevados. Éste es un hecho que nadie discute aquí ni en ninguna parte. Todos los argentinos deben tener el mismo derecho a vivir sanos, a ser bien atendidos en caso de enfermedad y a las mismas posibilidades para prolongar su existencia en forma de ser felices y útiles a los suyos y a la sociedad. Derecho a la preservación de la salud, que es sinónimo del derecho a la vida y al bienestar.

Es necesario hacer comprender al pueblo que todos tenemos obligación de cuidar nuestra salud, que nuestra salud no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva. Si pudiera calcularse en cifras lo que cuesta llevar a un niño hasta los dieciocho



...nos, resultarían cantidades fantásticas, ilustrativas sobre el esfuerzo que hace la colectividad en bien de cada uno de nosotros y que, por lo mismo, de hecho nos impone un deber: el de solidaridad social de no violar los principios sanitarios, ya sea por ignorancia, por descuido o por despreocupación.

Debemos concebir un sistema que permita levantar la historia clínica de cada caso concreto que abordemos en un hospital y, al lado de ella, la historia social de ese hombre enfermo. Ésta debe contener otros elementos de juicio: profesión, psicología, sistema de trabajo, alimentación, organización familiar, etcétera.

He hablado de política "sanitaria" pero, en realidad, la palabra *sanitaria* está mal empleada, a menos que se la tome como sinónimo de salud pública. Deberíamos decir "política médico-social" o "política argentina de salud pública", términos que serían mucho más precisos.

¿Por qué decimos "argentina"? Porque toda política sanitaria o de salud pública tiene que ser nacional por distintos motivos. Las condiciones geográficas, las condiciones de vida, las costumbres, los factores epidemiológicos y sociales, y una serie de circunstancias, son específicas de cada país, por lo cual su política sanitaria debe ser distinta. No obstante ser nacional, la política sanitaria no puede dejar de ser universal en cuanto a las ideas y principios en que se inspira, e internacional en cuanto a los problemas comunes a todos los países, especialmente entre los vecinos, con dificultades lógicamente similares.

¿Cómo hemos sistematizado la ejecución del plan de Salud Pública? Hemos partido de un principio muy simple: el hombre aislado, en su propio medio biológico, que soporta una enfermedad producida por fallas de orden interno, es materia de la medicina asistencial. Cuando ese hombre se enferma porque lo atacan bacterias desde afuera, porque el medio físico (aire, agua, suelo, clima, etcétera) lo envuelve y lo perturba, entra a jugar lo que se llama la medicina sanitaria. Y cuando actúan sobre el hombre factores que no provienen del medio biológico interno ni del medio físico o bacteriológico, sino que provienen del alimento, de la mala vivienda, del vestido deficiente o de perturbaciones de orden psicológico,



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LA PLATA

En una palabra, de causas originadas en el ámbito social, entonces actúa la medicina social. Tenemos, pues, las tres grandes ramas de nuestro organismo de ejecución: medicina asistencial, medicina sanitaria y medicina social.

La medicina asistencial es individual, la sanitaria siempre defiende grupos o núcleos colectivos, y la social toma la colectividad entera, es decir, la sociedad.

La asistencial se ocupa exclusivamente del medio interno; la sanitaria, del medio físico y del bacteriológico; la social, del medio económico familiar y profesional.

La asistencial toma a su cargo ese microcosmos que es el individuo; la sanitaria, el mesocosmos que es el medio ambiente físico-químico y biológico; la social, el macrocosmos, que es toda la órbita humana o medio circundante.

Además hay características que diferencian en sus métodos a esas tres grandes ramas: la asistencial tiende a resolver el problema individual cuando se ha planteado, es pasiva; la sanitaria es meramente defensiva, pues trata de proteger; la social es activa, dinámica, y debe ser fatalmente preventiva. La asistencial es reparadora de las fallas patológicas individuales; la sanitaria es profiláctica, concepto que involucra la defensa contra agentes patógenos directos y transmisibles; la social es preventiva, aborda los factores indirectos de la salud, es decir, los sociales como co- causa de las enfermedades degenerativas (por ejemplo: cardiopatías, cáncer, diabetes, reumatismo).

Estas son las tres grandes ramas del Ministerio de Salud Pública de la Nación y de cada una de ellas se desprenden todas las direcciones técnicas especializadas. Naturalmente, esta división es convencional, a los fines de la ejecución, pero la realidad es indivisible, puesto que allí donde se hace medicina individual, se deben hacer medicina sanitaria y medicina social, y viceversa.

Los servicios fueron caritativos al principio; se hicieron científicos más tarde y se completaron con una sanidad. Sólo en estos últimos años se agrega el servicio social a la historia clínica del enfermo y hacen su



aparición las visitadoras sociales, que siguen al enfermo y a su familia fuera de los muros del hospital. Sólo ahora nosotros estamos iniciando la etapa social de la medicina.

Para que todo esto sea una realidad, es necesario que no olviden que el hombre es un ente integral, que no hay "enfermos" y al decir "hombres enfermos" nos referimos a todo lo que es el hombre, por compleja que sea su estructura. El hombre no es solamente soma, sino también psique, es todo un mundo.

Es fundamental que el médico se aparte un poco del microscopio y deje de ver la lesión del órgano, para ver más las lesiones del sentimiento, del espíritu, del nexo familiar y social, trabajando conjuntamente con las distintas disciplinas, a fin de abordar al hombre-social, al hombre-familia, al hombre-sentimiento, el hombre-somático. No basta la presencia física del hospital, que sólo resuelve un problema de socorro individual. Es condición *sine qua non* que ese hospital tenga un espíritu y un sentido cultural. Es necesario simultáneamente educar al pueblo para que pueda comprender las más altas expresiones de la cultura sanitaria, que es la medicina preventiva, síntesis del concepto de salud.

Debemos pensar socialmente; así iremos, poco a poco, atenuando esta tremenda mecanización en que vivimos hoy en el campo de la medicina; excesiva bioquímica, excesiva física, excesivo desmenuzamiento de la personalidad orgánica del enfermo. Debemos pensar que el enfermo es un hombre, que es también un padre de familia, un individuo que trabaja y que sufre, y que todas esas circunstancias influyen, a veces, mucho más que una determinada cantidad de glucosa en la sangre. Así humanizaremos la medicina.

Prácticas hospitalarias, prácticas comunitarias

Las prácticas hospitalarias y prácticas comunitarias, deben existir en una interrelación continua y dinámica que evite que las acciones hospitalarias sean concebidas como las prácticas de la ciencia,



destinadas de las comunitarias, que tendrían que ver sólo con el sentido común.

LA COMUNIDAD:

El elemento central de cualquier sistema de salud está representado por la propia población, que constituye el sujeto de todo su accionar. Es la comunidad la que lo utilizará en el nivel de atención apropiado, según sus necesidades reales de salud. Entendiendo a la comunidad como sujeto histórico y social común a dicha práctica.

El ejercicio actual de la medicina se encuentra condicionado por la capacidad de pago y negociación de los distintos grupos sociales. La mercantilización de la salud impone organizar sus servicios según la lógica del mercado. Esto, a su vez, impuso una organización de sus servicios, unificando el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

LA PRÁCTICA Y EL TRABAJO EN EQUIPO:

Preocuparnos por la formación y capacitación del equipo de salud es trabajar por la mejor atención médica posible y el acceso de toda la población a la misma.

Para ello, los trabajadores de la salud no sólo deberán capacitarse en su especialidad sino también ejercitar su iniciativa y capacidad para la investigación acerca de nuevos estilos, tanto en la relación equipo de salud-paciente como en la relación equipo de salud-comunidad.

El desafío será poder interrogar su práctica como práctica social en el contexto actual. Creemos que, a partir de esta actitud, es posible obtener un enfoque más abarcativo en relación a los problemas de la práctica.

Pensamos que son las prácticas entendidas como modos de intervención y, a la vez, como lugares de inscripción de las funciones, las que darán las claves para reflexionar acerca de la relación terapéutica que se establece entre el trabajador de la salud y un paciente, y su importancia en la cura.



Consideramos importante reflexionar acerca de la diferencia entre dos términos con significados parecidos, en apariencia: intervención y atención.

Creemos que formular la idea de Intervención en lugar de "modos de atención" promovería la implicación de la subjetividad de los integrantes del equipo de salud que participa en el proceso de la curación.

Lograr incorporar a la práctica del médico la capacidad de reconocer lo que se oculta detrás de un síntoma o de una patología. No es sólo detectar en un niño una bronquitis obstructiva a repetición y evaluar la medicación correspondiente. Se tratará de ejercitar el pensamiento que trascienda lo observable y le permita investigar el contexto que se circunscribe en relación con la enfermedad y a cuáles otros saberes o especialidades (psicología, trabajo social, nutrición, enfermería...) pueden acudir en su ayuda otorgándole una mirada que amplíe el marco de su diagnóstico. Se intentará que el médico, como integrante del equipo de salud, interactúe con otras disciplinas, cediendo parte de su solitaria decisión pero fortaleciendo su acto, para lograr la cura del paciente.

Esto le permitirá reflexionar, con otros, el tratamiento más adecuado y ya no existirá sólo la lógica dada por el cruce de medicación y días de reposo. El diagnóstico y su respectivo tratamiento serán más efectivos, cuanto más pueda ahondarse en la causa oculta de la patología por la cual es consultado. El alta de un paciente será, entonces, otorgada por decisión conjunta entre pares pertenecientes a otras disciplinas.

Las reformas del Estado

Reforma del Estado y recursos humanos¹⁴

El ámbito de la salud involucra una serie de situaciones paradójicas o, al menos, guiadas por una lógica particular. Estas situaciones fueron determinando el cambio de los roles del Estado y expresan algunas de las debilidades de los sistemas de salud en la actualidad.

¹⁴ CIRIANNI, Maluca, "Conferencias en las Jornadas Bonaerenses de Técnicos en Salud 1997"



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

No fue el avance de la ciencia médica, sino el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, lo que impulsó la incorporación del Estado a las cuestiones de salud.

La intervención del Estado en la salud fue impulsada por las epidemias y grandes catástrofes, tanto naturales -sequías, inundaciones, terremotos- como humanas -guerras, revoluciones, etc.-. De hecho, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Estudios económicos demostraron que cada peso adicional gastado por el Estado en bienes públicos de salud, tales como acciones preventivas, reducen los riesgos interdependientes de enfermar y, morir y aumentan la viabilidad y competencia de los mercados. Por otro lado, el progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, el progreso de la salud de la población. Más aún, pueden coexistir mercados de salud muy desarrollados con alta incorporación de tecnología médica y resultados de salud relativamente malos.

Las acciones de Estado antiguo se orientaban más a cuidar la salud; mientras que, en el Estado moderno, las acciones se inclinan más hacia la enfermedad.

La historia de la Salud Pública nos muestra que los modelos centrados en la curación son relativamente recientes. El Estado tradicional centraba su intervención en salud en aspectos preventivos y, especialmente, en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida. Esto constituye una paradoja, porque hoy criticamos a los sistemas por su excesiva orientación a la atención médica en desmedro de acciones mucho más efectivas como las relacionadas con la prevención, los estilos de vida y el ambiente.

Pero aquel modelo higienista de intervención del Estado estaba más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y, sobre todo, a sus ejércitos era fundamental. De hecho, la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aún en este siglo, los



grandes sanitaristas, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta "policía médica" constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales.

Hacia fines del siglo pasado, esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial, más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquella resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud, era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social, pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado que a los trabajadores les faltaban recursos para pagar los servicios médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así, su ausentismo laboral.

Luego de la crisis del 29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza, entonces, la expansión de los servicios de salud asociados a la ampliación de los derechos del ciudadano. En Argentina, hasta 1943, la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que, en 1949, se transformó Ministerio.



El tipo de intervención estatal que caracterizó a las sociedades capitalistas durante buena parte de este siglo, a partir del largo período de expansión económica que va desde la finalización de la Segunda Guerra hasta la crisis de los precios del petróleo de mediados de los setenta, expresó una particular articulación entre el capital y el trabajo que dio lugar a un conjunto de políticas públicas con una orientación distributiva y protectora del sector asalariado.

El conflicto social pudo ser enmarcado en un consenso básico entre el capital y el trabajo, consenso que aseguraba beneficios a ambas partes a través de la acción mediadora y rectora del Estado.

Las características principales de este tipo de intervención fueron:

Desde el punto de vista económico:

- El Estado asumía una importante función como regulador de la economía; era visualizado como una instancia de compensación, equilibrio y alivio de las ineficiencias de los ciclos de mercado.
- El Estado asumía, además, un rol como productor de algunos sectores de la economía considerados estratégicos: siderurgia, petróleo, petroquímica, servicios públicos, entre otros.

▪ Desde el punto de vista social:

- Ya desde principios de siglo, los sistemas de seguridad social en los capitalismos europeos se basaron en políticas de bienestar cuya premisa apuntaba a generalizar la provisión de los servicios al

conjunto de los asalariados. Así, el acceso a un trabajo no sólo garantizaba un salario sino también una serie de prestaciones sociales orientadas a la satisfacción de las necesidades básicas.

- Después de la Segunda Guerra Mundial, la política económica se orientó al pleno empleo y el Estado comenzó a extender la provisión de servicios sociales, particularmente los de salud, con un criterio universal al conjunto de la ciudadanía.



El Estado aparecía como garante de un nivel mínimo de certidumbre económica y calidad de vida para todos los habitantes que, en su carácter de ciudadanos, eran concebidos como sujetos de derechos socialmente sancionados.

Pero, la sustitución de importaciones, las políticas sociales y la puesta en marcha de procesos de mayor participación popular –un conjunto de políticas que tuvo vigencia desde mitad de siglo- no alcanzó sus metas.

La sustitución de importaciones no logró la expansión de la productividad requerida como para hacerse autosostenida. El Estado de bienestar no generó mecanismos sólidos de autofinanciamiento y fue asediado, desde dentro, por procesos inflacionarios inéditos y una continuada apelación al endeudamiento que culminó en la explosión de la deuda externa. Los procesos de democratización fueron interrumpidos por sangrientos golpes militares.

En nuestros países, la particularidad fue que la crisis de la deuda y los consecuentes desequilibrios fiscales crearon las condiciones para que, desde los años ochenta, se impusiera la implementación de planes de estabilización y reforma estructural de brutal intensidad.

En este marco, además, se impuso la lógica del pensamiento único como límite impuesto a la diversidad y a la racionalidad, convirtiéndose en autoritario y justificando el –llamado- ajuste estructural, con las inevitables consecuencias, en un marco de mutación y crecimiento económico coetáneo del estancamiento y de la degradación social.

Como consecuencia inevitable que obliga a una resignación semejante a la de un desastre natural, creciente cantidad de población queda excluida: millones de niños y jóvenes viven y mueren en condiciones infrahumanas.

La estructura que preside la Reforma en América Latina está caracterizada por el dominio del consenso del vínculo automático y unidireccional entre crecimiento económico y desarrollo social.



En esta concepción, le corresponde al mercado la asignación de recursos de capital, la definición de su ritmo y modo de expansión, y la forma de distribución de sus frutos.

La política y lo público quedan excluidos de la definición del modo y ritmo de crecimiento, y es innecesaria su presencia en la distribución de los frutos del crecimiento. De esta manera, la economía del mercado se repliega a la vida privada, se produce una ruptura del espacio público, se realiza una destrucción del otro y se deslegitima el espacio colectivo o común.

La crisis de la deuda como desencadenante de la primera generación de políticas de Reforma, está expresada en el Consenso de Washington, que consiste en diez principios de política económica que pueden ser agrupados en tres conjuntos de recomendaciones políticas.

1. Reformas macroeconómicas, incluyendo disciplina fiscal:

- Racionalización y control del gasto público;
- Reforma fiscal;
- Liberación financiera.

2. Reformas del régimen de comercio exterior:

- Liberación de las importaciones y reducción de los aranceles que permanecen;
- Eliminación de subsidios a industrias no competitivas;
- Liberación de la tasa de cambio o alineación en una banda competitiva (convertibilidad).

3. Promoción del desarrollo del sector privado:

- Privatizaciones;
- Desregulaciones;
- Garantías a los derechos de propiedad (ley de patentes);
- Atracción de inversiones financieras directas.



Uno de los ejes principales de estos planes estuvo puesto en la reestructuración del Estado y la redefinición de las obligaciones públicas. Hoy asistimos a la reducción del espacio público. Intereses sectoriales e individuales ocupan el espacio de lo colectivo.

En conclusión, las políticas socio-económicas neoliberales apuntan a restablecer el equilibrio de las cuentas fiscales, reinsertando en el ámbito del mercado gran parte de las actividades "públicas" a través de procesos de desregulación, privatización y descentralización. Simultáneamente, se flexibilizan las condiciones de trabajo y se acota al Estado en su carácter de proveedor de bienes y servicios sociales.

Hay una declinación de la política y, el paradigma que generó la primera fase de la Reforma, ha creado un gran vacío de entendimiento. Este paradigma que postula la inexorabilidad del progreso, la sociedad civil entendida por los intereses particulares como agentes de transformación, la racionalidad del mercado como universal optimización de recursos, la tecnología como energía motivadora del avance social... no ha mostrado evidencias de certidumbres y ha generado un proceso de exclusión de unos y descompromiso de otros.

De esta forma, observamos una profunda transformación del aparato institucional del Estado:

- Su achicamiento como productor y regulador de los mercados (política de privatizaciones y desregulaciones), y modificación de la relación entre el Estado y el sistema productivo. Se verifica una expansión de la lógica del mercado en la producción de bienes y servicios.
- El Estado no sólo es más pequeño sino también más débil. Además de disminuir las capacidades técnicas y jurídicas del sector público, hay una pérdida en términos de eficacia, en los sistemas de prestaciones de bienes y servicios públicos.
- Como contracara de la descentralización, se observa un debilitamiento del Estado central, y la incapacidad de los estados provinciales y municipales para afrontar con sus recursos la magnitud de la nueva y creciente demanda.



- **La deslegitimación sistemática de las instituciones públicas, en cuanto al desempeño de las tareas específicas.**
- En el campo de los recursos humanos en salud, la agudización de un fenómeno que ya venía produciéndose, que consiste en la cada vez mayor "baja visibilidad" de los trabajadores, situación funcional al hecho de que el proceso de asignación de recursos ha sido abandonado a la mano invisible del mercado –de trabajo, en este caso-.

Tanto la inclusión incompleta o marginal en el mercado de trabajo, como la exclusión directa de éste, sumadas a las transformaciones en las reglas de juego de las relaciones laborales, producen un claro deterioro en las condiciones materiales de vida de los sectores populares y en la cultura social. Este deterioro se manifiesta en fenómenos que, si bien no son nuevos, aparecen en esta etapa con una inusitada y desafiante intensidad: la pobreza y la marginación social.

Estos cambios en las pautas productivas, la revolución tecnológica, las transformaciones y debilitamiento del Estado, producen profundos cambios culturales que se traducen en la forma de vivir, de morir, de enfermarse y de curar...

Por otro lado, la globalización en el interior de las sociedades nacionales licua vehículos de integración social, y elimina las tendencias al intercambio cultural y a la tolerancia entre tradiciones y culturas diferentes...

En el proceso de globalización contemporáneo al proceso de Reforma, el Estado se ha desarticulado y ha perdido sus funciones; está asediado, desde el exterior, por la demanda de los compromisos asumidos a costa de pertenecer al escenario internacional. Eficiencia. Excelencia. Privatización. Productividad. Gerencia. Palabras que atraviesan al sujeto, despojándolo, exponiéndolo sin pudor en la pasarela de la asimilación al primer mundo.

Este devenir en otro, exige del converso someterse a todo tipo de sacrificios; y, en esta peregrinación, va decantando el espíritu de todo ideal colectivo.



Un sentimiento de orfandad se ha instalado en el sujeto. Es la ausencia del Estado.

La resignación, sumada al escepticismo, completa el diagnóstico terminal de un hombre que hasta no hace mucho era capaz de defender sus convicciones, con el único e irremplazable bien que, por derecho natural, le pertenece: la vida.

En este marco de marginación-exclusión de grandes grupos de personas que ya no tienen cabida en el nuevo modelo, se acentúan las antinomias como irreductibles, se condena a los adictos, a los portadores y enfermos con Sida, a los pobres.

El cambio del modelo instituido exige de nuevas ideas, de nuevas prácticas; no renovadas sino nuevas, a la altura de la subjetividad de nuestra época.

Es posible que nos detengamos a pensar sobre las posibilidades de intervención sobre grupos y comunidades, no para promover acciones normatizantes sino propiciadoras del verdadero protagonismo, en oposición a la obediencia debida; propiciadoras de la ruptura del vínculo – real o imaginario- de servidumbre.

Es necesario detenerse a mirar, a pensar y producir teorías y prácticas eficaces y comprometidas. A revisarnos decididamente para estar a la altura de nuestro tiempo.

Cuando se desarrollan los derechos sociales y se amplía la cobertura de salud, hay mayor tendencia a "curar" que a "prevenir":

Todos sabemos que es mejor prevenir que curar. Las acciones preventivas son mucho más efectivas, con relación a su costo, que las curativas. En términos generales, se suele estimar que cada dólar gastado en prevención consigue resultados, sobre la salud de la población, equivalentes a dieciséis dólares gastados en curación. Para calcular la economía de la prevención se estima el costo de cada tratamiento evitable. De esta manera, se pueden comparar los rendimientos de los recursos



destinados a la prevención con los costos del tratamiento para cada afección.

Los sistemas son víctimas de su efectividad porque, en la medida en que consiguen mejores resultados, se transforman en más caros. Además, un uso efectivo de los recursos no significa mayor legitimidad para los sistemas y las políticas de salud. En otras palabras, una asignación costo-efectiva de los recursos no es igualmente voto-efectiva.

Aunque existen evidencias empíricas de la alta efectividad del gasto en prevención en salud, su efecto contencionista del gasto es relativo.

La efectividad de las políticas sanitarias implica un aumento de la esperanza de vida. Este, a su vez, implica alteraciones en el perfil de la demanda de servicios. Comienzan a adquirir mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas y otros procedimientos que resultan mucho más costosos. Por lo tanto, aunque la prevención mejore sensiblemente los resultados sanitarios, puede repercutir en un aumento de los costos totales del sistema, a mediano plazo.

Por este motivo, no puede afirmarse con certeza y a largo plazo que los sistemas de salud que destinan sin más recursos a la prevención resulten más baratos.

Los países más capitalistas buscan sistemas de salud socialistas; mientras que en los países más pobres, el mercado tiene mayor peso.

En términos mundiales, la distancia entre la vida saludable de ricos y pobres ha tendido a aumentar. Esto no significa que el aumento de la cobertura y el avance tecnológico no hayan mejorado la esperanza de vida al nacer, ni la calidad de vida de los más pobres. De hecho, como se ha mencionado, las mismas han aumentado durante las últimas décadas en todos los continentes. Sin embargo, la capacidad de las camadas superiores de la sociedad para aprovechar los nuevos recursos de salud es siempre muy superior a la de los pobres.

En la Cumbre Social de marzo de 1995, convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Copenhague, quedó establecido que el aumento de la inequidad es el mayor de los problemas comunes a todas las naciones del mundo. La formulación de políticas de salud, y en



especial de reforma de los sistemas que apunten a reducir la inequidad es, entonces, el mayor de los desafíos.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud han tendido a concentrarse solamente en el acceso a los servicios. Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para cada uno de sus habitantes.

Las causas del aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de la pobreza. Un condicionante de ambas es el aumento de la población, que se concentra en las camadas más pobres, los que sufren más enfermedades, los que enfrentan más dificultades. En Argentina, esta tendencia es muy clara, y la pobreza se convierte en un fenómeno joven y femenino. Por ejemplo, un tercio de los partos de los hospitales públicos del conurbano bonaerense corresponden a mujeres menores de 18 años. Entre los nuevos pobres, una gran parte de los jefes de familia son madres adolescentes. Quiere decir que la pobreza aumenta al mismo ritmo que el crecimiento demográfico y afecta a los más débiles dentro de la sociedad. Se trata de una discusión muy complicada en la que se plantean aspectos éticos y religiosos.

En conclusión, la lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental, porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado.

Pero, un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica, tales como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación. Aun en sistemas de salud equitativos, los resultados de



salud tienden a mantener las desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad.

Los trabajadores de la salud no pueden resolver por sí solos una compleja situación que es también responsabilidad de los políticos, economistas y de la sociedad en su conjunto. En otras palabras, la equidad en salud es condición necesaria pero no suficiente para la justicia social.

POLÍTICA DE SALUD Y RESULTADOS DE SALUD

Muchas veces las políticas y estrategias de salud buscan preservar más la salud del capital que la de las personas. Otras, las acciones son demasiado sensibles a las preferencias de las personas.

En conclusión, cuando la prioridad es la salud de la gente, cuando lo que se busca es agregarle más años a la vida y más vida a los años, la mayoría de las políticas de salud no pasan por el sistema de atención médica. Formular políticas de salud que generen mejores resultados de salud requiere una concepción integral y compleja de la política sanitaria.

Uno de los aspectos donde América Latina evidencia más su atraso en materia de políticas, es la persistencia en pretender resolver los problemas de manera aislada. Así, la salud es sólo problema del ministro de Salud, la educación del ministro de Educación. A su vez, no debe considerarse a la Argentina como un todo, sino como la suma de un conjunto de realidades regionales muy disímiles.

Se puede mejorar mucho la salud de los argentinos sin grandes gastos. Hace falta una estrategia integral, intersectorial y adecuada a las particularidades y necesidades regionales.

Las funciones o roles que el Estado asume con respecto a la salud de la población involucran básicamente dos grandes dimensiones. Por un lado, cada sistema de salud representa una determinada forma (o conjunto de formas) de intervención del Estado sobre el mercado. Gran parte de las



Las acciones de salud se traducen en la provisión de bienes y servicios que pueden ser realizados por uno, el otro o la combinación de ambos.

Por otro lado, cada sistema de salud privilegia una definición de ciudadanía y establece cuáles son los derechos y obligaciones en relación con la salud.

Es indudable que los fuertes vínculos entre el Estado y la Sociedad se han debilitado en los últimos años. Parte del poder del Estado y los partidos políticos ha sido fagocitado. Hacia arriba, como consecuencia de la transnacionalización y los nuevos espacios supranacionales. También hacia abajo han tenido hemorragias intensas, producto del mayor crecimiento de las sociedades y de sus ciudadanos y la aparición de nuevos agrupamientos sociales. Sus funciones de planificación central han sufrido debilitamientos intensivos. La mayoría de ellos los está compensando incrementando su poder de regulación.

El Estado regulador está reemplazando al Estado planificador. Este Estado es más humilde, no es autosuficiente, busca nuevas formas de proteger los intereses colectivos, combinando todos los recursos públicos, sociales y privados en forma de red.

FORMAS DE INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN SALUD

Aunque las funciones que el Estado asume están relacionadas con la búsqueda de legitimación del gobierno y con la regulación económica, las modalidades de intervención en salud se concretan a través de las siguientes acciones:

Información y persuasión a la población.

Provisión de servicios.

Compra de servicios al sector privado.

Financiación de las acciones.

Regulación de la actividad global del sistema.



1. EL ESTADO COMO CONSEJERO

Esta es una forma de acción completamente distinta de imponer, obligar o regular a través de leyes, decretos u organismos de control. Un Estado que da consejos consigue abandonar las formas autoritarias de la policía médica y, al mismo tiempo incentivar prácticas preventivas, regular el medio ambiente y generar conductas y estilos de vida saludables. Phillips Musgrove destaca que los gobiernos asumen esta función cuando publicitan los riesgos de fumar o incluyen programas básicos de educación para la salud en las escuelas públicas. Esos son ejemplos de información directa a la población, pero los gobiernos también pueden informar a los aseguradores y prestadores de salud sobre las prácticas más adecuadas. A su vez, esto involucra la realización o la difusión de investigaciones sobre enfermedades, cuadros epidemiológicos, así como de los efectos y riesgos de los procedimientos médicos.

La función de informar supone producir bases de información adecuadas, poniendo el acento en los resultados objetivos del proceso de atención médica, de los servicios y las políticas.

Esto significa aumentar la transparencia, lo cual no sólo permite mejorar la gestión, sino también aumentar el impacto de las acciones sobre la salud y el compromiso de los ciudadanos con el sistema.

Se ha mencionado que los estilos de vida son responsables del 43% de las muertes y enfermedades. Cuando el Estado actúa como consejero, interviene sobre ese 43% de probabilidades que representa el mayor condicionante de la salud de la población. En los Estados Unidos de Norteamérica se encuentran buenos ejemplos de esta función de gobierno, pues existen programas que alertan a la población sobre cómo aumentan los riesgos de padecer enfermedades coronarias en obesos y fumadores, cómo aumentan las probabilidades de accidentes de tránsito entre bebedores, entre otros.

Las acciones en las cuales el Estado ejerce su función de informador son aquellas que generan resultados más costo-efectivos y donde todos los actores y subsectores que integran el ámbito de la salud resultan



favorecidos. Por este motivo, un Estado que fortalece su función de informador en salud busca aumentar las bases de la gobernabilidad, sin perjudicar a aquellos segmentos del mercado que permiten la expansión de la actividad privada.

2. EL ESTADO COMO PROVEEDOR

Los gobiernos pueden hacerse cargo de brindar directamente servicios públicos a la población de forma exclusiva -o sea, donde no existen servicios privados- o de forma parcial -o sea, donde los servicios públicos se complementan con los del mercado o de la seguridad social-.

Ejemplos del Estado como proveedor exclusivo (o casi exclusivo) de servicios pueden encontrarse en los casos de Suecia, Reino Unido, Italia, los países socialistas que todavía conservan un Estado proveedor universal, aunque algunos de ellos ya lo están queriendo cambiar, y el caso de Cuba en nuestra América.

En otros casos, la cobertura es limitada sólo para quienes aportan al sistema. Los países que cuentan con modelos de seguro social de salud han venido expandiendo su cobertura incluyendo, primero, a los trabajadores titulares que aportaban al sistema, luego a sus grupos familiares y, por último, a través de recursos fiscales, a los carentes y desempleados que no pueden aportar al sistema. Por ejemplo, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, España tiene un sistema nacional con cobertura universal. El mismo se inició con aportantes aunque, actualmente, la mayor parte de la financiación la realiza el Estado por medio de rentas generales.

Estudios comparativos han verificado que la expansión de los costos de atención es mayor en los países donde la oferta pública de servicios es menor. O, dicho de otro modo, los países donde el Estado cumple en mayor medida con las funciones de proveedor tienen mayor capacidad para contener costos.

Como se verá más adelante, gran parte de las propuestas de reforma sectorial se apoyan en la premisa de separar las funciones de proveedor y financiador. Hasta hace muy poco, las medidas recomendadas apuntaban a presentar el rol financiador del Estado, pero reduciendo su rol proveedor.



Ugo, se contempló la posibilidad de invertir la relación, manteniendo la provisión pública pero con una recuperación de costos a través del financiamiento privado o de las entidades de seguro de salud.

3. EL ESTADO COMO FINANCIADOR

Cuando el Estado asume la función de financiador, decide cuánto y cómo obtener recursos para ser destinados a salud. El Estado como financiador adquiere características distintas en cada lugar, pero siempre tiene un rol muy importante en cualquier país del mundo.

Se ha mencionado que la financiación pública es hoy una constante en casi todos los países, y es más importante mientras más desarrollado y más jerarquía económica tenga ese país.

Una vez más, la excepción sería los EE.UU., pero a pesar de esta evidencia en contra se puede afirmar que, como regla general, todos los países opulentos del mundo son, casual o justamente por eso, los que tienen mayor concurrencia de financiación pública en su sistema de salud.

Es decir que, en los países donde los ciudadanos tienen individualmente mayor capacidad de pago, es donde, sin embargo, la financiación de la salud es más solidaria, colectiva y no individual. Es en los países líderes del mundo donde la financiación de las acciones y servicios para el conjunto de su población tiene bases solidarias. En ellos, las tres cuartas partes de la financiación de la salud se efectúa colectiva y solidariamente. La única excepción es Estados Unidos de Norteamérica; el capitalismo salvaje no sólo es más injusto que el capitalismo social europeo o el capitalismo sin mercado japonés. Es también más caro.

EL ESTADO COMO COMPRADOR

Cuando el Estado asume la función de comprador, está decidiendo cómo, en qué y en quiénes gastar los recursos obtenidos para salud.

En los países donde la financiación pública es hegemónica, la tendencia es integrar todos los recursos disponibles en un gran fondo único de salud, que aumenta significativamente la capacidad de compra y



flexibiliza la reasignación de los recursos, permitiendo la búsqueda de las alternativas más efectivas. Otra tendencia importante es el reemplazo del financiamiento a la oferta por el financiamiento a la demanda, que significa que el dinero siga al paciente en lugar de al médico o a la cama hospitalaria. Es decir, que se pague por lo que el paciente elige y no que se deba elegir porque está pagado.

5. EL ESTADO COMO REGULADOR

La regulación se fundamenta en el hecho de que la mano invisible del mercado no asigna los recursos de la manera adecuada para resolver los problemas de salud de la población. Haciendo nuestra la expresión de Jaques Attali, podríamos decir que "en salud, mercado sin Estado es mercado negro".

Pero la regulación puede constar de muchas acciones y orientarse a diversas áreas. Una de las formas más importantes de regulación en salud es la de los recursos humanos. En algunos países, si uno quiere ser médico, enfermero, técnico radiólogo, o cualquiera de las profesiones vinculadas a la salud, no solamente tiene que estudiar -y poder sustentar económicamente sus estudios sino que el gobierno determina cuántas vacantes se abrirán cada año para esa carrera y no hay más ingresantes que los que establecen las autoridades. En otros, el control no pasa por los ingresantes sino por los egresados. Es decir, para ejercer hay que rendir un complicado examen de acreditación y, para continuar en ejercicio, hay que reacreditarse periódicamente. En otras palabras, los diplomas no duran toda la vida ni los tienen todos los que quieren. No todos lo que quieren tienen diplomas (control de ingreso), no todos lo que tienen diplomas ejercen la profesión (control de egreso). Y no todos los que ejercen lo hacen indefinidamente, ya que existe una revalidación o reacreditación periódica.

Otra forma de regulación se orienta a los recursos físicos. En varios países, para abrir un establecimiento de salud no hace falta solamente disponer del capital y la intención. Los gobiernos programan la oferta de recursos y determinan cuántos consultorios de cada especialidad, cuántas



¿cómo y cuántos aparatos de diagnóstico de cada tipo debe haber por distrito, región, municipio, barrio; y hasta quiénes pueden ser sus dueños (en Japón, los hospitales pueden ser del Estado o de Cooperativas Médicas, no de inversores privados). Si el número considerado adecuado ha sido superado no hay forma de conseguir la autorización para abrir un nuevo establecimiento.

Algo similar ocurre con los seguros o entidades intermediarias. En países como el nuestro, por ejemplo, abrir una empresa de medicina pre-paga es una operación muy simple. Hasta ahora no hace falta ni siquiera disponer de un consultorio clínico propio o de una determinada cantidad de dinero.

En otros países, la lista de requisitos para que la empresa sea habilitada es altísima llegando, incluso, a prohibirse la compra de servicios a terceros.

El tema de los medicamentos no es diferente. La regulación de la oferta básicamente pasa por la definición de la cantidad de remedios que pueden salir al mercado y el precio de éstos.

Regulación de la oferta de recursos físicos:

Regular los recursos físicos implica evaluar las necesidades de salud de la población, y de acuerdo a ellas determinar cuáles deben ser las inversiones públicas y privadas que deben apuntar a satisfacer dichas necesidades.

En Argentina y Brasil la regulación de los recursos físicos es bajísima, y, para abrir un establecimiento de salud, lo único que hace falta es la intención y el dinero. Sus consecuencias pueden hoy verse en la crisis de los financiadores (Obras Sociales y prepagos), y en la de los propios prestadores, ya que gran parte de los hospitales privados de nuestro país están fuertemente endeudados y con un futuro comprometido.

En conclusión, la tendencia mundial es al aumento de la regulación de la infraestructura en salud. Esto ocurre en casi todos los países del mundo en los cuales se incorporan instrumentos cada vez más fuertes para el control de la oferta. Los países desarrollados han encontrado en la



Regulación de la oferta de recursos uno de los más poderosos mecanismos para controlar la expansión de los gastos en salud.

Regulación de la oferta de medicamentos:

Los medicamentos constituyen el procedimiento terapéutico más utilizado por los médicos. Pacientes y curadores la valoran como parte crucial de la estrategia sanadora. A veces, la única importante. La sociedad medicamentada tiene una píldora para cada cosa. Prescribir, dispensar, medicar o simplemente convidar se han convertido para los profesionales y para la población en general, en prácticas sociales frecuentes y naturales.

Por otro lado, casi el 29% del gasto nacional en salud está dedicado a los medicamentos. Los 5.780 millones gastados en 1995 convierten a nuestro país en el noveno mercado mundial de fármacos.

Por estas dos razones -gasto y utilización- su uso racional es, seguramente, la principal estrategia para contener el gasto y mejorar la calidad del sistema de atención de la salud.

Hoy, los sistemas de fijación de precios no gozan de mucha aceptación, puesto que nos movemos en condiciones que privilegian el libre funcionamiento de los mercados, y los países están desmontando sus mecanismos e instrumentos legales de intervención, la que puede efectivizarse en dos niveles: directa, que fija todos los precios por la vía administrativa; o indirecta, que interviene cuando detecta grandes distorsiones.

Los controles pueden aplicarse sobre los precios totales o sobre los beneficios de las industrias. En el primer caso, a partir de un cálculo de costos y de un margen de ganancia; en el segundo, a partir de un análisis de rentabilidad de las empresas. Estos controles tienen, naturalmente, un objetivo que es limitar el gasto en medicamentos; pero, también, son la manera de castigar o recompensar determinadas empresas dentro de la industria.

La industria presiona fuertemente para que existan precios libres con la idea de mejorar su rentabilidad, a los efectos de poder encarar los



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

esfuerzos de investigación y desarrollo que parecería necesitar el mercado a nivel internacional.

El Estado, en su función reguladora de la sociedad, debe velar por el sostenimiento de los principios de equidad en la disponibilidad y consumo de los medicamentos para satisfacer las necesidades individuales y colectivas, en el momento adecuado -oportunidad- y con la calidad y cantidad requeridas.

Es indudable que los medicamentos, tanto por su valor de eficacia curativa como por sus efectos reguladores de las funciones de alivio de numerosas dolencias y malestares, constituyen hoy un bien de primera necesidad, en algunos casos imprescindibles para la vida, en su doble sentido de permitir más cantidad y sobre todo más calidad de vida.

AUTORIDAD ECONÓMICA Y AUTORIDAD SOCIAL: EFICIENCIA, EFICACIA, EQUIDAD E IMPACTO

Rolando Franco

Ponencia en el Seminario

"Institucionalidad social para la superación de la pobreza y promoción de la equidad" 1998

POLÍTICA ECONÓMICA Y POLÍTICA SOCIAL

Es necesario, ante todo, destacar que los éxitos (o fracasos) en materia de desarrollo social dependen de una pluralidad de factores que trascienden a las políticas sociales. Estas tienen un papel limitado, pese a que sea usual que se les atribuya la responsabilidad exclusiva en la superación de la pobreza o en la mejora de las condiciones de vida de la población.

Es claro que la pobreza no puede ser superada sólo con políticas sociales, aun cuando debe reconocerse la importancia que ellas tienen, incluso, para asegurar el crecimiento económico.

Es evidente que, si no hay una buena política económica que mantenga los equilibrios macro, controle la inflación y genere condiciones para el crecimiento, resulta imposible mitigar la pobreza y aumentar la



cantidad de bienes y servicios disponibles para que las personas puedan satisfacer sus necesidades.

No puede negarse, asimismo, que la reducción de la pobreza deriva fundamentalmente del crecimiento económico, por cuanto la mayor inversión se traduce en la generación de empleos que permiten a las personas acceder a un salario y, por esa vía, satisfacer autónomamente sus necesidades. Todo esto permite decir que una buena política económica es una condición necesaria, pero no suficiente para que haya desarrollo social.

La política social tiene que jugar un papel que es insustituible y que no es llevado a cabo por la política económica.

La política social cumple tres funciones básicas:

- Inversión en capital humano;
- Compensación social;
- Integración social.

La primera -inversión en capital humano- es imprescindible en la nueva situación económica mundial, ya que no es posible que un país sea competitivo -por lo menos de manera sostenida- apoyado exclusivamente en el aprovechamiento de mano de obra barata, abundante y mal entrenada (una de las formas de la «competitividad espuria», de que habla la CEPAL; la otra es la superexplotación de los recursos naturales). Este tipo de política social es un prerequisite fundamental del crecimiento económico. No habrá crecimiento económico auto sostenido en el largo plazo si no se invierte en educación y salud, entre otras áreas, para que la población esté en condiciones de utilizar las nuevas tecnologías, de volverse más productiva, y de aprovechar las oportunidades que un crecimiento sostenido irá creando.

La segunda especie de política social -compensación social- es típica (pero no exclusiva) de los períodos de crisis o de ajuste, cuando se vuelve imprescindible realizar acciones que atiendan a los que sufren los costos sociales, lo que debe hacerse (más allá de lo ético) tanto por razones políticas (mantenimiento de la gobernabilidad), como económicas



hacer viable el mismo ajuste). Pero no sólo es necesaria la compensación social en tales casos; sino que ese tipo de política social es imprescindible incluso en aquellas situaciones en que existe crecimiento económico estable. Y ello porque siempre habrá personas (grupos vulnerables) carentes de las condiciones mínimas para aprovechar las oportunidades de empleo que genera el adecuado funcionamiento de la economía.

Finalmente, la política social también tiene que contribuir a la integración social. El PNUD ha retomado recientemente, bajo el concepto de la seguridad humana, esta problemática. Muchos estudios de la región muestran que enormes segmentos de la población, incluso en países «económicamente exitosos», viven la modernización productiva con profundo temor, como generadora de incertidumbre y como destructora de ciertos anclajes sociales que terminan provocando procesos de desintegración social.

Es obvio que este conjunto de problemas no se solucionan sólo con una «buena política económica». Incluso puede afirmarse que ellos se agravan con el éxito económico y que deben ser manejados a través de políticas públicas específicas.

Otro argumento, deriva de la verificación de que la pobreza «dura» o estructural (caracterizada por falta de ingreso y falta de capital humano) no reacciona al estímulo del crecimiento económico. Se requieren políticas sociales que contribuyan a dotar a esas personas de capital humano para que puedan aprovechar las oportunidades brindadas por el crecimiento económico.

Por tanto, podría decirse que:

- No puede haber desarrollo social sostenido en el tiempo sin una buena política económica.
- La política social es un prerequisite básico para el crecimiento económico.



AUTORIDAD ECONÓMICA Y DESARROLLO SOCIAL

- Presupuesto público y gasto social. Es importante tener claro que no puede llevarse a cabo ninguna política social sin recursos. Hasta el momento en que éstos se asignan a programas específicos, la política social es un «discurso», que puede estar lleno de buenas intenciones, pero que no producirá efectos sobre la realidad.

- Autoridad económica y desarrollo social. La autoridad económica cumple funciones que no sólo son importantes para el buen funcionamiento de la economía, sino también para la consecución del desarrollo social. Entre ellas, cabe mencionar el mantenimiento de los equilibrios macroeconómicos y la reducción de la inflación. Estas actividades, por sí solas, tienen un importante impacto sobre el desarrollo social. Esos logros macroeconómicos crean condiciones para que haya inversión productiva, se creen puestos de trabajo que permitirán que algunos (los que tienen los requisitos para ser «empleables») solucionen autónomamente sus necesidades; se paguen más impuestos, con lo que el Estado estará en condiciones de financiar programas sociales, etc.

Cada gobierno deberá reflexionar y tomar una decisión respecto al punto de equilibrio más adecuado entre la inversión productiva (que genera puestos de trabajo para hoy) y la inversión social (que es la responsable del «acondicionamiento» de las personas para obtener puestos de trabajo en el largo plazo).

EFICIENCIA, EFICACIA E IMPACTO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES

Un tema crucial de la política social hoy –y que no puede estar al margen de cualquier intento de alterar la institucionalidad a través de la cual se la lleva a cabo- es mejorar la eficiencia, la eficacia y el impacto de los programas que se diseñan y se ponen en práctica; no sólo para economizar recursos –aunque eso ya sería relevante, sobre todo porque los recursos que van a la inversión social no se destinan a la inversión productiva, que crea puestos de trabajo-, sino porque la política social se lleva a cabo para obtener resultados y no sólo para gastar más.



A continuación, se presenta un conjunto de actividades que resulta imprescindible institucionalizar para que los programas sociales puedan alcanzar mayor eficiencia, eficacia e impacto.

1. Ante todo, habría que discutir la conveniencia de alterar o mantener los criterios de hacer política social, lo que implica dejar de repetir mecánicamente diseños y modos de operación tradicionales y testar las ventajas que podrían derivarse de otros. A partir de los ochenta, surgió en la región un nuevo paradigma que planteó respuestas distintas a las preguntas básicas que debe responder cualquier política social. El paradigma tradicional sigue siendo el predominante, en especial cuando se toma en cuenta la asignación de recursos para programas inspirados por uno y otro de tales paradigmas. También es cierto que, crecientemente, va ampliándose el campo de los que se inspiran en el emergente. Finalmente, es también predecible que terminará generándose un paradigma resultante que será la combinación de elementos de cada uno de los dos que hoy están en contradicción.

2. Mejorar el diseño de los programas. Esto exige evaluar ex-ante diversas alternativas de intervención y disponer así de un criterio de decisión que permita elegir la mejor de aquéllas.

3. Monitorear los programas. El monitoreo (también conocido como evaluación de procesos) es una tarea administrativa interna, que corresponde al equipo ejecutor, y que se lleva a cabo desde el comienzo hasta el fin de la operación del proyecto.

- análisis de cobertura (entrega de los productos),
- análisis de eficiencia, esto es, ¿en qué medida los costos por unidad de producto son los mínimos posibles?
- análisis de eficacia: subconjunto del anterior centrado en la productividad física, o sea, en el grado en que se logran las metas de producción en cierto período de tiempo.

4. Analizar el impacto: saber si realmente se están alcanzando los objetivos sustantivos del programa o proyecto y en qué magnitud. El



Impacto: es la magnitud del beneficio que recibe la población objetivo del programa según los objetivos que éste busca alcanzar.

5. Evaluar la relación costo-impacto: esto es, conocer cuánto cuesta, en cada alternativa, obtener cierta magnitud de impacto.

Es ya evidente para los que trabajan en políticas sociales, que los métodos de evaluación tradicionales, si bien son imprescindibles en la evaluación de proyectos productivos o económicos, no resultan adecuados a las características de lo social.

Es fundamental, además, excluir otros factores -diferentes del proyecto- que puedan afectar los resultados. Aquí debe utilizarse el análisis costo-impacto.

CONCLUSIÓN

El logro de los objetivos del desarrollo social, definidos de la manera que sea (aumento de la igualdad de oportunidades, elevación de la

equidad, mejora de las condiciones de vida de las personas, etc.), va a exigir un entendimiento entre la autoridad económica y la autoridad social, en el caso que se logre constituir la.

Sólo a través de él será posible lograr una combinación de la política económica y de la política social, para que ambas persigan, simultáneamente, el crecimiento económico y la equidad.

Trabajo en equipo: intra- multi- inter- transdisciplinario.

Equipo intradisciplinario:

Es un equipo compuesto por un conjunto de personas de una misma disciplina. La constitución de este equipo se fundamenta en la idea, de que tener más de una persona tratando de resolver el mismo problema aumenta la probabilidad de lograr una resolución adecuada. Reconoce la eficiencia y eficacia que en muchos casos acompaña la división de trabajo. El equipo intradisciplinario tiene una gran ventaja, al ser de una misma disciplina, todos se pueden comunicar relativamente bien dado que sus



formaciones son parecidas. Para la modalidad de trabajo intradisciplinaria, los temas de comunicación y de entendimiento y consenso intersubjetivo no plantean grandes barreras para el progreso del equipo de investigación.

El equipo interdisciplinario:

Nace principalmente con el reconocimiento de que existen fenómenos en el mundo que no pueden ser fácilmente catalogados como pertenecientes a una disciplina u otra, sino que pertenecen a un área nebulosa existente entre las regiones definidas como disciplinas. La conducta desviada en general, y la criminalidad en particular, son un excelente ejemplo de un fenómeno mal catalogado. Por años la criminalidad se ha intentado explicar desde la perspectiva de una disciplina, en particular y, en todos los casos, las explicaciones no han sido satisfactorias. Hoy en día, más y más, la criminalidad se enfoca desde una perspectiva bio-psico-social. Es decir, se reconoce que, para entender este fenómeno de la mejor forma posible, tenemos que reconocer el carácter interdisciplinario del tema de interés. Sin embargo, la formación de equipos interdisciplinarios trae un problema inherente, el de la comunicación dentro del grupo. ¿Cómo se pueden entender un biólogo, un psicólogo y un sociólogo para poder, a su vez, entender el fenómeno que estudian? Normalmente no lo hacen de forma óptima. Apoyándose sobre la división del trabajo y la escasez de tiempo, dividen sus funciones y el resultado es una visión de mosaico del fenómeno bajo estudio: varias visiones diferentes que, desde lejos aparentan una visión coherente sobre el fenómeno pero que, al acercarse, se nota que en realidad son diferentes visiones que no se unen de forma coherente, que no entregan una visión detallada y holística del fenómeno de interés.

El equipo multidisciplinario:

Demuestra la gran ventaja de visiones diferentes pero, al plantear el problema de comunicación y consenso intersubjetivo, no logra cumplir con su promesa inicial. El equipo multidisciplinario, muy de moda en el mundo científico actual, es en su estructura y funcionamiento casi igual al equipo interdisciplinario, la diferencia yace en su objeto de estudio y en los que



componen el grupo. Si bien en equipo interdisciplinario se dedicaba a estudiar esos fenómenos que no estaban bien catalogados y efectivamente parecían ocupar un espacio "entre disciplinas", el equipo multidisciplinario reconoce la ventaja de juntar diferentes perspectivas en torno a otros temas de interés, incluyendo los que están firmemente dentro del campo de una disciplina. Esto, a su vez, significó que las disciplinas representadas ya no tenían que ser aquellas que tenían bordes comunes (entre los cuales se encontraba el objeto interdisciplinario) y que el espectro de posibilidades de cooperación se veía incrementado. Esto lleva a equipos de investigación compuestos de, por ejemplo, sociólogos, historiadores, abogados, estadísticos y médicos. Esta situación ha hecho aún más difícil la comunicación entre los miembros del equipo y se ha optado, más y más, por dividir el trabajo con resultados como en la anécdota que describí anteriormente. El equipo multidisciplinario, si bien tiene la orientación correcta, le hace falta más claridad sobre como operar para lograr el entendimiento profundo de nuestro universo tan complejo.

El equipo transdisciplinario:

La perspectiva sobre el tema de la disciplinariedad parte del reconocimiento que el objetivo de nuestras investigaciones es llegar a tener una visión clara y coherente sobre los fenómenos que nos interesan. Para poder tener esa visión clara y coherente, y para poder comunicar esa visión al mundo, lo que se necesita es que los miembros de los equipos de investigación puedan comunicarse entre ellos; que logren desarrollar una visión única del objeto de estudio, apoyándose en esa comunicación; que la visión única del objeto sea informada por las diferentes disciplinas, pero que no sea una suma aritmética de las visiones disciplinarias; que al ser informada por diferentes disciplinas, se pueda comunicar esa información al mundo sin caer en la "jerga" propia de cada disciplina; finalmente, que esta aproximación a la realidad sea lo más fiel posible a la complejidad de esa realidad y no a las disputas políticas académicas que a menudo nos distancian en vez de unirnos como científicos.



El Servicio Social en el campo de la Salud:

El trabajador social en el contexto de la salud pública debe interrogarse sobre la dirección de su accionar ¿actuamos para la asistencia o actuamos para la construcción de ciudadanía? Según Castel, la población susceptible de necesitar intervenciones sociales “está no solamente amenazada por la insuficiencia de sus recursos materiales como también fragilizada por la labilidad de su tejido relacional, no solamente en vías de pauperización sino en proceso de desafiliación, o sea en ruptura de vínculo con lo social. Al final del proceso la precariedad económica se torna privación, la fragilidad relacional aislamiento. Son dos caras de una misma condición...”¹⁵.

El concepto de desafiliación es un aporte interesante para la intervención profesional, ya que implica un modo de disociación del vínculo social producto de la no integración laboral, pero también la fragilidad del tejido relacional. Es decir, la inserción en una sociabilidad socio- familiar, la capacidad de contención de una red familiar, barrial, de amigos, pares, formas de organización local, estrategias de acceso a los servicios (salud, educación, vivienda), etc., que constituyen vulnerabilidad o desafiliación.

La exclusión despoja a los individuos de su dimensión humana, “impidiéndoles que se vuelvan sujetos de su proceso social. Es decir, además de los derechos de ciudadanía, lo que les está negando a los excluidos es su propia condición humana y la posibilidad de realizar su potencial como sujeto”¹⁶.

Trabajamos con seres humanos de carne y hueso que sufren, “a partir de un doble proceso que los constituye: aquel que va de la integración a la exclusión en el orden del trabajo, y aquel que va de la inserción al aislamiento en el orden socio- relacional”¹⁷.

¹⁵ CASTEL, R. “Desigualdade a questao social”. En Saúde e locura Nº4. Hucitec. Brasil. 1995. Pag.29

¹⁶ FANON, en Política Social, exclusión y equidad en América Latina en los 90, citado por Sonia FLEURY en Revista Nueva Sociedad Nº156.

¹⁷ CASTEL, R. “Da indigência a exclusão, a desafiliação”. En Saude e locura Nº4. Sao Paulo.1993.



Preguntarnos hacia dónde apunta la intervención en Trabajo Social hoy, si nos dirigimos a reproducir respuestas asistenciales o a promover ciudadanía, nos lleva a repensar nuestra constitución histórica como profesión. Según Netto, la constitución como profesión del Trabajo Social, sucede a insertarse en el mercado de trabajo, o sea al establecerse la relación de asalariado, donde el trabajador social se hace vendedor de su fuerza de trabajo¹⁸.

Parra señala dos matrices o filosofías fundacionales del Trabajo Social, por un lado una matriz de base doctrinaria fundamentada en los conceptos de persona humana y moral cristiana. Por el otro, una matriz de base racionalista y laica, ligada al movimiento de los médicos higienistas, cercanos al liberalismo y al positivismo, que apuntaban a una regulación desde lo público interviniendo en forma preventiva y educativa. Ambas matrices pretenden la armonización y el control social¹⁹.

Esta raíz ideológica del Trabajo Social, marca profundas huellas conservadoras que persisten hasta la actualidad, en forma encubierta, bajo mantos de "tecnicismo" algunas veces y otras de "compromiso social", en el perfil profesional y, por ende, en su práctica. Lo que generó imprimirnos el rótulo de ejecutores pragmáticos de las políticas sociales. Corriendo el riesgo de reducir la intervención profesional a la aplicación de tecnicismos burocráticos.

Pensamos a la salud como un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada y que incluye las contradicciones y avatares de un proceso histórico. De esto se desprende que este concepto está determinado por los proyectos colectivos e individuales de los integrantes de una comunidad y de la forma particular de resolver los conflictos.

Desde este concepto de salud no nos posicionamos en el control de enfermedades sino en el fenómeno y atención de la salud en general y, por lo tanto, de los sujetos involucrados.

¹⁸ NETTO, J. P. Capitalismo monopolista y servicio social. Ed. Cortez. Sao Paulo. 1992.

¹⁹ PARRA, Gustavo: Antimodernidad y Trabajo Social, orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino. Univ. De Luján. Bs. As. 1999. Pág.81



Además de los factores económicos y sociales, al momento del diagnóstico de una enfermedad entran en juego factores como la estabilidad emocional producto (entre otras cosas) de la historia del sujeto y del reordenamiento que se produce de los vínculos afectivos al interior del grupo familiar. Los usuarios de los servicios de salud nunca son individuos atomizados, desarraigados de inscripciones sociales. La manera de hacer uso de los servicios sanitarios se apoya en el contexto familiar, que a su vez se ubica de acuerdo a la situación del sector o clase a la que pertenece.

Me parece importante como aporte desde la intervención profesional, situándome en el ámbito de la salud pública, la incorporación de la dimensión de la subjetividad. Así el sujeto debe ser contextualizado a partir de las relaciones sociales más generales y complejas, y no separándolo a partir de fragmentaciones. Conocimiento crítico sobre la dinámica de la realidad sobre la cual y con la cual se interactúa; realidad que debe ser el verdadero motor y sentido de la profesión.

Uno de los mayores desafíos de los trabajadores sociales hoy, es desarrollar la capacidad de descifrar la complejidad de la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos a partir de demandas emergentes en lo cotidiano. Es fundamental cuestionarnos desde donde nos posicionamos, si se pretende trabajar desde una perspectiva universalista de derechos de ciudadanía o dar respuestas focalizadas o asistenciales. Es necesario problematizar teóricamente desde qué marco conceptual se genera y hacia donde se orienta la gestión pública de la institución en la que estamos insertos.

Creo que desde la intervención se puede contribuir al fortalecimiento del sujeto en la perspectiva de posibilitar el desarrollo de las potencialidades que le permitan el ejercicio de su ciudadanía.



Supervisión en Servicio Social:

La relación de supervisión en servicio social²⁰:

Es la configuración que se genera en la interacción dialéctica de un sujeto individual o colectivo -el supervisado-, un sujeto que asuma la responsabilidad formativa -el supervisor- mediatizada por la práctica profesional o preprofesional; un encuentro reflexivo fundado en una racionalidad crítico- emancipadora y ético- dialógica, que promueva procesos participativos de aprendizaje incluyentes de todos los involucrados.

- Se trata de una relación ternaria (saber): Supervisado/ Supervisor/ Contenido.
- Recíprocamente contingente: creándose mutuamente la necesidad del otro; cada uno es para el otro como él mismo.
- Vincular- afectiva, cognitiva y social-
- Inteligente y cooperativa.
- Educativa.
- Contextualizada histórico- cultural- político- económicamente y multideterminada.
- Un proceso dialéctico, con tiempos sociales y personales comunes y diferentes multidimensionalmente mediado.

Ezequiel Ander- Egg define a la supervisión como: "Proceso mediante el cual

un asistente o trabajador social, o un estudiante que realiza una práctica, recibe individualmente y/ o grupalmente la orientación y guía de otro

profesional designado a tal fin, de modo que puede aprovechar lo mejor posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes, a fin de realizar sus tareas de manera más eficiente posible".

Natalio Kisnerman, define a la supervisión como un proceso de reflexión crítica sobre la práctica profesional y una práctica en si en tanto

²⁰ CASTELLANOS, Beatriz. Ficha de Cátedra "La relación de supervisión". Año 2004.



utiliza un conjunto de estrategias y tácticas de intervención para lograr determinados objetivos en una situación de aprendizaje. No es un método, ni un ejercicio unidireccional de transmisión de conocimientos. La supervisión debe entenderse como una asesoría, un seguimiento, un apoyo profesional que se construye con los supervisados en la práctica. El supervisor no considera a los supervisados como depositarios de sus conocimientos, sino que busca desafiar a los mismos a ser constructores de su propio aprendizaje, por medio de la interacción mutua, desde una relación horizontal. La asimetría está dada en el grado de conocimientos y habilidades, lo cual estructura la relación pedagógica y la distancia optima entre ellos y con la tarea.

Definición de supervisión a la que adhiere la cátedra en el Plan de Trabajo Docente "Es una práctica sistemática de capacitación focalizada en las condiciones, interferencias y consecuencias del ejercicio profesional –previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva y objetivamente- que a través de la reflexión crítica, la relación dialógica y las valoraciones de todos los sujetos promueva procesos participativos de aprendizaje orientados a la identificación profesional, con la intervención científicamente fundada y a la construcción y apropiación del rol específico con compromiso ético- político.

- Es simétrica en tanto relación humana;
- Es asimétrica en cuanto a los conocimientos, lo cual no quiere decir que sea autoritaria, ya que debe desarrollarse en un contexto de aprendizaje mutuo, no como poder para homogeneizar los pensamientos
- Tiene en cuenta distintos niveles de análisis: Un nivel instrumental, relacionado con los métodos y técnicas de

intervención que aseguren la eficacia de la acción; un nivel institucional, de análisis de la organización; un nivel relacional, dirigido a aumentar la capacidad de cooperación e interacción social de los supervisados; y un nivel subjetivo, que se sitúa en el ámbito intrapersonal, conciente e



inconciente del supervisado, tratando de incidir en la personalidad del mismo.

Objetivos y Funciones de la supervisión²¹:

La autora destaca cuatro objetivos básicos:

- Enseñanza y formación permanente;
- Ofrecimiento de servicios de calidad;
- Socialización del trabajador social;
- Elevar el nivel teórico- práctico de las actuaciones.

En cuanto a las funciones señala: Supervisión administrativa; supervisión educativa y supervisión de apoyo.

La supervisión administrativa: Está relacionada con una técnica de gestión- organización, con el objetivo prioritario de que se cumplan los objetivos de dicha organización. En la supervisión administrativa, la demanda de la supervisión procede de la organización. La supervisión forma parte del conjunto de la aplicación de un determinado programa teniendo en cuenta unas funciones específicas. El supervisor ejerce funciones eminentemente jerárquicas, son responsables del trabajo realizado por sus supervisados. Los supervisores han de transmitir la política de la institución. La supervisión administrativa sería un sistema de escalafón jerárquico con una autoridad centralizada: autoridad que delega deberes mediante ordenes, viene impuesta.

La supervisión educativa: Es la que tiene como objetivo primordial enseñar, formar y ayudar a mejorar conocimientos a los trabajadores sociales o a aquellos que están en fase de formación para convertirse en profesionales del trabajo social. Supervisión enfocada hacia la formación. Tiene una relación de poder y autoridad que da el proceso de evaluación académica. A lo largo de la misma el supervisor irá teniendo en cuenta diferentes etapas:

1. Conciencia agudizada de uno mismo "temor a lo desconocido". El papel del supervisor en dicha etapa se basa en dar seguridad a encontrar la base sólida de la adecuación personal que ya posee.

²¹ BARRERA FERNÁNDEZ, Josefina "La supervisión en el trabajo social". Editorial Paidós 1997.



2. El supervisado irá sintiéndose más seguro a medida que pueda valorar su propia capacidad de actuar, con la ayuda del supervisor.
3. Más libre de la preocupación de sí mismo, estudia las situaciones tal como son. Empezará a estar dispuesto a admitir sus errores, analizarlos y ser capaz de pedir ayuda para orientar la aplicación.
4. Dominio relativo, en la cual se puede comprender y manejar la propia actividad. La persona puede pensar en sí misma de una forma objetiva. Es capaz de criticar su enfoque y cambiarlo si la situación lo requiere.
5. Aprende a enseñar lo que ya ha dominado. Independencia considerable del supervisor.

La supervisión de apoyo: Se puede denominar incluso de apoyo psicológico, ya que va dirigida a analizar los aspectos personales del supervisado que influyen en su práctica cotidiana. Trabajo Social comprensivo, espacio de apoyo donde poder reflexionar, analizar y comprender el porque se dan determinados procesos. Tiene en cuenta los factores de estrés en la práctica del trabajador social, para colaborar en su superación y ofrecer un apoyo directo a la persona, para que de esta forma el supervisado al sentirse comprendido tenga también una mejor capacidad de comprender a la comunidad.

Técnicas de supervisión: Distintas formas de realizar la supervisión²².

Supervisión individual, para la realización de la cual se utiliza la técnica de la entrevista y la supervisión en grupo, para cuya realización se utilizan las técnicas de conducción y dinámica de grupos. Supervisión Mixta combina a ambas.

Supervisión individual: Se basa en la relación supervisor-supervisado y en el intercambio de conocimientos entre uno y otro. El trabajador social utiliza sus conocimientos sobre la supervisión aplicada al

²² BARRERA FERNÁNDEZ, Josefina "La supervisión en el trabajo social". Editorial Paidós 1997.



trabajador concreto a quien se ha de supervisar, teniendo en cuenta las características personales del supervisado y también las del trabajo que ha de realizar. La relación que se establece es más considerable y más fuerte, intervenciones más personalizadas. Ambos son participes de un proceso educativo en el que el supervisor enseña, comunica y proporciona elementos y el trabajador social contribuye también al perfeccionamiento del supervisor. Permite realizar una mayor reflexión del trabajador social sobre sí mismo. Relación enfocada hacia una mejora de las actuaciones profesionales y una mejor comprensión del trabajo.

La entrevista de supervisión bien realizada constituye un medio para conseguir la relación horizontal que se debe establecer en la supervisión. Es importante que los supervisados no sean excesivamente dependientes de sus supervisores. Espacio donde discutir, analizar y clarificar algunas dudas o conocimientos adquiridos, que le dan estímulo para continuar.

Las sesiones de supervisión individual permiten una mayor dedicación, una mejor personalización y también un mayor peligro de dominio de una parte hacia la otra, al establecer una relación diádica.

La supervisión en grupo:

Permite un mayor contraste de opiniones y puntos de vista entre los diversos miembros del grupo, facilita el nivel horizontal de relaciones y un funcionamiento más democrático.

Compartir experiencias, apoyo emocional, sentimiento de pertenencia, disminuye la tendencia a personalizar excesivamente los problemas y aumenta su objetividad.

La sesión de grupo da la oportunidad de ver el trabajo que hacen los demás y ofrece la oportunidad de hacer comparaciones. Las sesiones individuales desarrollan una relación diádica influida por una relación específica supervisor- supervisado, que siempre lleva consigo ciertos niveles de autoridad.

A través del grupo es más fácil conseguir modificaciones de comportamiento de un trabajador social (menor resistencia al cambio).



Williamson considera que las sesiones de supervisión en grupo han de ir complementadas con supervisiones individuales, en el grupo se crea el sentimiento de estar compartiendo unas necesidades y un sentido de solidaridad (estimulación de la imaginación).

Ribeiro plantea que hace falta que el grupo sea homogéneo, en lo que hace al grado de escolaridad, método aplicado y campo de intervención (nivel académico similar).

Conviene disponer de un lugar donde los miembros se sientan cómodos, el espacio físico es importante que sea agradable. La colocación en círculo permite que todos los miembros hablen e interactúen con facilidad, no permite diferencias de autoridad o de poder. Se clarifican los días, las horas y su periodicidad; como así también el objetivo por el cual se hace la supervisión. Las normas ayudan a regular el comportamiento de los miembros.

La supervisión en grupo permite un mayor intercambio de experiencias, una mayor riqueza de aportaciones, una mayor horizontalidad y la necesidad de que el supervisor maneje situaciones más dinámicas, variadas y también en ocasiones más conflictivas.

María José Aguilar Idáñez²³ establece una diferencia entre la supervisión en grupo y la supervisión peer- group. Entendiendo a esta última como la modalidad de supervisión en la cual no se cuenta con la figura del supervisor, es el propio grupo de trabajadores sociales el que lleva a cabo el proceso de supervisión por sí mismos. Puede ser útil cuando se trata de profesionales muy experimentados, o con bastantes años de experiencia en la institución.

Conformar un grupo integrado por no más de siete personas que compartan los mismos valores, pero en el que exista una gama variada de enfoques.

²³ AGUILAR IDÁÑEZ, María José "Introducción a la supervisión". Editorial Lumen 1994



La autora diferencia la supervisión grupal de la supervisión de equipo, entendiendo a esta última como aquella que se realiza con supervisados que forman parte de un mismo grupo de trabajo, los mismos llevan a cabo un programa o proyecto, o prestan un servicio de manera conjunta, esto es, las actividades de unos y otros están articuladas y dependen unas de otras, siendo resultado del esfuerzo colectivo y la interacción personal entre ellos.

Condiciones del supervisor:

María José Aguilar Ibáñez, expresa como condición indispensable para lograr una buena supervisión, que la persona elegida para realizar las funciones supervisoras sea alguien con mucha experiencia práctica y con conocimientos adecuados y actualizados de la disciplina, además de tener cualidades didácticas y capacidad de sistematizar experiencias, y de iluminar/ orientar la experiencia con la teoría.

El supervisor de una escuela, además de las características de un supervisor en una institución de bienestar social, debe cumplir con otros requisitos de carácter pedagógico y de manejo de ciertos instrumentos teórico- conceptuales.

La preparación del supervisor debe ser de índole altamente profesional. No basta con conocer algo para poder transmitirlo y hacer que se comprenda y se aplique en la práctica. El supervisor tiene que saber ante todo, estimular y apoyar al supervisado. Saber hacer preguntas, saber "hacer descubrir" al supervisado y orientar con espíritu crítico. El supervisor cumple una tarea educadora/ didáctica, debe ser un buen maestro, capaz de transmitir conocimientos y experiencias. Además debe crear un entorno de trabajo gratificante que sirva de sostén emocional para el aprendizaje, dar seguridad en la ejecución de las tareas y, sobre todo, desarrollar las competencias, habilidades, valores y actitudes propios de un trabajador social. El supervisor tiene que adaptarse a las características de cada alumno o trabajador, comprendiendo el carácter único de cada ser humano. El supervisor debe estudiar al aprendiz,



descubrir cómo aprende, y ayudarle en ese aprendizaje, potenciando sus cualidades y corrigiendo sus defectos.

Características y perfil de los supervisores²⁴: La autora cita a Rosa Roca, quien expresa que para que un supervisor pueda trabajar libremente ha de aprender a manejar sus conocimientos teóricos y sus propios sentimientos. El supervisor ha de ser capaz de analizar los mecanismos que se presentan en su relación con el supervisado y de poder contrarrestarlos para que su tarea sea más eficaz.

John Longres²⁵, al definir las cualidades y características que han de reunir los supervisores, hace hincapié en las siguientes:

- Conocimiento específico del trabajo social y del campo donde se está aplicando;
- Haber sido supervisado;
- Capacidad de comunicación, saber escuchar;
- Tener conocimientos en dinámica de grupos;
- Saber transmitir una capacidad de análisis, autocrítica y autonomía;
- Saber proponer las pautas adecuadas para que se consigan los objetivos de la supervisión;
- Capacidad receptiva y segura, aceptando las dudas;
- Agilidad mental y analítica. Capacidad de análisis y de síntesis;
- Capacidad de empatía;
- Capacidad de autocrítica;
- Interés por la docencia;
- Capacidad de exigir motivando un nivel de autoexigencia en los supervisados;

²⁴ FERNÁNDEZ BARRERA, Josefina "La supervisión en el trabajo social". Editorial Paidós 1997. Capítulo 5 "Características y perfil de los supervisores".

²⁵ LONGRES, John, "La técnica de supervisión en trabajo social", apuntes del curso realizado en la Escuela de Asistentes Sociales ICESB de Barcelona, del 14 al 18 de junio de 1982.



- Capacidad de trabajar en equipo;
- Saber transmitir una concepción amplia del trabajo social;
- Tener sentido del humor (no es una condición sine qua non, es una aptitud que ayuda a distender la relación, facilitando un clima agradable).

El hecho que el supervisor haya pasado por la experiencia de ser supervisado aumenta su comprensión de la situación. Es importante que sean flexibles y puedan admitir sus errores, permitiendo establecer una relación más horizontal. Tener una concepción amplia del trabajo social le permite una amplitud de miras, una noción global y no restrictiva del trabajo social.

Kadushin señala una característica importante que cabe destacar, el hecho de que el supervisor se sienta identificado con la profesión, ya que de esta manera transmite una buena imagen de identificación para los propios trabajadores sociales que supervisa.

Es importante que el supervisor sepa hacer un análisis crítico de la institución donde está actuando sus supervisados y aprovechar los aspectos buenos de esta organización fomentando el espíritu de cambio, cuando las cosas no se orientan como uno desearía. Saber transmitir un sentimiento de crítica constructiva, motivar y favorecer la reflexión. Intentar nuevas formas de atraer el interés de los estudiantes de trabajo social, de hacer comprensibles nuevas ideas y conseguir que el alumno se convierta en un profesional con estilo propio. El supervisor ha de poseer un buen bagaje profesional y una buena capacidad de enseñanza y de relación.

Proceso de supervisión²⁶:

La autora cita a Bertha Reynolds, quien da cuenta del proceso por el cual atraviesa la supervisión para llegar al empleo de la inteligencia

²⁶ AGUILAR IDÁNEZ, María José "Introducción a la supervisión". Editorial Lumen 1994



Consciente. Proceso en espiral de exigencia en aumento, al cual describe mediante las siguientes etapas:

La etapa de la conciencia agudizada de uno mismo cuyo ejemplo clásico es el “temor a lo desconocido”: Dado el temor a lo desconocido en el primer momento, la enseñanza en el proceso de supervisión deberá estar centrada en la persona, más que en la materia. El papel del supervisor en esta primera etapa es dar seguridad “ayudar al aprendiz a encontrar la base sólida de la adecuación personal que ya posee y hallar donde plantar los pies mientras lucha con la nueva experiencia”.

La etapa de nadar o ahogarse: El aprendiz está confuso y siente la necesidad de aferrarse a algo. Comienza a vislumbrar lo que la gente quiere de él. Necesidad de comenzar a partir de la posición del supervisado, la mejor forma de aprender es haciendo cosas. La falta de eficacia se superará cuanto más llegue a sentirse seguro y capaz de analizar con ayuda del supervisor su propia actividad. Para que haya un aprendizaje el hacer tiene que brindar alguna satisfacción. Proponerle tareas al supervisado que sepamos que tiene altas posibilidades de realizar, ir librándolo de su dependencia a la autoridad del maestro. Supervisión como instrumento de interrelación teoría- práctica, que el estudiante sea capaz de analizar e interpretar críticamente su propia práctica (un meta análisis).

Etapas de “Comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella”: El aprendiz comprende de que se trata y que se espera de él. Es cuando comprende lo que debería hacer sin que el maestro se lo diga, pero su capacidad de hacerlo es muy despareja todavía.

Etapas del dominio relativo, en la cual uno puede tanto comprender, como manejar la propia actividad en el arte por aprenderse: El trabajador puede criticar su enfoque y cambiarlo si la situación así lo exige. Es de suma importancia que el supervisor otorgue al trabajador un amplio campo para su desempeño independiente, con confianza y sin temor. Proceso de avance constante en cuanto al dominio y



aplicación de los diferentes métodos y procedimientos de intervención social.

Etapas de aprender a enseñar lo que se ha dominado: La tarea del supervisor estará centrada básicamente en la evaluación del rendimiento del personal a su cargo, tratando de asegurar la propiedad y pertinencia de los objetivos del programa y que los supervisados sean capaces de enfrentar las dificultades que se presenten intentando solucionarlas. Contribuir a desarrollar la motivación de la persona y mejorar su rendimiento y competencia.

Segunda Parte: Trabajo de Campo

INSTITUCIÓN: HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL. "DON VICTORIO TETAMANTI"

SIGLA: H.I.E.M.I.

LOCALIZACIÓN:

DOMICILIO: CASTELLI 2450.

TELÉFONOS: 495-2022

Conmutador: 495-2023. 494-9995.

Servicio Social: 499-1104.

Unidad Terapia Intensiva: 499-1103.

Estadística: 499-1101.

Mesa de Entradas: 499-1110.

Farmacia: 499-1108.

Personal: 499-1109.

FAX: 493-6352.

DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN

El Servicio de consultorios externos atiende de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs., existe un servicio de emergencias y de guardia que atiende las 24 horas. El Servicio Hospitalario funciona permanentemente con una guardia.



ÁREA DE INFLUENCIA:

El H.I.E.M.I. se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata cabecera del Partido de General Pueyrredón, integrando éste la Región Sanitaria VIII. Esta región ocupa la zona sudoeste de la Provincia de Buenos Aires, la misma está compuesta por 16 partidos: Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gessel. Abarcando un total de 45.564 km².

POBLACIÓN ASISTIDA:

El H.I.E.M.I. recibe constantemente derivaciones, para atención especial y de alta complejidad, de los Hospitales Municipales y Unidades Sanitarias de las diferentes

localidades anteriormente mencionadas. Así mismo, atiende a la población de la ciudad de Mar del Plata, bien por derivación de los Centros de Atención Primaria de la Salud Municipales, o bien por demanda en la guardia o consultorios externos del mismo hospital. Se reciben niños de hasta 15 años de edad y mujeres embarazadas a partir del 8º mes de gestación o cuando se presente algún factor de riesgo o complicación que requiera dicha derivación.

La gran mayoría de la población que se atiende en esta institución proviene de familias con situación laboral inestable, realizan changas, cirujeo, son beneficiarios de planes sociales, otros son desempleados; no cuentan con obra social. Esta situación trae aparejada una deteriorada capacidad de consumo de éstas familias, y que cerca de la mitad de se encuentra por debajo de la línea de pobreza e incluso algunos en estado de indigencia.

Esta crisis económico-social que se encuentra atravesando el país, incide directamente en la capacidad de acceder a una vivienda digna y a una adecuada alimentación, generando un deterioro en la calidad de vida.

DEPENDENCIA:

[El H.I.E.M.I. es una institución que se inscribe dentro de la administración pública, depende jerárquicamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, pero es un hospital descentralizado.



La conducción del hospital se realiza a través de un Director Médico Ejecutivo y tres Directores Asociados, de quienes dependen las diferentes áreas y servicios.

OBTENCIÓN DE LOS RECURSOS:

El HIEMI recibe desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, un presupuesto anual de recursos financieros; para llevar adelante los diversos servicios que brinda, para los sueldos del personal, el mantenimiento de la infraestructura, la compra de insumos, etc.

A su vez, recibe aportes de la "Fundación Hospital Materno Infantil", la cual realiza donaciones de equipamiento para determinados servicios, financia obras de infraestructura, como también realiza aportes individuales en casos excepcionales. Se encuentra incorporado al S.A.M.O., pudiendo facturar de las Obras Sociales las prestaciones brindadas a sus afiliados.

La "Asociación Cooperadora de los Hospitales" subvenciona a determinados servicios, como Odontología y Radiología, para la compra de insumos. Realiza aportes materiales a determinados pacientes, ya que esta asociación cuenta con recursos propios, entregando dinero para medicamentos, nebulizadores, dispositivos intrauterinos, viáticos, pañales, leche, etc.

Las "Damas Rosadas", son un grupo de voluntarias dispuestas a brindar determinados servicios a los pacientes que se internan en el Hospital. Distribuyen ropa, juguetes y demás recursos materiales que ella mismas obtienen y administran. También acompañan a las madres que se encuentran internadas en obstetricia, en los primeros pasos de la lactancia materna.

Desde el Servicio social se capacita y coordina a un grupo de voluntarias denominado "Kumelen", que se especializa en el acompañamiento y atención de niños que se encuentran internados en el hospital y que no cuentan, en determinados momentos, con un familiar que los acompañe.

Las "Hijas de María", es otro grupo de voluntarias que durante la tarde realizan entrega directa a los pacientes de materiales para la higiene personal.



ORGANIGRAMA:

Según lo referido por todas las personas entrevistadas, no existe organigrama confeccionado del personal de la institución. Por lo tanto al desconocer el orden jerárquico y sus dependencias, se detalla la Estructura Funcional de H.I.E.M.I.

La dirección del Hospital se conforma por un director ejecutivo y un director asociado. Anteriormente se contaba con tres directores asociados, por lo que dos puestos están en la actualidad vacantes.

ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL HIEMI

Servicio de Pediatría:

Jefe de Servicio de Pediatría 36 Hs:	Dr. VILLAR, Jorge
Jefe de Servicio de Pediatría 36 Hs:	Dr. SALGUEIRO, Jorge
Jefe de Sala de Cuidados Moderados Pediátricos 48 Hs:	Dr. MARCOTE, Oscar
Jefe de Sala de Cuidados Moderados Pediátricos 36 Hs:	Dra. CIRIACI, Cristina
Jefe de Sala de Cuidados Moderados Pediátricos 36 Hs:	Dra. MARCON, Luisa
Jefe de Sala de Cuidados Moderados Pediátricos 36 Hs:	Dr. VILLEGAS, Jorge
Jefe de Sala de Cuidados Intermedios 48 Hs:	Dra. SEVERONI, Stella
Jefe de Sala de Oncohematología 36 Hs:	Dr. CANDELO, Jorge
Jefe de Sala de Terapia Intensiva Pediátrica 36 Hs:	Dr. SGROMO, Jorge

Servicio de Obstetricia:

Jefe de Servicio de Obstetricia 36 Hs:	Dr. GONZALEZ, Jorge
Jefe de Sala de Internación 48 Hs:	Dra. STEINER KOMBEREC, H
Jefe de Sala de Internación 36 Hs:	Dr. MUSTICCHIO, Carlos
Jefe de Sala de Internación 36 Hs:	Dra. RACCIATTI, Liliana
Jefe de Sala Consultorios Externos:	Dra. ZACCARI, Silvia

Servicio de Neonatología:

Jefe de Servicio de Neonatología 48 Hs:	Dra. FONTANA, Adelina
Jefe de Sala de Cuidados Intermedios Neonatales 36 Hs:	Dra. LAVIN, Susana
Jefe de Sala de Consultorio Externo de Neonatología 48 Hs:	Dra. SAGONE, Mabel



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Jefe de Sala Terapia Intensiva Neonatal 36 Hs: Dra. GORODTIZU, Elba

Servicio de Cirugía Pediátrica:

Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica 48 hs: Dr. CIAMPAGNA, Hugo

Jefe de Sala Centro Quirúrgico Pediátrico 36 Hs: Dr. ELIA, Osvaldo

Jefe de Sala de Neurocirugía 36 Hs: Dr. ALDINIO, Roberto

Jefe de Sala de Otorrinolaringología 36 Hs: Dr. WIGDOR, León

Jefe de Unidad Intensiva Cirugía Reparadora 36 Hs: Dr. MAGRINI, Mario

Jefe de Unidad Intensiva Anestesiología 36 Hs: Dr. MARTINEZ, César

Servicio de Emergencia:

Jefe de Servicio de Emergencia 36 Hs: Dr. COSTANTINI, Mauro

Jefe de Sala Ambulatorio de Emergencia Pedriátrica 36 Hs: Dr. SEIJO, Eduardo

Jefe de Sala Consultorio Externo de Emergencia Ped. 36 Hs. Dra. REDI FREUNLICH

Jefe de Sala de Guardia Día Lunes 36 Hs: Dra. MORELLO, Concepción

Jefe de Sala de Guardia Día Martes 36 Hs: Dra. PARDO, Marta

Jefe de Sala de Guardia Día Miércoles 36 Hs: Dra. FELDMAN, Mirta

Jefe de Sala de Guardia Día Jueves 36 Hs: Dra. URBANDT, Patricia

Jefe de Sala de Guardia Día Viernes 36 Hs: Dr. GONZALEZ, Miguel

Jefe de Sala de Guardia Día Sábado 36 Hs: Dr. MIGUEL, Jose

Jefe de Sala de Guardia Día Domingo 36 Hs: Dr. CUBERO, Rubén

Jefe de Unidad Intensiva Emergencia Pediátrica 36 Hs: Dr. NOVELLI, Javier

Servicio de Laboratorio:

Jefe de Servicio de Laboratorio 36 Hs: Dra. LASTA, Ma. Ester

Jefe de Sala de Laboratorio de Análisis Clínicos 48 Hs: Dra. SOSA, Patricia

Jefe de Unid. Int Radio Inmuno ensayo 36 Hs: Dra. PODAVINE, María A.

Servicio Hemoterapia y Hematología:

Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia 36 Hs: Dra. SANABRIA, Alba

Jefe de Internación Hemoterapia 36 Hs: Dra. SLIBA, Gabriela



Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

UNIVERSIDAD NACIONAL

Sala de Anatomía Patológica:

Jefe de Sala de Anatomía Patológica 36 Hs:

Dra. ORTOLANI, María

Servicio de Radiología:

Jefe de Servicio de Radiología 48 Hs:

Dr. GIORGI, Jorge Luis

Jefe de Sala de Radiología 36 Hs:

Dr. NAUDEAU, Enrique

Servicio de Ortopedia y Traumatología:

Jefe de Servicio de Ortopedia y Traumatología 36 Hs:

Dr. GREGORI, Abel

Jefe de Sala Moderados Ortopedia y Traumatología 36 Hs:

Dr. SCHILARDI, Juan

Servicio de Alimentación y Dietoterapia:

Jefe de Servicio de Alimentación y Dietoterapia

Lic. CRISOLITI, Dora

Servicio de Farmacia:

Jefe de Servicio de Farmacia 36 Hs:

Farm. BERNABEI, Alicia

Servicio de Servicio Social:

Jefe de Servicio Social 48 Hs:

Lic. EPELE, Ma. Eugenia

Servicio de Odontología:

Jefe de Servicio de Odontología 36 Hs:

Dra. AMORETTI, Ana

Servicio de Oftalmología:

Jefe de Servicio de Oftalmología 36 Hs:

Dra. FURNARI, Mónica

Sala de Neurología:

Jefe de sala de Neurología 36 Hs (Interino):

Dr. GRAGÑAZ, Ricardo

Sala de Neumonología:

Jefe de Sala de Neumonología Pediátrica 36 Hs:

Dr. TABORDA, Jorge

Sala de Psiquiatría:

Jefe de Sala de Psiquiatría Pediátrica 36 Hs:

Lic. LLORENTE, María C.



Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

UNIVERSIDAD NACIONAL

Sala de Terapia Ocupacional:

Jefe de Sala de Terapia Ocupacional 36 Hs:

Lic. CAMPAGNA, Liliana

Unidad de Internación Kinesiológica:

Jefe de Unidad de Internación Kinesiológica 36 Hs:

Kines. SPINA, Julio

Unidad de Internación Alergología:

Jefe de Unidad de Internación Alergología 36 Hs:

Dr. RAMOS, Sebastián

Unidad de Internación Dermatosifilografía:

Jefe de Unidad de internación Dermatosifilografía 36 Hs: Dr. VERGES TUNESSI, J

DIRECTOR EJECUTIVO: Dr. HARISMENDY, Silvia

DIRECTORES ASOCIADOS: Soc. VALSACCHI, Beatriz

LAS FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN:

- Función asistencial, de diagnóstico y tratamiento del enfermo;
- Función sanitaria de esclarecimiento de los cuadros que más gravitan sobre las cifras de morbilidad, por enfermedades transmisibles y sociales
- Función social, recuperativa sobre el enfermo y de apoyo económico, al mismo y a su grupo familiar
- Función cultural, formadora de hábitos higiénicos e integradora de conceptos básicos sobre las enfermedades.
- Función de investigación, aplicada al progreso de la medicina.

OBJETIVO GENERAL DE LA INSTITUCIÓN:

No se encontraron los objetivos en forma explícita, pero a nuestro entender, el objetivo de esta institución es:

Promover la salud a través de servicios integrales, que tiendan a la atención, rehabilitación y recuperación de los niños menores de 15 años, entendiendo a los mismos



como seres biopsicosociales, que deben ser entendidos y atendidos desde esta complejidad.

Brindar atención adecuada a las mujeres embarazadas desde el 8vo. mes de gestación, así como aquellas con embarazo de riesgo, que habiten la zona sanitaria VIII. Participar en la formación de profesionales de grado y pregrado, de las carreras de Medicina, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología y Servicio Social.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA:

En los inicios, la atención de la salud en nuestra ciudad, estaba a cargo de la Sociedad de Socorros Mutuos, allá por el año 1881 cuando la ciudad se vio atacada por la fiebre tifoidea. Se inaugura un hospital provisorio en la casa de Félix Yagrosi.

En el mismo año, se trasladan a la esquina de La Rioja y 25 de Mayo, a la Sociedad de Socorro de Pobres donde solo se admitían a personas con enfermedades comunes, no así a las contagiosas ni crónicas. La idea de dicha sociedad filantrópica era la de "socorrer a la franja de pobres".

En el año 1893 se inaugura el Asilo Marítimo, el cual estaba destinado a los niños débiles y convalecientes debido a la tuberculosis.

La inauguración del hospital Mar del Plata, se da en el año 1907, iniciándose los primeros pasos en el año 1902 por una Comisión de Vecinos encabezada por Victorio Tetamanti y Félix Camet, se deciden a concretar la obra del hospital, la misma era continuación de la llevada adelante en 1881, por la Sociedad de Socorro de Pobres.

La administración del nuevo Hospital estaba a cargo de la Sociedad de Beneficencia Hospital Mar del Plata, construido a través de donaciones de familias de la zona. Se puede decir que su funcionamiento se basaba en la concepción benéfica o filantrópica de la salud, no siendo esta una responsabilidad del Estado.

En el partido de Gral. Pueyrredón, y como consecuencia del incremento poblacional, y de la inserción laboral en el ámbito urbano, comenzaron a surgir los primeros conflictos con respecto a la atención sanitaria en la ciudad.

Hasta el momento, no existía en la zona una asistencia pública y gratuita, ni tampoco una política que ampliara los servicios de salud hacía los barrios obreros o populares.

A fines de los años 20, un interventor provincial, por razones de economía municipal, impulsó la anexión de la asistencia pública al hospital y la apertura de salas



asistenciales en los mencionados barrios, la primera de ellas en el puerto, donde los trabajadores eran expuestos a toda clase de accidentes debido a las precarias condiciones de trabajo.

Formó también parte de la política sanitaria local, el tema de la difusión para la prevención de enfermedades, sobre todo de tipo venéreas.

Los años siguientes, estuvieron caracterizados por la proliferación de las clínicas privadas tratando de captar a la población creciente por medio de planes individuales y mutualizados.

Las leyes sociales que imperaron a partir del peronismo, hicieron que la estructura del hospital Mar del Plata fuera modificada. En 1947, todas las prestaciones adquirieron carácter de gratuitas y la intervención del gobierno provincial terminó con el dominio de la Sociedad de Beneficencia pasando a ser dominio exclusivo del estado. En esta etapa el Hospital Mar del Plata es el impulsor de las especializaciones y transformaciones de la salud en la ciudad.

En 1977 el Hospital se transforma en el actual HIEMI.

FUNCIONAMIENTO ACTUAL:

Desde el año 1997, el Hospital Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti, se encuentra enmarcado en la "Organización y Gestión Hospitalaria" el mismo es un proyecto de administración hospitalaria enfocado en los resultados. El proyecto determina que el factor limitante para la absorción de la demanda en un hospital es "la cama de hospitalización". Centrándose en lo que a su entender, son los dos problemas emergentes del hospital público hoy: La escasez de camas y un mejor aprovechamiento de las mismas.

El HIEMI adhiere a lo denominado por el modelo como "cuidados progresivos del paciente". Esta modalidad es una forma de organizar los servicios hospitalarios, según las necesidades de los pacientes de manera que reciban la atención de acuerdo a su necesidad en el momento y en el sitio del hospital mas apropiado para su estado.

Esta forma de organizar la internación de las personas se basa en la complejidad del tratamiento que requiere atención.

- Cuidados intensivos: para pacientes críticos, con patología aguda o crónica que requieran observación permanente o cuidados intensivos de enfermería.



Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Cuidados intermedios: para pacientes que requieren control de los signos vitales y prestaciones de enfermería frecuente.

- **Cuidados mínimos:** para pacientes que puedan ser autosuficientes o con la ayuda de un familiar que pueda ocuparse de sus cuidados, con necesidad de prestaciones no más de una vez por turno.
- **Atención ambulatoria:** se realiza a través de consultorios externos para diagnóstico, tratamiento, prevención y/o rehabilitación.
- **Atención domiciliaria:** es la cobertura de las necesidades del individuo en su propio domicilio, tiene por finalidad, respetar el derecho del individuo a las atenciones y cuidados dentro del marco familiar. En forma más amplia la atención domiciliaria puede abarcar la internación domiciliaria.
- **Atención de largo plazo:** para pacientes que requieren atención especializada del médico y de la enfermera por tiempo prolongado.

El hospital tiene 248 camas disponibles para la internación en total. De estas 146 están destinadas a pediatría, 93 para Obstetricia, 70 para recién nacidos sanos, 40 para Neonatología, 27 para el Hospital de día y 6 para la Sala de Observación de Guardia pediátrica.

El Hospital cuenta con dos residencias de madres: Residencia de Madres fundación V. Tetamanti (ubicada en el exterior del Hospital), y la Residencia de Madres Dr. Moisés Modad (Servicio de Neonatología, para las madres que están amamantando).

Como institución de salud se articula con las Unidades Sanitarias Municipales (atención primaria de la salud), con el INAREPS (rehabilitación) y el INE (docencia e investigación).

SERVICIO SOCIAL DEL HIEMI

Se encuentra ubicado, dentro de la institución, accediéndose al mismo por la calle Alvarado.

Los días y horarios de atención son, de lunes a viernes de 8.00 a 12.00 hs., existiendo una guardia por la tarde hasta las 17.00hs y los días sábados de 8.00 a 12.00 hs.

Este Servicio Social está integrado por 14 profesionales, entre los mismos se encuentra: personal de planta, residentes, una concurrente y, además, una empleada



Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

administrativa. La dirección del servicio está a cargo de una Lic. en Servicio Social, Ma. Eugenia Epele.

SUPERVISORES:

Lic. Daniela Ortega, Sala de Pediatría Cuidados Moderados "A", Equipo interdisciplinario de Fibrosis Quísticas.

Lic. Roberto Ortiz, Sala de Pediatría Cuidados Moderados "C", Área asistencial de Nefrología.

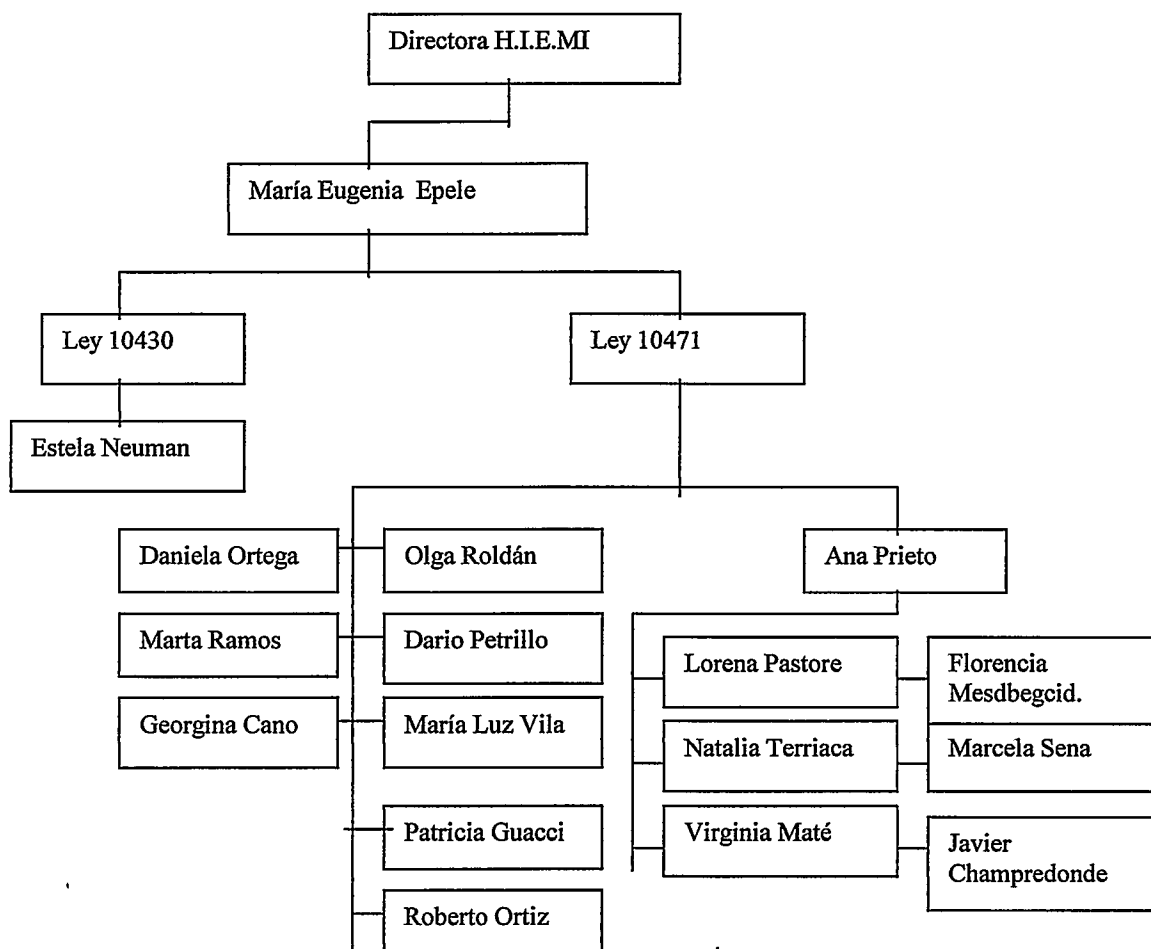
MISIONES Y FUNCIONES:

El Servicio Social en la institución hospitalaria desempeña un rol de servicios, basando su intervención en una visión integral del hombre, sujeto de su propia vida y salud, desde un concepto de Salud integral (OPS), no limitándose a los aspectos médicos y asistenciales.

Desde el Servicio Social en el abordaje del proceso salud enfermedad como un fenómeno histórico social, obliga a explicar de qué manera lo social se expresa en lo biológico, tanto en el nivel individual como colectivo. Desde esta perspectiva, es importante investigar la incidencia de lo socioeconómico y cultural del origen de la enfermedad, para poder elaborar una respuesta adecuada a la problemática.

Desde el Servicio Social se toma contacto con el paciente y con su familia a través de entrevistas diarias creando situaciones que favorezcan la comunicación, y cooperación, procurando brindarles contención en el proceso de internación.

Se procura fortalecer su red vincular intra y extra hospitalaria, orientando a los padres con respecto a los recursos institucionales (comedor, residencia para madres, etc.), guiándolos en la forma más dinámica y operativa de proceder en cada caso particular.



CUADRO HIPOTÉTICO DE PROBLEMAS:

Los profesionales trabajan en diferentes programas y áreas de acuerdo a las problemáticas que atienden en la institución:

- Cuidados Moderados.
- Tuberculosis.
- Celíacos.
- Oxígeno dependientes.
- Derivaciones de Recién Nacidos.
- Diabéticos.
- Medicaciones especiales.



Comité de Fisurados Maxilo-faciales.

- Voluntariado.
- Oncohematología.
- Madres Menores.
- Neonatología.
- Consultorio externo de Neonatología.
- Terapia Intermedia.
- ETS. HIV. SIDA.
- Fibroquísticos.
- Comité de Maltrato.
- Residencia en Trabajo Social Hospitalario: Instructora, Jefa de Residentes y residentes.

Este Servicio atiende por:

- Demanda espontánea de Guardia y consultorios Externos, de Obstetricia y Pediatría.
- Desde la Sala de internación:
- Pediatría: Cuidados Moderados A -- B – C – D, Cim Rojo, Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva, Neonatología, Oncohematología, Traumatología, Clínica Quirúrgica.
- Obstetricia: Puerperio Normal, Alto Riesgo, Uceo.

OBJETIVOS GENERALES:

- Investigar los aspectos relacionales, socio – ambientales, su incidencia en el proceso salud – enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.
- Facilitar la integración del enfermo y su grupo familiar a la institución, durante el periodo de internación, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.
- Estimular en los pacientes y en su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral.
- Favorecer la sistematización y evaluación del trabajo cotidiano.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Crear y sostener un espacio de Docencia, con los profesionales del Servicio Social, con estudiantes de Pregrado de la Carrera Lic. en Servicio Social (U.N.M.D.P.), Residentes de Trabajo Social y otros destinatarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al Equipo interdisciplinario.
- Estimular, afianzar y promover el desarrollo de los recursos personales y Factores Protectores del paciente y su familia, para atenuar o neutralizar los Factores de Riesgo.
- Lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar la continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.
- Formar parte activa de Comités o Equipos interdisciplinarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de patología específicas, como Diabetes, Fibrosis Quística, Violencia Familiar. -
- Abordar específicamente situaciones problemáticas relacionadas con el binomio madre – hijo (obstetricia), prevenir el abandono del Recién Nacido, orientar sobre Adopción, Patria Potestad, etc.
- Realizar la derivación del recién nacido sano a los Centros de Lactantes de la ciudad.
- Con respecto a la Menor – Madre: prevenir el abandono de la madre y su hijo, fomentar la documentación inmediata del recién nacido, convocar a los representantes legales, cuando así correspondiera realizar la comunicación al Tribunal de Menores.
- Orientar consultas en planificación familiar.
- Instrumentar un espacio de Docencia en el Servicio Social del HIEMI, y en la institución hospitalaria. Dar continuidad a la docencia destinada a estudiantes de pre – grado y residentes de Trabajo Social, alumnos de E.G.B. y Polimodal. Sostener la capacitación de Voluntarios del Grupo KUMELEN.



ACTIVIDADES:

- Entrevistas a las familias (aspectos relacionales, socio – ambientales, situación laboral, incidencia en el proceso salud – enfermedad de paciente).
- Participación en el pase de sala, donde se detecta la internación de cada paciente y se forma parte activa del equipo interdisciplinario.
- Inter consultas intrahospitalarias.
- Coordinación con otras instituciones (redes de apoyo).
- Gestiones (trámites de estudios, pases de micros, subsidios)
- Visitas domiciliarias. Seguimientos.
- Realización y presentación de informes socio – ambientales, en el Tribunal de Menores o en el Tribunal de Familia, de pacientes que así lo requieran.
- Realización de encuesta social única, reseña social.

INSTRUMENTOS DE REGISTRO:

- Historia clínica única.
- Encuesta social única, reseña social.
- Encuestas pediátricas.
- Libros de citaciones.
- Libros de registro de madres menores.
- Libro de informes presentado en el Tribunal de Menores.
- Libro de mensajes.

PROYECTOS GENERADOS DESDE EL SERVICIO SOCIAL:

COMITÉ PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO:

Este comité es un grupo de trabajo interdisciplinario, integrado por profesionales de diferentes especialidades, con formación e interés en el tema.

Constituye un espacio de reflexión y de apoyo para el Equipo de Salud que asiste a los niños, víctimas de maltrato y/o abuso sexual, y sus familias.

El comité no tiene función asistencial. Su finalidad es consensuar la opinión de los profesionales intervinientes en esta problemática, para evitar situaciones problemáticas tanto para la víctima como para los profesionales que lo asisten.



Sus objetivos son:

- Elaborar una normativa que unifique y organice el abordaje de esta problemática en el H.I.E.M.I.
- Desarrollar actividades docentes y de asesoramiento: ateneos, reuniones informativas, etc. Destinadas a personas interesadas en esta temática y profesionales afines.
- Coordinar acciones con otras instituciones, Centros de Salud, Poder Judicial, para derivación y tratamiento de los pacientes. Trabajo en RED.
- Documentar los casos a través de un registro unificado de pacientes.
- Crear un archivo bibliográfico destinado a consultas de agentes de salud que así lo requieran.
- Mantener contacto con otros centros de salud que se especialicen en el tema, como referentes y posibilitar intercambios de información.

GRUPO DE VOLUNTARIOS HOSPITALARIOS "KUMELEN":

Este grupo se encuentra integrado por personas evaluadas, capacitadas y coordinadas por el Servicio Social del HIEMI.

Se convoca a los integrantes del grupo cuando se presentan situaciones problemáticas referidas al acompañamiento del paciente durante la internación.

Sectores asignados para la práctica supervisada:

La práctica supervisada se realizó en dos sectores de internación de cuidados mínimos. En éstos los familiares cumplen un rol fundamental en el cuidado de la salud de los pacientes. Es por ello que la institución

establece como norma, que los pacientes deben permanecer constantemente al cuidado de un adulto responsable.

Todos los pacientes que son internados en el HIEMI, en los sectores de moderados, tienen contacto con el Servicio Social del Hospital. Este primer contacto se establece, generalmente, en las salas de internación a través de las primeras entrevistas que realizan los Trabajadores Sociales



responsables de los sectores a los familiares que acompañan a los niños durante el período de internación.

Si se recibe demanda por parte de la familia de los pacientes, por el equipo médico o es detectada por el trabajador social se interviene a fin de su resolución. De no presentarse demanda alguna se procede a acompañar a los pacientes y su familia durante el período de internación. Esto se relaciona con los objetivos específicos del Servicio Social del HIEMI planteados con anterioridad.

Es relevante destacar que en dichos sectores las patologías en las que se interviene son diversas, y diferentes en su tratamiento y duración. Por lo cuál, en cada una de ellas y de acuerdo al caso se interviene de manera particular.

Estructura y organización:

Este ítem se encuentra detallado en la página anterior, cuando se hace mención al itinerario del paciente en el hospital.

Estos sectores cuentan con los siguientes recursos materiales:

Sector Moderados "A"

Cuenta con 6 (seis) salas y en ellas un total de 28 (veintiocho) camas. Estas se distribuyen en 5 (cinco) salas con 4 (cuatro) camas cada una y 1 (una) habitación de 8 (ocho) camas.

Sector Moderados "C"

Este está constituido por 6 (seis) salas con un total de 18 (dieciocho) camas. Estas se distribuyen en 2 (dos) salas con 4 (cuatro) camas cada una, 1 (una) sala de internación de traumatología con 7 (siete) camas y 3 (tres) aislamientos con 1 (una) cama cada uno.

Cada uno de los sectores cuenta con los insumos necesarios para el abordaje de las diferentes patologías, aunque se encuentra también comprendido en la crisis que hoy en día atraviesa la salud pública de nuestro país.



Según nuestra opinión la participación de los trabajadores sociales depende del desenvolvimiento profesional de cada uno, notándose una ausencia de un trabajo interdisciplinario. Si bien entre los distintos profesionales se socializaba información de los casos, cada uno de ellos lo abordaba desde su especificidad.

Metodología de Intervención:

Metodología referencial:

Orientación metodológica: En cuanto al enfoque del servicio, cada profesional ejercía su metodología individualmente, sin primar una modalidad común en el servicio. Como estudiantes intentamos seguir el lineamiento planteado en el marco teórico del trabajo ya que los supervisores nos plantearon buscar nuestra propia modalidad y metodología de intervención. Se procuraba en todo momento respetar a la persona como sujeto, tratando de que ella misma pudiese vislumbrar posibles salidas a su problemática. La herramienta fundamental aplicada por el trabajador social en todo momento es la entrevista, mediante la misma se busca conocer la realidad situacional del sujeto a fin de llegar a la elaboración del diagnóstico, del cual luego se desprenden las propuestas y plan de acción. El Hospital se orienta a intervenir durante la urgencia, es decir una vez obtenida el alta del paciente se deriva el caso al centro de salud de su barrio para que continúen con el seguimiento del mismo.

Proceso Metodológico: Como se describió anteriormente las etapas del proceso que han sido incluidas en la modalidad de atención del servicio son las siguientes: conocimiento y análisis de la situación, de la cual luego se desprende el diagnóstico y el plan de acción. Con respecto al seguimiento este no suele realizarse en dicha institución por tratarse de un hospital de alta complejidad destinado a la urgencia, con lo cual se derivan los casos a los centros de salud para que continúen trabajando en los mismos, cerrándose de esta manera la intervención del servicio social del hospital. Solo existen algunos casos de excepción con los cuales se continúa trabajando.

Modalidad Operativa: Desde su llegada al HIEMI, ya sea por derivación de los Centros de Salud o por iniciativa familiar, el primer contacto que establecen los niños es con el médico de guardia o de consultorio externo, este es el responsable de completar la historia clínica, instrumento por el cual se obtiene la información necesaria para comenzar



con la atención del niño. Es a partir de aquí y de acuerdo al criterio del profesional interviniente si se requiere la internación.

Los sectores de Moderados tienen una organización específica. Todas las semanas se comienza una “ronda entre los distintos sectores”. De acuerdo a esta organización, a la disponibilidad de camas y por la patología que presenta el niño (determinados sectores cuentan con habitación para patologías específicas, por Ej.: Moderados C: traumatología, Moderados D: quemados) esto determina el sector en el cuál se internará.

El niño llega con el camillero hasta el piso de internación, ahí se define el sector y la habitación. En cada uno de los sectores se registra el ingreso del niño en la historia clínica.

Si es un reingreso programado (por ejemplo para un control determinado), el equipo de salud “mantiene la cama disponible” y el ingreso se realiza directamente en el sector, no siendo necesario pasar por la guardia o consultorio externo.

Allí es atendido por el equipo de salud correspondiente al sector. Éste se encuentra conformado por médicos y enfermeros. Cada uno de ellos tiene un médico jefe del sector, pediatras, médicos residentes, etc. El equipo de salud se conforma con otros profesionales (nutricionista, trabajadores sociales, otros) que si bien pertenecen a diferentes servicios trabajan conjuntamente en éstos sectores. Concurren también por ínter consulta otros profesionales en los casos que así lo requieren (psicólogos, neumonólogo, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, traumatólogo, neurólogos, psiquiatras, cirujanos, etc.).

El servicio social procede realizando la observación documental de la historia clínica del paciente y luego realiza entrevistas con los pacientes y familiares durante el período de internación. No tuvimos la oportunidad de realizar entrevistas domiciliarias por contar el Hospital solo con una ambulancia y por opción personal de nuestros supervisores. El registro de la intervención lo realizábamos en nuestro cuaderno de campo, realizando luego si el supervisor lo requería un informe para archivarlo en las carpetas de seguimiento. La historia clínica era completada por nuestros supervisores, no accediendo como estudiantes a dicha instancia.



Abordaje institucional

Estudio de casos:

Respecto al sector el Moderados "A" cuento con 522 pacientes relevados en un período que abarca desde el 2/6 al 24/11. De los mismos luego se intervino en 61 casos de los cuales 21 fueron por inter consulta médica y 40 detectados en el relevamiento por el servicio social.

Los motivos ante los cuales los médicos solicitaron intervención fueron:

- Intentos de suicidio/ auto agresión/ trastornos de conducta (ocho casos)
- Sospecha de maltrato, ante hematomas, petequias o TEC (tres casos)
- Problemáticas sociales (dos casos)
- Desnutrición (dos casos)
- Por seguimiento ante un tratamiento (un caso)
- Incidentes durante la internación (un caso)
- Falta de controles médicos (un caso)
- Retraso madurativo por falta de estimulación (un caso)
- Impétigo ocasionado por falta de higiene (un caso)
- Falta de acompañamiento de adulto responsable (un caso)

Motivos de casos detectados por el Servicio Social:

- Gestión de traslados en combis y/o ambulancia (siete casos)
- Gestión de pañales/ leche o comedor (seis casos)
- Gestión de voluntariado Kumelén (cinco casos)
- Número reiterado de internaciones (cuatro casos)
- Traumatismos Encéfalo Craneales (TEC) (tres casos)
- Falta de controles y concurrencia directa al HIEMI (tres casos)
- Pedidos de asesoramiento sobre el funcionamiento del Hospital y las combis para los traslados (tres casos)
- Suspensión de tratamientos que ocasionan crisis asmáticas (tres casos)
- Uso del teléfono del Servicio Social o Conmutador del Hospital (tres casos)
- Ante el surgimiento de enfermedades crónicas diabetes/ celiaquía/ fibrosis quística (tres casos)



Casos seleccionados:

Sector de internación en pediatría Moderados "A"

Evaluación- orientación:

Paciente: Toboada Rocío Belén

FN: 5/3/04

Madre: Rodríguez María 20 años

Padre: Taboada Daniel 21 años

Diagnóstico médico: TEC (Traumatismo encéfalo craneal)

En la entrevista con la madre la misma nos comenta que la niña se golpeó la cabecita con el altillo cuando la fue a levantar porque lloraba, en la manito presenta una quemadura ya que cuando la estaba cambiando la niña tocó la pava que se encontraba sobre la mesa, se le advierte sobre la importancia de los accidentes domésticos, aclarando nuestra función como trabajadoras sociales del ámbito de salud.

Paciente: Rocío Danyelo

FN: 31/1/95

FI: 5/9/04

Diagnóstico: Debut Diabético

Madre: Lidia Cedrón

Servicio Social: Se la contacta con la Trabajadora Social del Hospital que trabaja en el comité de diabetes para que le brinde el asesoramiento correspondiente. Se gestiona la concurrencia de la maestra hospitalaria.

Evaluación- orientación- derivación:

Paciente: Daiara Mariela Frías

F. N: 31/8/03

F. I: 18/8

Diagnóstico: Desnutrición.

Madre: Monteliveti Natalia, 14 años.

Padre: Frías Mario, 30 años recolector de papas.

Al llegar al piso antes de iniciar el relevamiento las enfermeras nos solicitan por ínter consulta médica intervención en dicho caso.



La madre nos cuenta que la niña posee problemas de bajo peso, los primeros tres meses se alimentaba con leche materna y la niña iba engordando, pero la misma se le retiró a los tres meses por todos los disgustos que le hizo pasar el padre denunciándola a Tribunales. Expresa que le realizó todos los controles en la salita del Centenario, pero ahora se encuentra viviendo en Otamendi y la trae al Hiemi. Según relato materno la Dra de la salita barrial le dijo que la niña podía tomar leche entera, desde allí la niña comenzó con problemas de peso y vómitos, ahora la Dra del Hiemi le recomendó darle leche de soja. Con respecto a su familia tiene relación solo con su madre ya que el padre cortó relaciones con ella cuando se enteró del embarazo. A los siete meses la niña comenzó a presentar retardos en lo psicomotriz.

En el pase de sala los médicos comentan que la madre es responsable en cuanto a la realización de los controles, el problema es que dado que posee 14 años y está sola desconoce como proceder en los cuidados de la niña, presentando dificultades en cuanto a la alimentación de la menor.

En una entrevista con el padre y la madre, se les asesora sobre la alimentación por medio de la especialista en nutrición.

Desde el servicio social se plantea conexión con el Centro de Salud de Otamendi para que estén al tanto de la situación y realicen un acompañamiento de la menor.

Paciente: Irusta Camila

FN: 18/8/00

FI: 5/10/04

Diagnóstico: Crisis Asmática

Madre: Niuma Olivera

Servicio Social: Se asesora a la madre sobre la importancia de no suspender el tratamiento a fin de evitar que estas crisis se desencadenen. Cuando se interroga sobre donde realiza los controles la misma menciona al IREMI, desde el Servicio Social se toma contacto con dicho lugar para informar lo sucedido y derivar el caso para que sigan realizando un seguimiento del mismo.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Paciente: Curell Elías

FN: 13/1/95

FI: 15/10/04

Diagnóstico: Ingesta de Ácido

Padre: Julio Curell

Servicio Social:

Entrevista con ambos padres: La pareja se encuentra separada hace aproximadamente cinco años, el niño actualmente se encuentra bajo la guarda del padre con su hermano Ezequiel. El padre nos cuenta que los niños sufrieron una desilusión muy grande cuando su pareja Mónica quien vivía con ellos luego de cortar su relación con el mismo se retira de la casa, a partir de allí los niños se sintieron abandonados ya que la querían mucho y está les había prometido muchas cosas. Ezequiel había comenzado a alertar al padre diciendo que si esta no regresaba él no quería vivir más, nos muestra cartas de Ezequiel donde la llaman mamá y le pide que regrese diciendo que él no le hizo nada malo. Desde el Servicio Social se les remarca la importancia que deben tener ambos al estar separados en la elección de una nueva pareja, ya que los niños se encariñan y resultan perjudicados. Se remarca la importancia de reforzar lazos familiares, contactos con tíos, primos y abuelos para que los niños puedan ampliar su red vincular. Como padres deben consensuar respecto al cuidado de sus hijos.

Se eleva informe de lo sucedido a Tribunal de Menores, el cual determina que los niños sean trasladados al Hogar Arenaza hasta tanto se evalúe la decisión a tomar con respecto a su guarda.

Evaluación- tratamiento- seguimiento- cierre:

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil

Paciente: Anitori Bruno

Fecha de Ingreso: 18/05/2004

Fecha de Egreso: 20/05/2004

Grupo familiar:



Apellido y Nombre	Vínculo	Edad
• Campitelli Silvia	Madre	32 años
• Cesara Carlos	Padraastro	32 años
• Anitori Bruno	Paciente	12 años
• Anitori Matías	Hermano	8 años
• Cesara Valentina	Hermana	10 meses
• Antezano Maria del Carmen	Abuela	56 años

Motivo de Internación:

El informe médico realizado por la doctora Dagnino en el sector de pediatría moderados "A" remarca los siguientes aspectos:

- Relación conflictiva con padraastro y madre.
- Conducta de auto agresión y agresión a terceros.
- Conflicto familiar.
- Trastorno de conducta.
- Problema social.

Intervención del Servicio Social:

Desde el servicio social se realizan diversas entrevistas, obteniendo los siguientes datos relevantes:

Entrevista con la madre del paciente:

La misma nos cuenta que Bruno reclama constantemente de su atención. Comienza su relato informándonos que el papá del niño falleció hace seis años, de dicho matrimonio posee dos hijos, a Bruno de 12 años y Matías de 8 años. Al año de la muerte del mismo ella volvió a formar pareja con la cual vive desde entonces y poseen en común una bebé de diez meses, además agrega que se encuentra estudiando la carrera de Licenciatura en enfermería en la facultad, por lo tanto parte de su tiempo lo ocupa en cursar y estudiar durante la noche. Nos comenta que la relación de Bruno con su pareja no es muy buena porque este es muy rígido y Bruno está en plena rebeldía adolescente. Además agrega que todo se complicó hace un año, cuando su madre (abuela de Bruno) se vino de Buenos Aires, a vivir con ellos, dado que el lugar donde habitan es



su casa, expresa que la relación entre ellas nunca fue buena y que se mete en la crianza de los chicos desautorizando en más de una oportunidad, tanto a ella como a su pareja.

Reconoce que Bruno es muy cariñoso y que ella siempre fue poco demostrativa. Comenta que Bruno siempre suele ser muy nervioso y manifestar enojos violentos, pero que esta vez se había asustado porque no lo podía controlar y había amenazado con lastimarse a él mismo y a ella con el filo de una tijera.

Entrevista con el paciente:

Bruno nos cuenta que se enojó porque no podía estudiar y que su madre y hermano se rieron ante su enojo, por lo cual enfureció y no se pudo controlar. A lo largo de la entrevista expresa constantes reproches hacia su madre, por sentir falta de atención; nos cuenta que ese día 19/5 era el aniversario de la muerte de su padre. Cuando se le pregunta por su relación con la pareja de su mamá, manifiesta su disgusto por la rigidez y disciplina que este le impone. Afirma su desinterés por el estudio y que solo le gusta la música.

Nueva entrevista con la madre:

Cuando se le interroga sobre la muerte del padre de Bruno, nos cuenta que este se había suicidado, ahorcándose en el baño de su casa y que ante lo sucedido ella le había dicho a sus hijos que se había resbalado en el baño y golpeado la cabeza con la bañera, pero que Bruno en ese entonces tenía seis años y había visto a su papá tirado en el suelo, asegura que no sabe la verdad de lo ocurrido y que luego de ello no se habló más de lo sucedido.

Entrevista con la Abuela:

Luego se entabla una entrevista con Maria del Carmen Altezano (abuela materna del menor), la misma nos cuenta de la mala relación que tiene con su hija, dice haberle advertido de los comportamientos de Bruno, pero que dado su mal vínculo esta no la escucha, expresa que ella cree que su hija no les brinda la atención adecuada. Considera que Bruno debería ir a un psicólogo porque sabe lo que sucedió con su padre y nadie se atreve a charlarlo con él. Expresa que su relación con Bruno es muy buena que él siempre charla con ella cuando lo lleva al colegio y que el niño siempre se queja de que la



mamá nos les brinda atención. Si bien reconoce que Bruno es muy rebelde, nervioso y suele tener momentos en los que se pone violento, expresa que eso se debe a que no se siente bien y busca la forma de llamar la atención de su madre. Agrega que la pareja de

su hija es muy rígida e impone mucha disciplina. Se muestra angustiada, ya que su hija no le da lugar al diálogo.

Entrevista con la pareja de la madre de Bruno:

El mismo comenta, que desde los doce años tubo que salir a trabajar y que no puede entender como Bruno que solo tiene que estudiar no lo hace y se comporta tan mal. No logra acercarse a Bruno porque considera que si este no hace las cosas bien no se lo merece, reconoce que se rige por el binomio recompensa- castigo (por ejemplo el día del cumpleaños de Bruno el 13/5 no lo saludó porque está convencido de que no se lo merecía por su mal comportamiento). Expresa que si bien le impone penitencias luego su abuela o la mamá se las levantan, él sabe que solo se cumplen cuando está él presente.

Entrevista conjunta con la madre de Bruno, su pareja y la abuela (adultos convivientes del núcleo familiar).

Se trabaja el tema de la coherencia en el discurso de los adultos para con los niños. A lo largo de la entrevista la Trabajadora Social va encuadrando ciertos temas a trabajar:

- Los diferentes mensajes que existen entre los miembros del grupo familiar.
- La falta de comunicación.
- La ausencia de coherencia interna como grupo.
- La cuestión de las reglas y normas.
- El vínculo madre- hija, aunque sea desde el acuerdo. Se remarca que nunca es tarde para recomponer la situación.
- Las diferencias que realiza la abuela entre Bruno y Matías.
- El logro de acuerdos entre los adultos.
- Se le remarca a la pareja de la madre que no se puede enojar con Bruno como si este fuese un adulto. Se acuerda que dada su postura de regirse por un sistema de recompensa- castigo, no olvidara acercarse a Bruno



cuando este haga las cosas bien, que trate de brindarle afecto y expresiones de cariño.

- Con la abuela se trata de acordar que no desautorice a un adulto cuando este retando a Bruno, que si no está de acuerdo se lo haga saber luego cuando estén en privado, pero no adelante del niño.
- A la mamá se le aconseja que no es buena tanta fortaleza y rigidez, que debe permitirse aflojarse un poco, expresar los sentimientos.
- Debe trabajarse la muerte del padre de Bruno. Se acuerda que tanto el niño, como la madre comiencen tratamiento psicológico en la Salita Barrial Guanahani.
- Desde el Servicio Social se propone realizar reuniones quincenales con la madre de Bruno y su abuela, para seguir trabajando estas cuestiones, que hacen al bienestar familiar. Se acuerda una próxima reunión para el viernes 18/6 a las 9 hs.

Desde el Servicio Social se realiza una nueva entrevista con la madre de Bruno y su abuela, donde se solicita que comenten como han sido esas dos semanas en cuanto a la vida cotidiana del hogar, la madre del niño comenta que las cosas en la casa han cambiado, Bruno ha mejorado su comportamiento, ella lo acompaña en la elaboración de sus tareas y le permitió comenzar guitarra a cambio de mantener las notas en el colegio. Comenta que la relación con su pareja continua siendo conflictiva, ya que este es muy rígido con Bruno, ante lo cual el niño desobedece.

En cuanto a la cuestión madre- hija todo sigue igual, no logran establecer un acercamiento, la madre del niño expresa mucho rencor y reproches hacia su madre.

Desde el Servicio Social se le remarca:

- A la madre de Bruno trabajar con su pareja para que este no sea tan rígido y encuentre la forma de acercarse a Bruno.
- Se recomienda a ambas tratamiento psicológico para sacar a delante su relación de madre e hija. Ante ello se acuerda la derivación a la Salita Barrial Guanahani, dando por establecido el cierre del caso desde el Hospital.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Evaluación- derivación- tratamiento- seguimiento- cierre:

Paciente: Rebeca Belén Del Rosario Galdames Sandoval.

FI: 30/8/04 **FE:** 10/9/04

Diagnóstico: Síndrome confusional.

FN: 7/3/92

Caso que surge por ínter consulta médica Dra. Dagnino, quien realiza pedido de conocimiento social.

Domicilio: Jerónimo Costa 736 Tel: 156-892739

Grupo Familiar conviviente:

Madre: Marta Sandoval 45 años.

Hermanas: Albornoz Mercedes Viviana 21 Años.

Galdames Vanesa de Los Ángeles 14 años.

Entrevista con la Madre:

La Sra. es oriunda de la Pcia. de Santiago del Estero y hace 15 años se encuentra radicada en la ciudad de Mar del Plata, la misma percibe el Plan Jefes y Jefas de Hogar y elabora comidas típicas del norte para luego vender lo producido en una feria que se realiza los días sábados en la plaza de Barrio Belgrano. Otra de sus tareas es empleada de limpieza desempeñando la misma los días lunes y jueves a la mañana en una panadería. Con respecto al sostenimiento del hogar también colabora su hija Viviana quien trabaja en el mantenimiento y limpieza del vestuario de una pileta de natación.

Según relato materno Rebeca hace un tiempo se había comenzado a juntar con un chico de 17 años caracterizado por la misma como "mala junta", para impedir que se siguiese viendo con el mismo comenzó a mandarla a natación de 17:30 a 18:15 y luego espera que su hermana salga de trabajar en lo de una tía llamada Rafaela (mujer actual del hermano de la madre), con lo cual regresa a la casa alrededor de las 23:30 hs.

La Sra. cuenta que Rebeca es muy agresiva y que le cuesta mantener diálogos con la misma. Comenta que hace unos días encontró una carta que la niña le había hecho



a el vecino de 17 años donde le decía que en la casa las cosas no estaban bien porque el papá se había peleado con la madrastra (relato irreal, el padre falleció en el año 1997).

La internación surge cuando Rebeca comienza a alucinar ciertos acontecimientos y sufrir desmayos. Al momento de la internación desconoce a su madre y la llama Sra., la madre se muestra angustiada porque no comprende si su hija está fingiendo.

Desde el Servicio Social se reflexiona que con estos nuevos horarios Rebeca no ve prácticamente a su madre, se revé la posibilidad de que concurra a natación solo dos veces por semana y no cinco como lo venia haciendo. Se remarca que como adulto es la madre quien tiene que poner las reglas y marcar la dinámica del hogar.

Entrevista con Rebeca:

La niña dice haber perdido la memoria, recuerda que sólo vive con sus dos hermanas a quienes describe con sus nombres y edades correctas. Cuando se le pregunta por la mamá dice que no tiene.

Entrevista con las Hermanas:

Expresan que últimamente Rebeca se comportaba de manera extraña, se negaba a comer y gritaba mucho, pasaba mucho tiempo encerrada en su habitación. Comentan que este trastorno de la alimentación surgió aproximadamente hace dos semanas, cuando conoció al vecino de 17 años.

Entrevista telefónica con Rafaela (tía de Rebeca):

Comunicación telefónica con la intención de acordar una posterior entrevista con el objetivo de reconstruir la vida cotidiana de Rebeca. La misma expresa no conocer a la niña ya que solo había comenzado a ir a su casa las últimas dos semanas mientras esperaba que la hermana saliera de trabajar, agrega no poseer información para transmitirnos.

Trabajadora Social de la Escuela N° 9 (a la que concurre Rebeca):

Nos informa que Rebeca dice no acordarse de cosas de la escuela, ni de su maestra, tampoco la reconoce a ella siendo que charlaban casi todos los días.



En el Informe Psicológico se deja constancia que se está en búsqueda de una psiquiatra infantil, ya que el Hospital carece de la misma. Durante la internación la niña siguió padeciendo crisis de nervios, los doctores consideran que es un cuadro psiquiátrico. El día 3/9 el Hospital contrata una Psiquiatra infantil Dra. Ana Maria Martorella quien comienza a intervenir en el caso y decide medicar a la niña debido a las crisis nerviosas y las alucinaciones. En una entrevista de la Psiquiatra con la hermana mayor de Rebeca surge que la misma había sufrido abuso sexual por parte del padrastro (padre de Rebeca).

La Psiquiatra sospecha que el brote de Rebeca se deba a un posible abuso hacia la niña.

Al pasar unos días con la medicación correspondiente, Rebeca comenzó a reconocer a sus familiares y allegados.

En una reunión de equipo interdisciplinario con médica, psicóloga, neuróloga, psiquiatra y trabajadora social se trata el caso de manera integral, cada uno aportando su especificidad. La psiquiatra sospecha un probable abuso sexual, por parte de un cuñado del tío quien tiene acceso a la casa donde Rebeca aguardaba a su hermana. Lo cual pudo desenlazar este cuadro de estrés post traumático. La Psiquiatra esperará que Rebeca se estabilice y trabajará el caso desde la psicoterapia

El caso continuará siendo abordado por la Psiquiatra, la madre se compromete a acercarse al servicio para comunicar la evolución de la menor.

Realiza dos nuevos acercamientos al servicio, en el primero comenta que la niña se ha estabilizado completamente gracias al tratamiento y la medicación y ya ha retomado su vida cotidiana. En una segunda ocasión se acerca al servicio a traer rosquitas en agradecimiento por la intervención, allí se da un cierre al caso desde el Servicio Social.

Paciente: Leila Cuencas

FN: 10/1/95

FI: 17/10/04

Diagnóstico: Intoxicación Medicamentosa



Grupo Familiar:

Madre: Nilda Jiménez

Padre: Raúl Cuencas

Hermanos: Verónica 20 años actualmente viviendo en Bs. As.

Mara de 16 años

Dos Varones uno de 13 y otro de 12 años

Belén Cuencas de 5 años

Un niño de 1 año y 1/2

Sobrinos: Sabrina 16 años Actualmente viviendo en Bs. As

Un sobrino de Córdoba de 20 años, que vino a vivir con ellos.

Servicio Social:

Entrevista con la madre:

La madre comenta que todo sucedió la tarde del día de la madre, cuando comenzó a notar conductas extrañas por parte de Leila, torpeza para comer, risas, caídas, etc. Cuando la madre la interroga para ver si había ingerido algo la misma le confiesa haber tomado de sus pastillas para los nervios, con lo cual la trajeron de inmediato al Hospital. La señora Nilda pudo darse cuenta que solo faltaban dos pastillas y que otras dos estaban rotas en la basura. Al tratar de recomponer la vida cotidiana de Leila, la madre comenta que a los siete años la niña recibió tratamiento psicológico dado que un kiosquero la había manoseado, este tratamiento fue suspendido por decisión de ambos padres ya que sentían que la niña no progresaba, entonces decidieron protegerla más ellos mismos para que la niña recupere la seguridad.

La Señora piensa que su hija se quiso auto castigar ya que la había retado previamente a su ingesta de pastillas. Comenta que Leila se encuentra muy perturbada ya que dos de sus hermanas se fueron a vivir a Buenos Aires, a trabajar y estudiar, la niña dice extrañarlas mucho.

Consideran lo sucedido como un llamado de atención de la niña y solicitan asesoramiento, reconocen tratar a Leila como si fuese muy pequeña y que están muy encima de todos sus hijos, compartiendo juegos y largas charlas. La madre comienza a replantearse si la dificultad no estará en que no la está dejando crecer. La niña concurre a cuarto grado de la Escuela N° 1, la madre comenta que no le va muy bien porque es



media vaga para estudiar, ha tenido algunos llamados de atención por ser muy charlatana.

Se acuerda con ambos padres retomar el tratamiento psicológico en la salita barrial.

Entrevista con el padre de Leila:

El señor Raúl, considera lo sucedido como una travesura y se muestra muy desconforme con el accionar del juzgado ya que dice que fueron muy prepotentes, allí les llamaron la atención por el abandono del tratamiento psicológico fijado en la causa anterior que poseían por el abuso sufrido por Leila. Se trato de trabajar con el señor que si bien no sucedió nada grave, tampoco fue una simple travesura, es un llamado de atención al cual deben estar alertas.

Con respecto al sector de Moderados “C” es necesario destacar que por una cuestión de organización de las tareas a desarrollar, en conjunto con el supervisor, la alumna trabajó solo en 2 (dos) salas de internación con 4 (cuatro) camas cada una. En algunas ocasiones se trabajó con casos de la sala de traumatología y de los aislamientos.

Se relevó un total de 166 casos. De los mismos se intervino en 86 casos. Siendo 18 detectados por ínter consulta médica, 64 por el servicio social y 4 en conjunto por éstos.

Los motivos de ínter consulta fueron los siguientes:

- Solicitud de estudios.
- Traslados por altas médicas.
- Problemas sociales.
- Obtención de insumos específicos.
- Acompañamiento familiar para patologías específicas (HIV)
- Ubicación de pacientes.
- Traslados por derivaciones a otros hospitales.
- Conflictos familiares durante el período de internación.
- Situaciones familiares complejas.
- Imposibilidad de alta médica por problemas sociales.



Los motivos detectados por el servicio social fueron los siguientes:

- Situaciones familiares complejas.
- Traumatismos Encéfalo Craneales (TEC)
- Golpes.
- Solicitud de pañales, insumos y medicación.
- Solicitud de viáticos.
- Problemas alimenticios.
- Acompañamiento familiar en el período de internación de los niños.
- Reiteradas internaciones.
- Falta de hábitos de higiene y limpieza.
- Solicitud de servicios como Kumelén y Damas Rosadas.
- Solicitud de comunicaciones telefónicas.

Casos seleccionados:

Sector de internación en pediatría Moderados "C"

Evaluación-orientación.

Fecha: 13.09.04

Paciente: ARCIDIACONO MARTIN

Edad: 3 años

Diagnóstico: fractura de tibia y peroné provocada por un accidente doméstico.

Barrio: Capital Federal

SubCentro de Salud: residentes en Capital Federal

Obra Social: SI

Nº de internación: 1º

Grupo Familiar:

El paciente se encuentra en el HIEMI al cuidado de su madre quien relata el accidente.

La abuela paterna estaba por ingresar el auto al garaje, y Martín se encontraba debajo del auto en búsqueda de un juguete. La abuela no lo vio, e ingresó al garaje, pasando las ruedas del auto sobre la pierna derecha de Martín provocándole las fracturas.



El grupo familiar está compuesto por la madre y el padre quienes no conviven. La pareja de la madre y una hermana.

Los chicos se encontraban con el padre en Mar del Plata quienes vinieron a visitar a los abuelos paternos.

El paciente ingresa al HIEMI con su padre.

Enterada del accidente la madre viaja a Mar del Plata, quien solicita que le den traslado a Capital Federal, el equipo médico no da lugar al pedido de la madre.

La madre trabaja en un Club en Capital Federal, en este horario los hijos quedan al cuidado de una niñera.

Al paciente se lo observa inquieto y nervioso. Además de tener discusiones con su madre, tratándola de mentirosa. La madre lo reta verbal y físicamente (chirlos en las piernas)

Se orienta a la madre y al grupo familiar acerca de los cuidados que deben tener los padres con respecto a la salud de sus hijos y su responsabilidad al respecto.

Se aconseja a la madre sobre su estadía en el HIEMI, que siempre es mejor que el traslado se realice cuando los médicos lo dispongan, para la preservación de la salud de Martín.

Evaluación-orientación-derivación:

Nombre y Apellido: LUNA BELEN

Edad: 11 meses

Motivo de internación: Absceso en pierna derecha.

Subcentro de Salud: Ameghino.

Grupo familiar: está compuesto por la madre quien es ama de casa; el padre que es artesano y realiza changas de manera esporádica. Tiene 4 hijos más, de 12; 10; 8 y 2 años de edad, asistiendo a la escuela los tres primeros.

Desarrollo: durante la primer entrevista que se le realiza a la madre por la internación se dialoga con ella y se detecta una importante carencia de recursos materiales.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Se establece comunicación telefónica con el subcentro de salud correspondiente por ésta situación, es acordado con la trabajadora social que ésta paciente será derivada hacia allí.

Se dialoga con la mamá acerca de las condiciones de vida y su importancia en la salud de sus hijos. Se le informa que desde el servicio social de la sala de su barrio la visitarán para seguir su caso.

Evaluación-tratamiento-seguimiento-cierre

Nombre y Apellido: Brenda Galarza.

Edad: 3 meses

Motivo de internación: Bronquiolitis.

Barrio: Las Américas.

Subcentro de salud: Las Américas.

Grupo familiar: el grupo familiar está compuesto por el padre, un hermano de 2 años, los abuelos paternos y dos tíos de 12 y 16 años.

Desarrollo: Cuando se llega a la sala de internación se entrevista al papá de Brenda a fin de conocer su situación familiar-social. El papá relata que convive con sus dos hijos y su familia de origen. Este manifiesta que sólo cuenta con su familia para el cuidado de los niños.

Al padre de Brenda se lo observa desorientado, asustado por la situación de internación de su hija. Sin embargo, durante el período de internación, se ocupa de los cuidados necesarios de su hija. Se lo observa cariñoso y con un vínculo consolidado con su hija.

A través de las entrevistas, el padre relata que la mamá de Brenda, abandona a sus hijos para irse a trabajar a Buenos Aires.

Ante esta situación se intuye una situación de abandono de la menor por parte de la mamá. Se presta atención especial a ésta situación debido a los pocos meses de vida de Brenda.

Se planifican estrategias para conocer más sobre la realidad de la mamá, la primera que se realiza es citar a la mamá a una entrevista en el Servicio Social.



La madre, al día siguiente se presenta al Servicio Social. Se la entrevista y refiere que había surgido una posibilidad de trabajo en Buenos Aires y es por ello que se ausentó de la ciudad. En la misma se trabaja con la mamá acerca de su responsabilidad como mamá y de su importancia en la salud de Brenda.

Se le aconseja a la mamá que durante el tiempo de internación y luego de éste tendrá que asumir y definir nuevamente su rol de madre.

En los días subsiguientes, se observa a la madre en la sala de internación, turnándose con el padre para el cuidado de su hija.

Se trabaja con ambos padres por separado acerca de su relación de pareja, éstos refieren que ya no son pareja. Se trabaja sobre ésta situación y cómo influye en la vida de los hijos.

Ambos padres se comprometen a hacer todo lo posible por diferenciar sus conflictos personales y las responsabilidades que ambos tienen como padres.

Los días siguientes de internación se acompaña a la familia y al obtener el alta médica de Brenda se les informa que ante cualquier situación para la cuál requieran ayuda pueden recurrir al servicio social del HIEMI o acercarse al servicio social de la sala del barrio.

Evaluación-derivación-tratamiento-seguimiento-cierre

Observación de entrevista.

Nombre y Apellido: Repoll Manuela.

Edad: 11 años.

Motivo de internación: fractura de codo.

A través de un llamado telefónico desde el sector de internación Moderados C se da aviso al Servicio Social de una discusión en la sala de los padres de una niña internada en la habitación 135.

Se llega hasta la sala de internación encontrándose la paciente sin la presencia de sus padres.

Llegando al final del pasillo nos encontramos con la madre de la paciente, llamada Oriana, llorando y en una situación de angustia. Al encontrarse con nosotros comienza a relatar la situación vivida recientemente. Manifiesta que se separó de su esposo



recientemente, debido a los malos tratos recibidos ella y sus hijos por él, manifiesta incomodidad e imposibilidad de hablar por estar su marido a unos metros observándola.

En este momento se acerca el padre de su hija, se presenta como tal, y da su versión de los hechos. Se observa una actitud agresiva, tanto en sus manifestaciones gestuales como verbales. Se propone charlar de la situación de manera privada por lo cuál nos trasladamos a una sala desocupada.

La madre continua llorando, manifestando claramente su angustia por la situación vivida.

Una vez acomodados en el nuevo espacio, Roberto informa y ubica a los padres en situación, manifiesta que donde estamos es un hospital público y que por lo tanto hay que manejarse en tal situación. También expresa que lo importante es poder lograr que la paciente (Manuela), quién va a ser intervenida quirúrgicamente, pueda estar y sentirse de la mejor manera posible.

Ante la propuesta de Roberto, los padres comentan lo sucedido.

Comienza la madre manifestando que “no aguanta más” que ella no puede soportar que el padre de su hija “la basuree y le diga barbaridades en la sala delante de todo el mundo”, que no puede ser, que ella lo único que quiere es que su hija se encuentre bien. Expresa que su marido es agresivo, que ella se fue de su casa que ella misma hizo porque no soportaba la situación de violencia que allí vivían. Se fue sin nada, dejándole todo al esposo.

Roberto pregunta cuánto tiempo hace que ellos están separados, ambos manifiestan tres meses.

Al finalizar el relato de la madre, Roberto dirige la mirada hacia el padre, el cuál mantiene su mirada hasta que da comienzo a hablar.

El padre manifiesta que la culpa es de la madre, que ella no pagó la obra social, con el dinero que él le había dado, y que cuándo su hija se accidentó él no sabía que hacer, y cuándo habló con la madre ella le manifestó que no había realizado el pago y que ante esta situación él se sintió un forro. Que no es buena madre, ni responsable, que deja a sus hijos solos. Expresa que ella hace un año está con otro hombre, con quién lleva a comer a sus hijos, manifestando que de esa manera le falta el respeto a él. Que lo único que le dan ganas es de matarla, y que ante esa situación es lo único que siente.

La madre le expresa que es agresivo, que con una persona como él no se puede dialogar y menos en esos términos. El manifiesta que es agresivo con sus hijos pero



deposita la responsabilidad en que ella es mala madre. Que él es agresivo pero que los hijos eligen estar con él.

Roberto plantea que se tranquilicen, que el conflicto que existe entre ellos lo tienen que trabajar y que lo importante ahora es que su hija se encuentre bien y pueda estar tranquila dada la situación pre-quirúrgica, que en este momento es lo importante.

La discusión de los padres de la paciente sigue centrada en echarse culpas mutuamente, relatando diferentes situaciones vividas. El padre mantiene su actitud agresiva durante toda la entrevista, expresando con actitud despectiva que lo único que sabe hacer la madre es llorar, que él ya está acostumbrado a estas situaciones, que siempre fue así. Ella expresa nuevamente que él es agresivo, que ella pidió la expulsión del hogar del padre de sus hijos por los malos tratos. Que el caso está en manos del tribunal de familia.

Roberto remarca que los conflictos que existen entre ellos en algún momento lo van a tener que dialogar, que estamos a disposición de ellos para cuando quieran hacerlo, pero que en este momento tienen que ubicarse en la situación dado a que la sala es compartida con otros pacientes con situaciones particulares y sobre todo por el bienestar de Manuela.

El padre manifiesta que él se va con su hija, se levanta y se va.

En este momento la madre manifiesta con su cuerpo una actitud relajada. Roberto y yo tenemos la misma actitud.

A solas con la madre la situación es más tranquila, ella explica que con el dinero pasado por el padre de sus hijos ella en vez de abonar la obra social, lo destinó para la abogada que sigue su caso, para dar curso al divorcio pedido. Que está intranquila por sus hijos, preocupada por Tobías, su otro hijo. Manifiesta que se ocupa de ellos y que si quedan solos es porque el padre no quiere que nadie de su familia los cuide. Expresa que él tiene facilidad para hacerle creer a todos que lo que dice es verdad, que tiene una patología.

En esta situación Roberto la vuelve a tranquilizar y rescata nuevamente la importancia de la tranquilidad de Manuela y de su responsabilidad como papás.

A la madre que es una excusa lo de la obra social, que es machista, agresivo.

Que lo volvemos a charlar. Lo importante es mostrarse entera por y para Manuela.



Entra el padre y le avisa a la madre que llevan a Manuela al quirófano. La madre sale y el padre refiere que "no puede ser, que ella le falta el respeto, que se va por ahí con un macho". Roberto le plantea que cuando quiera hablarlo se acerque.

Se entrevista nuevamente al padre, se le sugiere que tenga una actitud más tranquila con respecto a sus hijos y la madre de ellos, que esto también beneficiará a la salud de Manuela. El padre acepta la propuesta del Servicio Social pero deja en claro que pasado el tiempo de internación no dejará las cosas como están.

Evaluación-orientación-tratamiento-seguimiento-cierre

Nombre y Apellido: Lezcano Maicon Junior.

Edad: 3 meses.

Motivo de internación: BQL Hab. 133. 2ª internación.

Grupo familiar: Padre () .Madre: Natalia Estrada (19). 2 hermanas (3 y 2).

Abuelos paternos. Abuelo materno.

Desarrollo: durante el primer contacto establecido con la mamá, ésta pregunta acerca de la documentación de su hijo, dado que no tiene la partida de nacimiento. Cuenta con el certificado de parto del hijo menor, el cuál fue enmendado por ella misma, al estar equivocado uno de sus nombres.

A partir de ésta situación, la mamá manifiesta el robo de toda la documentación de sus hijos.

Los niños y su madre se encuentran alojados en el Hogar Gayone por disposición del Tribunal de Menores Nro. 1.

La madre manifiesta que se encuentran allí porque hace 15 días salió de la Comisaría de la Mujer, en la cuál estuvo durante dos años por una causa de robo. Durante este tiempo los hijos estuvieron al cuidado de los abuelos paternos.

La madre relata que desde los 14 años delinque, que es cuando conoció a su pareja actual y padre de sus 3 hijos. Que cuando era menor estaba constantemente



entrando y saliendo de las comisarías "... cuando era menor entraba, estaba un par de días en la comisaría y salía...". La misma no puede dar cuenta del número de veces que tuvo algún ingreso en las comisarías.

Manifiesta que en el Hogar en el que vive no le dan autorización de salir hasta que no cuente con la documentación de sus hijos. Expresa que su DNI está en trámite y que varias veces la policía "la llevó" por no contar con los mismos. Ante esto se le informa que no puede ella ni sus hijos estar sin la documentación correspondiente.

Ella posee partida de nacimiento, la cuál está en la casa del padre, pero no quiere que él se entere sobre la situación de internación porque le ocasionará problemas con el mismo. Ante la pregunta del motivo de este posible problema relata que el padre siempre le cuestionó su pareja y que ella roba porque él lo hace.

En dos oportunidades solicita que no se cuente nada de su situación, que no se le dé aviso al Tribunal. Ante este temor se le explica a cerca del secreto profesional y de la confiabilidad de la entrevista.

Observaciones.

- Se la ve dispuesta durante toda la situación de entrevista.
- Es una madre que hace años que delinque y con una situación procesal compleja.
- En ningún momento manifiesta preocupación por la salud de Maicon. Se lo ve desprolijo en su aspecto.
- Si bien manifiesta que terminó la escolaridad, las explicaciones a realizar deben ser en términos sencillos y claros.

Acciones a desarrollar.

- Establecer comunicación con el Hogar Gayone a fin de coordinar acciones de manera conjunta.
- Conocer la realidad de la madre y su situación procesal.
- Conocer la situación judicial de los hijos.
- Informar a la madre acerca de la documentación que le falta.



Se entrevista nuevamente a la mamá con el objetivo de conocer más sobre su situación y la de sus hijos, se comienza dialogando acerca de la salud de Maicon y su evolución de lo cuál no refiere datos importantes. Luego se le pregunta acerca de sus temores manifestados sobre el Tribunal, ante esta pregunta se muestra resistente y manifiesta que de darle aviso la estudiante se debe retirar. Ante esta reacción se le aclara que en ningún momento se le dará aviso, que no hay motivo para que este intervenga y lo trabajado durante las entrevistas es confidencial.

A partir de aquí la madre refiere que su madre se llevó a los niños del Gayone, trasladándose a Tandil, y que en cuánto finalice el período de internación de Maicon, tramitará los DNI y se irá para allí.

Se establece comunicación telefónica con Pablo (Director del Gayone) a fin de coordinar acciones y conocer la situación de Natalia. Relata que su situación es difícil, que es una mamá conflictiva, que tiene problemas de conducta, lo que le genera inconvenientes con las otras chicas del Hogar. No cuenta con referentes idóneos para posibilitar su egreso. Los padres son quienes apañan a su pareja, quien la maltrata.

Los miedos de Natalia en cuánto al Tribunal, se deben a la posibilidad de que éste decida la adopción de sus hijos, por lo que le sucedió a una conocida. Desde el Hogar se está trabajando a partir de sus intereses. El ingreso al Hogar se da a través de un Oficio. Natalia tiene causa en el Tribunal por tentativa de robo.

Se dialoga con la mamá nuevamente sobre la documentación de sus hijos, aprovechando esto para afianzar el vínculo. La mamá se muestra dispuesta a cooperar ya que le interesa obtener la documentación correspondiente. Se le informa que debe ir al Sector de Partos del HIEMI y solicitar allí un nuevo certificado.

La madre pide colaboración para realizar este trámite.

Se gestiona la posibilidad de conseguir la documentación sin obtener una respuesta satisfactoria, ya que para ello se debe contar con la denuncia policial de extravío de documento. Se le informa a la mamá, se enoja y comienza a gritar diciendo "... todos los asistentes sociales son iguales..." "... andate de acá..." "... dijiste que ibas a conseguir los



papeles y no los conseguiste...". Expresa que no le interesa ningún tipo de relación con el Servicio Social. Ante esta reacción se le pide que no grite, que se tranquilice, que se le ayudó en todo lo que estaba al alcance. Al demostrarse desinteresada se le informa que no se intervendrá nuevamente.

Se convoca al Director del Gayone telefónicamente a una reunión con el Servicio Social. En esta reunión están presentes, Lic. Patricia Guacci y Lic. Fernando Lazo quienes intervinieron en el caso, Lic. Roberto Ortiz y la estudiante Cecilia Barla.

Se informa sobre:

- la situación judicial de la mamá,
- su conducta en el Hospital (relación con la vigilancia, golpe a una mamá, no presta atención a su hijo, no realiza las indicaciones médicas)
- el vínculo con su hijo,
- su red social existente.

Desde el Hogar se informa que es el Tribunal quien toma la decisión que desde allí se le sugerirá la posibilidad de destinarla a un Hogar Materno. Aunque puede pasar un largo tiempo en el Gayone.

Observaciones.

- No tiene un vínculo importante establecido con Maicon, por lo tanto no se ocupa de manera satisfactoria de su cuidado.
- En ningún momento refiere preocupación sobre sus hijas ni interés en visitarlas.
- Su conducta en el Hospital no favorece el proceso salud-enfermead del hijo como tampoco su integración en la institución.
- Se comprende su relación con el Servicio Social por su situación personal.

Acciones a desarrollar.

- ~ Generar un nuevo vínculo desde el Servicio Social con la mamá, estableciendo nuevas pautas de comunicación con ella.
- ~ Educar a la madre sobre el vínculo madre-hijo, siendo ella un recurso importante para la mejora de la salud de Maicon, previniendo su reingreso al Hospital.



- ~ aconsejar a la madre sobre un cambio de conducta durante y luego del período de internación.
- ~ Informarle que desde el Tribunal puede regularizar la documentación tanto de ella como de sus hijos. Motivarla a que realice dicha gestión.

El caso social es continuado por otro trabajador social.

Finalmente la madre es derivada a un hogar materno infantil en la ciudad de La Plata.

Supervisión: del proceso de aprendizaje.

La experiencia previa:

Los aspectos que contribuyeron a la generación de recursos para el afrontamiento de las competencias esperadas por las estudiantes, fueron adquiridos a lo largo de nuestra formación universitaria, la cual nos permitió utilizar aportes de las diferentes materias de la currícula, siendo más destacadas las siguientes: Las materias metodológicas, especialmente comunidad y caso social individual; psicológicas; sociológicas, fundamentalmente sociología de la familia y por tratarse del ámbito de la Salud medicina preventiva y social. Así mismo las demás materias contribuyeron a la formación de una mirada integral de las realidades abordadas.

Como aspectos externos a la currícula las alumnas contaron con aportes brindados en los siguientes eventos:

- Primer Congreso Nacional de Trabajo Social del Centro de la Provincia de Buenos Aires: "El Trabajo Social y la Cuestión Social". Desarrollado los días 23,24 y 25 de Abril de 2003, por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Curso- Taller "Vivir con método". Focalizado en aplicar el método científico a la resolución de problemas de la vida cotidiana. Programa de desarrollo interactivo "Aprendizaje y Cambio". Docente y coordinadora: Lic. Josefina Pereyra. Del 3 de Mayo del 2003 al 26 de Agosto del 2003.
- Primeras Jornadas Científicas Simultáneas de Comunicación Humana y Comunicación Social. Mar del Plata- Rosario- Tucumán. Organizado por: Consejo



de Supervisión de la red de entidades difusoras de la Comunicación Humana. Los días 10 y 11 de Mayo de 2003, en carácter de asistente. Directora del Consejo Lic. Karina Mirich.

- III Jornadas sobre Derechos Humanos "Organizando la Esperanza". Realizadas en la ciudad de Mar del Plata, los días 2 y 3 de Junio del 2003.
- Curso de "Introducción a la problemática del Abuso Sexual Infantil". Desarrollados por la ONG "Asistencia al Niño Abusado" (ANA), en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2003. Presidenta Lic. Alicia Echarri.
- I Jornada sobre "Abuso Sexual Infantil" "...lo real, lo ideal y lo posible...". Desarrollada el 3 de Octubre de 2003, con el aval de la Federación Universitaria Argentina y la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNMdP.
- Primer Ciclo de Charlas sobre "Abuso sexual Infantil" Mar del Plata- Noviembre de 2003. Organizado por la ONG "Asistencia al niño Abusado" (ANA).
- Congreso Nacional de Trabajo Social "de Araxá a Mar del Plata" 35 años de Trabajo Social Latinoamericano. Organizado por la agrupación estudiantil ADECS.

La inserción institucional:

El proceso: Teniendo en cuenta las etapas de Reynolds desarrolladas en las páginas 77- 78. Las alumnas consideramos no haber podido cumplir con dicho proceso en sus últimas dos etapas, ya que no poseíamos total independencia del supervisor, sino que actuábamos como sus acompañantes en el proceso de intervención, teniendo un rol de observadoras participantes.

En las primeras etapas del proceso, pudimos sentirnos acompañadas por los supervisores de manera adecuada, lo cuál nos permitió ir venciendo nuestros miedos e inseguridades, y adquirir de manera progresiva los conocimientos y las habilidades necesarias para un buen desempeño en la tarea a realizar. De manera gradual fuimos descubriendo y perfilando nuestro hacer dentro de la institución. Esto nos permitió hacer opciones concretas en cuánto nuestro futuro ser profesional.

La experiencia en sede: Con respecto a las supervisiones brindadas por los profesionales de la institución sede, las mismas fueron bastante dificultosas en cuanto



a un respeto de su encuadre, por lo general se realizaban ante cuestiones puntuales sin poder enmarcarlas en un día y hora en particular. Las mismas contribuían a aclarar dudas o reflexionar conjuntamente el abordaje de ciertos casos, sólo en pocas oportunidades se nos evaluaba en cuanto a nuestro hacer pre-profesional, lo cuál generaba en nosotras ciertas incertidumbres en cuanto a la realización de nuestro accionar.

Sin embargo, es necesario destacar que mensualmente, todas las alumnas y los supervisores, realizábamos una supervisión grupal, la cuál se establecía el mes anterior. En ellas pudimos enriquecernos del aporte de las diferentes miradas de todos los profesionales, además de compartir con nuestras compañeras las experiencias vividas en la práctica.

La experiencia en cátedra: La experiencia de las supervisiones en cátedra fue enriquecedora, ya que al ser las mismas de modalidad grupal, pudimos acceder a un mayor intercambio de experiencias y aportaciones. Además se pudo vivenciar un gran apoyo emocional al sentirnos identificadas y comprendidas por compañeras que atravesaban situaciones similares. Este espacio permitió aclarar las dudas que no se podían trabajar en la institución sede, se trabajaron nuestras angustias, temores y ansiedades.

Tercera Parte: Análisis de datos:

Del modelo institucional:

Consideramos que la circulación del poder por la estructura y organización de la institución es verticalista, respondiendo a una organización de tipo burocrática, donde la autoridad se ejerce en forma vertical, dependiendo todos los servicios de la dirección administrativa de la institución.

Adherimos a la definición de Max Weber, el cual establece que un sistema burocrático es: "... una estructura formal, racionalmente organizada, con normas definidas de actividades y en la cual cada acción esta funcionalmente relacionada con los fines de la organización"

El modelo burocrático es el primer modelo de control social basado en todo lo escrito (el poder de los papeles). Este modelo tiene como objetivo: la eficiencia y racionalidad dentro de la estructura jurídica.



La autoridad central son las leyes, las reglamentaciones, los decretos, las ordenanzas, normas, etc. Estas dirigen la autoridad menor que es la estructura, las funciones y los diferentes niveles de autoridad (aquí se ubica al hombre).

Las relaciones que se observan dentro del servicio social se encuentran enmarcadas e influenciadas por este tipo de organización. La cual establece las pautas de interacción y los requerimientos básicos para cada intervención.

Así mismo los integrantes del servicio social implementan estrategias para un trabajo especializado y representativo para los pacientes.

De la concepción de servicio social:

Los objetivos y funciones del servicio social planteados en páginas anteriores, podemos decir que en la generalidad de los casos son cumplidos en su totalidad, contando con los recursos físicos y humanos necesarios para dichos fines.

Consideramos que en lo que respecta al trabajo interdisciplinario es un desafío que la institución y los equipos existentes en ella deben afrontar con compromiso y responsabilidad. Dado que lo observado durante la práctica no se corresponde con lo planteado en la teoría, ya que cada una de las disciplinas trabaja desde su especificidad sin lograr un trabajo ~~trans~~transdisciplinario, lo cuál dificulta un abordaje integral de la persona y su situación social.

De la orientación metodológica del servicio:

En cuanto al servicio social podemos mencionar que no cuenta con una orientación metodológica común a todos los profesionales, sino que cada uno de ellos interviene de acuerdo a su opción profesional.

En los sectores de moderados, la metodología utilizada por los supervisores si bien no está explicitada, en el accionar podemos apreciar que la misma se basa en un análisis de la situación, diagnóstico, plan de acción y cierre. Teniendo en cuenta al sujeto como persona integral y capaz de resolver su situación problemática.

La sistematización y el registro de las intervenciones cada uno de los profesionales adopta una modalidad particular, el servicio social no cuenta con un archivo común de los casos abordados por el mismo, consideramos esto una deficiencia a mejorar.



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

Este ítem se encuentra desarrollado en la consigna de Supervisión: del proceso de aprendizaje.

Conclusiones:

Con respecto a la convergencia disciplinar y la inserción de la profesión en el HIEMI podemos reiterar que el servicio social trabaja de manera articulada con los demás sectores pero no se logra un trabajo ~~trans~~transdisciplinario. Si bien se respeta el aporte de cada disciplina, siendo reconocido el servicio social como un importante actor dentro de la dinámica institucional. Contando el mismo con libertad de accionar en cuanto a la creación de proyectos, pudiendo llevarlos a cabo de manera eficaz.

Consideramos que la disciplina ha logrado ocupar un lugar respetado por los otros profesionales de la salud no siendo considerada ésta como subsidiaria o inferior a las demás. Lo cuál denota un trabajo de la profesión a lo largo del tiempo que ha logrado cambios en cuánto al paradigma médico hegemónico.

Dada la realidad socio-económica que atraviesa nuestro país la mayor parte de los pacientes que concurren al HIEMI se encuentran fuertemente afectados por su propia realidad social. Siendo éste aspecto un factor determinante en el proceso salud-enfermedad. No se considera a la salud como la ausencia de un malestar físico sino como un todo integral. Lo cuál produce que los trabajadores sociales tengan un espacio fundamental en las intervenciones a realizar.

Creemos que la experiencia de la Supervisión Institucional es una gran herramienta en la formación profesional. Esta nos brindó la posibilidad de acceder y conocer el accionar del trabajador social en un campo específico, además de poder llevar a la práctica el bagaje conceptual adquirido a lo largo de nuestra carrera.

Reconocemos a la supervisión como un espacio de formación que nos brindó la oportunidad de continuar perfilando nuestro futuro ser profesional.

A lo largo del trabajo se fueron planteando diversas propuestas que consideramos como un aporte desde nuestra propia experiencia y esperamos que enriquezca el funcionamiento del servicio social del HIEMI.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

ANEXO

Tema:

Implementación de la metodología de caso social individual-familiar en el campo de ladurante la práctica institucional supervisada:

Sistematización de una experiencia con que concurren aciudad de Mar del Plata

Indice

Introducción: *Explicita la estructura del trabajo*

Fundamentación:

- los intereses que definen su acercamiento tanto a la problemática o necesidad social que lo convoca, como a la particularidad que expresa en el campo elegido.*
- las motivaciones (razones por y o para que) que pueden dar cuenta, justificar su necesidad de captar la singularidad (caso social) en la institución elegida.*

PRIMERA PARTE: Marco teórico referencial

- I- **El Servicio social: Origen, evolución, diferentes perspectivas, configuración del perfil profesional**
Caso social individual familiar desde la orientación psicosocial
(conceptos clave- proceso metodológico - rol prevalente y contexto de intervención -)
La dimensión familiar *(evolución histórica, concepto, tipos, estructura, función relación, ciclo de vida familiar-eventos críticos y naturales-*
Las redes.
- II- **La institución (concepto- diferentes enfoques)**
Cultura organizacional. Estructura y dinámica. Poder y autoridad
- III- **El problema**
El Campo de la (salud, ó educación, ó justicia, ó acción social)
evolución histórica del concepto, diferentes perspectivas
Definición (desde la perspectiva histórico-social)
Problemáticas relevantes
Abordaje de la.....problemática elegida aspectos estructurales y contextuales: persona- ambiente – políticas públicas – legislación
Trabajo en equipo: intra-multi-inter-transdisciplinario.
El Servicio Social en el campo y problemática elegida *(Estado actual de su alcance y ubicación en EEUU-Europa-Latinoamérica-Argentina: incumbencias, objetivos, funciones, actividades) Exploración bibliográfica: tesis, publicaciones, internet)*
- IV **Supervisión en Servicio Social** *concepto, funciones, técnicas, condiciones del supervisor, proceso*
- V **Las prácticas preprofesionales supervisadas** *(Estado actual de las prácticas supervisadas en las escuelas de Servicio Social dependientes de las universidades nacionales argentinas)*

SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE CAMPO

ASPECTOS METODOLÓGICOS a elaborar en un teórico práctico; son comunes a todos los tipos, instituciones y problemáticas seleccionadas.

ENCUADRE INSTITUCIONAL: de la inserción profesional

1 La concurrencia a organizaciones en el marco de las prácticas preprofesionales de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

- a- **Sistema de práctica preprofesional de la carrera en la UNMdP** breve descripción de;
- origen del plan vigente (OCA o OCS) (proyecto y/o reglamentación en caso que hubiere en anexo)
 - la estructura y organización de la UPI
 - mención de los subproyectos en los cuales participó el grupo y objetivos - estrategias que lo pusieron en contacto con los aspectos que configuran el perfil profesional - según dimensiones marco teórico
- b- **La concurrencia institucional**
- origen
 - a estructura y organización de la concurrencia (bases y PTD en anexo)
 - plan de trabajo del concurrente PTC cronograma de actividades

2 El-la nombre de la institución sede

- a- **Datos de base**
- b- **Origen** historia misión, función y objetivos
- c- **Estructura y Organización matriz institucional** red de servicios y o programas y relación -organigrama - características generales.-
- d- **La Demanda Potencial , real , prevalente**

3 El servicio social del-la ..nombre de la institución sede.....

- a- **Datos de base**
- b- **Origen** historia, objetivos, finalidad de la intervención y características generales del tratamiento social
- c- **Estructura y Organización:**
- planta física y recursos materiales
 - recursos humanos (estructura función y relación) quienes estan, para que y como se vinculan
 - La coordinación (estilo)
 - red de servicios y o programas de la matriz institucional en los que interviene el servicio social.:(objetivos específicos si los hubiere y o sentido que el servicio le atribuye a la intervención y modalidad de inserción),
 - programas propios del servicio y formas de participación de otros profesionales si la hubiera.
- red de servicios y o programas del sistema institucional con los que vincula el servicio social durante la gestión del caso. Forma de sistematización de la información (fichero- base de datos- otros)
- organización para la atención de la demanda que llega al servicio (consignar reuniones de equipo, frecuencia y duración de las mismas)
 - formas de participación en los programas diseñados y ejecutados por la institución para la atención de las demandas
 - formas de participación en los programas diseñados y ejecutados para la evaluación de las respuestas (comités, comisiones, otras)
 - diseño y ejecución de programas propios para la atención de la demanda prevalente
 - la convocatoria a otras disciplinas para el diseño y ejecución de programas propios
- d- **La Demanda** (potencial , real) problemáticas prevalentes,
- conocimiento de la demanda que llega al servicio y tipos de respuesta
 - diseño de instrumentos para (estadística)
 - elaboración de memoria anual

4 El servicio de .. nombre del servicio /programa al que fuera asignado

- a- **Datos de base**
- b- **Objetivos generales del programa y específicos del servicio social**
- d- **Estructura y Organización**
 - *planta física y recursos materiales*
 - *recursos humanos: configuración disciplinar, número de profesionales y dedicación al programa.(horas) de cada disciplina*
 - *actividades del servicio detallando disciplinas que las realizan, participación del asistente social en cada una de ellas, explicitando los motivos que definen que no participe en alguna de ellas(consignar reuniones de equipo, frecuencia y duración de las mismas)*
- d- **La Demanda (potencial , real) problemáticas prevalentes,**

METODOLOGIA DE INTERVENCION: de la práctica profesional específica intencional y científica

1 Metodología referencial:

- a- **Orientación metodológica**
 - *ubicación del enfoque del servicio en relación con los modelos descriptos en el marco teórico*
 - *explicitación del enfoque teórico metodológico*
 - *explicitación de la finalidad, criterios de inclusión (para la recepción y derivación) y procedimientos de intervención*
- b- **Proceso metodológico**
 - *ubicación de las etapas que han sido incluidas en la modalidad de atención del servicio (se tomarán como referencia las siguientes: aspectos de conocimiento- lugar del diagnóstico- plan de acción- seguimiento- cierre de la intervención)*
- c- **Modalidad operativa: Forma de acceso a los casos sociales u origen de la demanda: demanda espontanea, interconsulta, señalamientos, otros -**
Técnicas y procedimientos utilizados por el servicio
 - *observación documental (legajos, expedientes, fichas, historia clínica) -- -*
 - *entrevistas: contacto con informantes calificados, con la persona, con la familia,*
 - *observación*
 - *registro de la intervención (modalidades); otras*

2 Abordaje institucional de.... problemática elegida

- a- **esquema de tratamiento que disciplinas intervienen ,para que (objetivo-finalidad de cada una)y como (proceso de atención: admisión, evaluación, tratamiento, seguimiento)**
- b- **Metodología de intervención del servicio social: Se describe con referencia al problemática seleccionada y señalando los aportes del residente - en caso que los hubiere, - en algún aspecto (,a-b-c de 1).**
- c- **Estudio de casos**
 - *descripción del tipo y cantidad de demanda atendida por el residente: estadística (durante los teórico-prácticos se brindarán elementos para la sistematización y registro diario de la demanda al servicio y o concurrente0 seleccionaran cinco casos en relación con el alcance de la intervención: evaluación-orientación, evaluación-orientación-derivación-, evaluación-tratamiento-seguimiento-cierre, evaluación-derivación-tratamiento-seguimiento,-cierre evaluación-tratamiento-seguimiento-cierre*

SUPERVISION: del proceso de aprendizaje

1- La experiencia previa:

- *aspectos que contribuyeron o no a la generación de recursos para la inserción y el afrontamiento de las competencias iniciales que se esperan tenga incorporadas el concurrente*

2- La inserción institucional

- a- **el proceso se describe con referencia al modelo de Reynolds**
- b- **la experiencia en sede idem III-1 focalizado en competencias terminales**
- c- **la experiencia en cátedra: idem III-1 focalizado en competencias terminales**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
SUPERVISION EN SERVICIO SOCIAL

Mar del Plata, 26 febrero de 2004.-

.....
.....
.....

Nos dirigimos a Uds. en un intento de fortalecer e incrementar la relación universidad pública- sociedad local y regional. con el fin de informales que esta cátedra abre la inscripción a las organizaciones que quieran participar como Institución Sede del Programa "Concurrencia Institucional" en el marco de la propuesta que adjuntamos.

Conscientes del desafío que significa en nuestra Argentina hoy, el compromiso social e institucional con la formación de recursos humanos orientados a la generación de **nuevos y genuinos** puestos de trabajo, y del beneficio recíproco que esto supone, les solicitamos tengan a bien evaluar la posibilidad de hacer efectivo este intercambio.

Si la institución decidiera su participación en el programa, puede comunicarse con ésta cátedra: a través de nuestro correo electrónico y recibirá a la brevedad el Plan de Trabajo Docente y la fecha de la primera reunión de articulación. **E-mail:** **supervision_unmdp@yahoo.com.ar**

Sin más hacemos propicia la ocasión para saludarlos muy cordialmente quedando a vuestra entera disposición.

LIC. BEATRIZ CASTELLANOS
Profesor Titular

LIC. PAULA MESCHINI
Profesor Adjunto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
SUPERVISION EN SERVICIO SOCIAL

BASES PARA LA CONCURRENCIA INSTITUCIONAL

La Cátedra de Supervisión se ubica en el último año de la carrera, Licenciatura en Servicio Social, y orienta sus objetivos a promover un profesional sólido y responsable en diferentes planos:

- En lo científico hacia una formación pluralista que permita al estudiante recuperar y co-construir la especificidad en la práctica cotidiana, desde la comprensión teóricometodológica de la misma y en la integración a campos multidisciplinarios.
- En lo profesional hacia el desarrollo de una actitud crítica respecto de sí mismo, de su rol profesional y de la función del estado en la cuestión social.
- En lo ético-social hacia la capacidad de evaluar y modificar la realidad social en consideración al bienestar común y el respeto simultáneo por la autonomía y el criterio de equidad en la racionalización de los recursos.

Ofrece al estudiante la posibilidad de cursar la asignatura con una modalidad de práctica alternativa: **Concurrencia Institucional**, de carácter **optativo y voluntario**, ya que el estudiante que así lo considere podrá acceder a otra instancia práctica ya prevista por la cátedra sin más trámite que la solicitud.

La **Concurrencia Institucional**, está pensada como una experiencia formativa y laboral pre-profesional en un campo de su interés, con supervisión docente "in situ" a cargo un profesional en servicio y el soporte directo y personalizado a cargo de un Jefe de Trabajos Prácticos en el ámbito académico.

La misma intentará integrar:

- Inserción institucional
- Abordaje de la dimensión individual-familiar
- Aprendizaje vivencial de los contenidos de la asignatura de referencia
- Sistematización de la experiencia para la presentación del Trabajo Final "Tesina"

Se diferencia de las "pasantías" en tanto estas se gestionan a través de la secretaría de extensión, son de carácter rentado y destinadas a estudiantes avanzados que no necesariamente han cursado las asignaturas metodológicas.

El estudiante que opte por la **Concurrencia Institucional**, deberá reunir los siguientes requisitos:

1. Haber cursado y aprobado - en todas las instancias- la totalidad de las asignaturas metodológicas : Introducción. Grupo. Comunidad y Caso Social. Investigación I y II y Administración
2. Tener disponibilidad para realizar una concurrencia de las siguientes características:
 - ***frecuencia**: diaria de lunes a viernes
 - ***carga horaria mínima**: 20 hs semanales
 - ***duración mínima**: un año calendario mayo2004 a mayo2005.
3. Haber asistido a cuatro de los cinco encuentros del **Seminario Introductorio**: noviembre-diciembre-febrero-marzo-abril

4. Haber presentado a la cátedra el día 2 de abril , supervisado y aprobado el **informe previo a la Inserción Institucional:**
 - *fundamentación**
 - *aproximación al estado actual de la situación** respecto del campo, problemáticas prevalentes y políticas del sector
 - *Perspectivas y Enfoque teórico-metodológico :** Campo-Organización- Atención individualizada de Servicio Social en el campo.
5. Haber cumplimentado las formalidades necesarias para obtención del seguro universitario.

La Institución Sede que participe del programa deberá reunir los siguientes requisitos:

- 1 Contar con un profesional de servicio social un mínimo de 20 horas semanales
 - *Que cumpla la función de asistente social.
 - *Que acredite título habilitante de nivel universitario
 - *Que atienda demandas individuales para admisión y/o evaluación y/o tratamiento y/o seguimiento de alguna problemática prevalen en el campo
- 2 Designar a un profesional en la función de supervisor con capacidad para
 - * una identificación positiva con la profesión
 - *acreditar experiencia mínima de un año en el campo y la problemática
 - *orientar procesos de autonomía con apertura metodológica, investigativa e interdisciplinaria.
- 3 Con disponibilidad para facilitar
 - *estudio de caso y el análisis de la realidad situacional del estudiante
 - *orientación y apoyo teórico-técnico y vincular
 - * participar en encuentros de articulación

Se dará continuidad al espacio de intercambio que intentamos generar a partir de la regularización de esta cátedra (llamado concurso y posterior designación en octubre de 2003). El trabajo del año anterior nos permitió arribar a la elaboración conjunta de indicadores de actividad para la evaluación del concurrente y a redefinir la modalidad operativa para el año 2004..

Se preveen seis encuentros: marzo, junio, agosto, octubre, noviembre y diciembre. Se intentará repensar las dimensiones teórico-metodológica y procedimental-operativa en función de generar interrogantes que interpelen la capacidad profesional y docente para afrontar los nuevos problemas que impone la cuestión social.

El equipo cátedra se compromete a

- 1 Brindar soporte teórico-técnico y actitudinal para la comprensión de la realidad
- 2 Gestionar el seguro para la cobertura de los estudiantes que ingresan a la institución
- 3 Designar un supervisor docente especialista en el campo para el seguimiento de los estudiantes en forma individual y en pequeños grupos
 - *que valore la práctica profesional y la experiencia del profesional en servicio
 - *que oriente una mirada de la práctica con integración de contenidos conceptuales procedimentales actitudinales
- 4 Brindar soporte teórico-técnico a los supervisores de la institución sede. El profesional en servicio podrá acceder a los talleres de articulación. En caso que lo considere necesario podrá consultar por demanda espontánea los lunes de 14 a 16hs.
- 5 Gestionar acuerdos formales entre las Instituciones Sede y la universidad

SUPERVISION EN SERVICIO SOCIAL
EVALUACION INSTITUCION SEDE:

SUPERVISOR

Ostea Pamela

ESTUDIANTE

Foruqi

Araké Carolina

Noviembre 2004

Abril 2005

DIMENSIONES E INDICADORES 1 nunca-2 pocas veces-3 algunas veces-4 la mayoría de las veces-5 siempre

I - CAPACIDAD DE ORIENTAR EL TRABAJO HACIA LOS FINES DE LA INSTITUCIÓN

Reconoce las problemáticas susceptibles de ser tratadas elegibilidad-admisión

Contextualiza la intervención según misión institucional y objetivos del servicio

Reconoce el rol prevalente ej. educación: orientación - justicia: control -acción social: promotor -salud: terapéutico

Orienta la derivación oportuna y adecuada de las problemáticas o aspectos no tratables por el servicio o la instituc.

Trabaja adecuadamente la articulación: define toma a cargo su campo y delega los aspectos a cargo de los otros

II - CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DEL CASO SOCIAL INDIVIDUAL-FILIAR

• COMPETENCIA METODOLÓGICA

Focaliza, direccionar la investigación

Analiza conceptualiza y sintetiza diagnóstico

Diseña un plan de acción coherente y viable

Evalúa la intervención

Cierra la intervención

Sistematiza la intervención redacción de informes

CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PROBLEMÁTICA PREVALENTE

Teorías psicosociales

Marcos legales

Aspectos constitutivos y consecuencias para la vida cotidiana

• CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES -MATRIZ-

Identificación y adecuación pertinente

• CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS -SISTEMA-

Manejo adecuado de los que registra el servicio

Detección y evaluación de nuevos recursos

Sistematización de los existentes y nuevos (fichero-base de datos-otros)

III - CONDICIONES PERSONALES: registra signos que evidencian

Compromiso ético (vinculado a la deontología profesional) responsabilidad

Compromiso político (vinculado a la base moral de la disciplina - postulados, principios-)

Actitud crítico-reflexiva: sentir-pensar y actuar intencionalmente, supone superar sentir y actuar impulsivamente

Creatividad e iniciativa: genera espacios-procedimientos-protocolos- proyectos- alternativos, disciplinarios o inter

Dedicación: capacidad para sostener en el tiempo los espacios que genera y / o se integra

Organización de su tiempo y productividad: en función de las actividades a su cargo

Conciencia de riesgo propio exposición -actividades simultaneas - vinculado a los indicadores anteriores

Conciencia de riesgo respecto del asistido vulnerable

Noviembre 2004
Abril 2005

DIMENSIONES E INDICADORES 1 nunca-2 pocas veces-3 algunas veces-4 la mayoria de las veces-5 siempre									
I - CAPACIDAD DE ORIENTAR EL TRABAJO HACIA LOS FINES DE LA INSTITUCION									
Reconoce las problemáticas susceptibles de ser tratadas elegibilidad-admisión					X				
Contextualiza la intervención según misión institucional y objetivos del servicio					X				
Reconoce el rol prevalente ej. educación: orientación - justicia: control - acción social: promotor - salud: terapéutico					X				
Orienta la derivación oportuna y adecuada de las problemáticas o aspectos no tratables por el servicio o la instituc.					X				
Trabaja adecuadamente la articulación: define toma a cargo su campo y delega los aspectos a cargo de los otros					X				
II - CAPACIDAD PARA LA GESTION DEL CASO SOCIAL INDIVIDUAL - FLIAR									
• COMPETENCIA METODOLÓGICA									
Focaliza, direccionar la investigación					X				
Analiza conceptualiza y sintetiza diagnóstico							X		
Diseña un plan de acción coherente y viable							X		
Evalúa la intervención							X		
Cierra la intervención						X			
Sistematiza la intervención redacción de informes					X				
CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PROBLEMÁTICA PREVALENTE									
Teorías psicosociales									
Marcos legales					X				
Aspectos constitutivos y consecuencias para la vida cotidiana					X				
• CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES - MATRIZ-									
Identificación y adecuación pertinente					X				
• CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS -SISTEMA-									
Manejo adecuado de los que registra el servicio					X				
Detección y evaluación de nuevos recursos					X				
Sistematización de los existentes y nuevos (fichero-base de datos-otros)					X				
III - CONDICIONES PERSONALES: registra signos que evidencian									
Compromiso ético (vinculado a la deontología profesional) responsabilidad									
Compromiso político (vinculado a la base moral de la disciplina - postulados, principios-)					X				
Actitud crítico-reflexiva: sentir-pensar y actuar intencionalmente, supone superar sentir y actuar impulsivamente					X				
Creatividad e iniciativa: genera espacios-procedimientos-protocolos- proyectos- alternativos, disciplinarios o inter					X				
Dedicación: capacidad para sostener en el tiempo los espacios que genera y / o se integra					X				
Organización de su tiempo y productividad: en función de las actividades a su cargo					X				
Conciencia de riesgo propio exposición -actividades simultaneas - vinculado a los indicadores anteriores					X				
Conciencia de riesgo respecto del asistido vulnerable					X				

apacidad de autonomía adquisición gradual (independencia – interdependencia)

Comentario abril

LA EXPERIENCIA CON LA ALUMNA MOTIVO SITUACIONES DE APRENDIZAJE NO Y POSITIVAS. DESPUES SUS COMENTARIOS Y VALORES PERSONALES Y PROFESIONALES SE APLICAN NATURALMENTE A LA DINAMICA INSTITUCIONAL, ACENTUANDO SU CONDOMINIO CON LA CONSULTA BIBLIOGRAFICA Y EL CONDOMINIO TELEMANENTE. SE TRATA DE UNA FUERTE PROFESIONAL POR SERIA CON QUIEN SE PUEDE DEBATIR Y RESOLVER SITUACIONES PROBLEMATICAS

DELTA 108-10-04

$\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{3}$
 $\frac{1}{4}$
 $\frac{1}{5}$
 $\frac{1}{6}$
 $\frac{1}{7}$
 $\frac{1}{8}$
 $\frac{1}{9}$
 $\frac{1}{10}$
 $\frac{1}{11}$
 $\frac{1}{12}$
 $\frac{1}{13}$
 $\frac{1}{14}$
 $\frac{1}{15}$
 $\frac{1}{16}$
 $\frac{1}{17}$
 $\frac{1}{18}$
 $\frac{1}{19}$
 $\frac{1}{20}$
 $\frac{1}{21}$
 $\frac{1}{22}$
 $\frac{1}{23}$
 $\frac{1}{24}$
 $\frac{1}{25}$
 $\frac{1}{26}$
 $\frac{1}{27}$
 $\frac{1}{28}$
 $\frac{1}{29}$
 $\frac{1}{30}$
 $\frac{1}{31}$
 $\frac{1}{32}$
 $\frac{1}{33}$
 $\frac{1}{34}$
 $\frac{1}{35}$
 $\frac{1}{36}$
 $\frac{1}{37}$
 $\frac{1}{38}$
 $\frac{1}{39}$
 $\frac{1}{40}$
 $\frac{1}{41}$
 $\frac{1}{42}$
 $\frac{1}{43}$
 $\frac{1}{44}$
 $\frac{1}{45}$
 $\frac{1}{46}$
 $\frac{1}{47}$
 $\frac{1}{48}$
 $\frac{1}{49}$
 $\frac{1}{50}$
 $\frac{1}{51}$
 $\frac{1}{52}$
 $\frac{1}{53}$
 $\frac{1}{54}$
 $\frac{1}{55}$
 $\frac{1}{56}$
 $\frac{1}{57}$
 $\frac{1}{58}$
 $\frac{1}{59}$
 $\frac{1}{60}$
 $\frac{1}{61}$
 $\frac{1}{62}$
 $\frac{1}{63}$
 $\frac{1}{64}$
 $\frac{1}{65}$
 $\frac{1}{66}$
 $\frac{1}{67}$
 $\frac{1}{68}$
 $\frac{1}{69}$
 $\frac{1}{70}$
 $\frac{1}{71}$
 $\frac{1}{72}$
 $\frac{1}{73}$
 $\frac{1}{74}$
 $\frac{1}{75}$
 $\frac{1}{76}$
 $\frac{1}{77}$
 $\frac{1}{78}$
 $\frac{1}{79}$
 $\frac{1}{80}$
 $\frac{1}{81}$
 $\frac{1}{82}$
 $\frac{1}{83}$
 $\frac{1}{84}$
 $\frac{1}{85}$
 $\frac{1}{86}$
 $\frac{1}{87}$
 $\frac{1}{88}$
 $\frac{1}{89}$
 $\frac{1}{90}$
 $\frac{1}{91}$
 $\frac{1}{92}$
 $\frac{1}{93}$
 $\frac{1}{94}$
 $\frac{1}{95}$
 $\frac{1}{96}$
 $\frac{1}{97}$
 $\frac{1}{98}$
 $\frac{1}{99}$
 $\frac{1}{100}$

1500

firma y sello

ROBERTO OMAR ORTIZ
LIC. EN G.D. 5135



Bibliografía:

- AGUILAR IDÁNEZ, María José "Introducción a la supervisión". Editorial Lumen 1994
- BARRERA FERNÁNDEZ, Josefina "La supervisión en el trabajo social". Editorial Paidós 1997.
- CASTEL, R. "Da indigência a exclusão, a desafiliação". En Saude e locura Nº 4. Sao Paulo. 1993.
- CASTEL, R. "Desigualdade a questão social". En Saúde e locura Nº 4. Hucitec. Brasil. 1995. Pág.29
- CASTELLANOS, Beatriz. Ficha de Cátedra "La relación de supervisión". Año 2004.
- CIRIANNI, Maluca, "Conferencias en las Jornadas Bonaerenses de Técnicos en Salud 1997"
- Datos extraídos de "Médicos e Instituciones de Salud". Álvarez, A. Reinoso, D. HISA. UNMDP, Diciembre 1985. La Capital Revista Nº 86. "Atención de la Salud en Mar del Plata". 4 de agosto de 1985.
- DE JONG Eloisa "Trabajo Social Familia e Intervención"
- DE ROBERTIS, C. Metodología de la Intervención en trabajo social. Barcelona. 2edición. 1992.
- DI CARLO, E Y EQUIPO. Trabajo Social y Persona. UNMDP. Fundación Paideia. 2002
- ENGELS, Friedrich "Origen de la familia, la propiedad privada y el estado" Cap2 "La familia"
- EROLES, C. Los Derechos Humanos. Compromiso ético de l Trabajo Social. Edit. Espacio.
- FANON, en Política Social, exclusión y equidad en América Latina en los 90, citado por Sonia FLEURY en Revista Nueva Sociedad Nº 156.
- FERNÁNDEZ BARRERA, Josefina "La supervisión en el trabajo social". Editorial Paidós 1997. Capítulo 5 "Características y perfil de los supervisores".
- GALENDE, E. "De un Horizonte Incierto". Ed. Paidós, 1997. Pág. 37.
- GARCÍA SALOR, S. "Especificidad y rol en trabajo social. Currículum-saber-formación." Edit. Hvmánitas.
- LONGRES, John, "La técnica de supervisión en trabajo social", apuntes del curso realizado en la Escuela de Asistentes Sociales ICESB de Barcelona, del 14 al 18 de junio de 1982.
- NETTO. J. P. Capitalismo monopolista y servicio social. Ed. Cortez. Sao Paulo. 1992.
- PARRA. Gustavo: Antimodernidad y Trabajo Social, orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino. Univ. De Luján. Bs. As. 1999. Pág.81
- RICHMOND, Mary, Caso Social Individual. Edit. Hvmánitas. Bs. As. 1962.
- ROVERE, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- TESTA, M. "Pensar en salud". Bs. As. Lugar editorial, 1993.
- TORRADO, Susana "Estructura social de la argentina 1945- 1983" Ediciones de la Flor.