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

**Repositorio Kimelü** **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2013

# Todos para uno, uno para todos : Sistematización del rol del trabajador social en el Centro de Salud N°2 Dr. Arturo Oñativia y la guardia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende.

Escoda, Carolina Francesca

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/116

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

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

2013

# TODOS PARA UNO Y UNO PARA TODOS

*Sistematización del Rol del Trabajador Social en el Centro de Salud N°2 Dr. Arturo Oñativia y la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende.*

**Integrantes:**
Escoda, Carolina Florencia
Guy, Paola Soledad
Moyano, Ivana Mariela

**Directora:** Lic. Maté, Virginia
**Co-Directora:** Lic. Re, Gabriela

*"Si asumes que no hay esperanza, garantizas que no habrá esperanza. Si asumes que hay un instinto hacia la libertad, que hay oportunidad para cambiar las cosas, entonces hay una opción de que puedas contribuir a hacer un mundo mejor. Esta es tu alternativa."*

Avram Noam Chomsky[1]

[1] Nacido el 7 de diciembre de 1928 en Filadelfia, Estados Unidos. Profesor de Lingüística, filósofo y activista. Reconocido como uno de los fundadores principales de la gramática transformacional-generativa y una de las figuras más destacadas de la lingüística del siglo XX.

***AGRADECIMIENTOS***

Consideramos oportuno agradecer la colaboración y el apoyo de todas aquellas personas e Instituciones que han formado parte del proceso de construcción de la presente Tesis.

A nuestra Directora Lic. Virginia Maté, por su dedicación, asesoramiento y enseñanzas brindadas para la elaboración de la Tesis; trasmitiéndonos confianza y seguridad.

A nuestra Co-Directora Lic. Gabriela Re, por su orientación, sugerencias y acompañamiento en el desarrollo del trabajo de Campo.

A los Trabajadores Sociales y a los profesionales, tanto del Centro de Salud Nº2 como de la Guardia del Hospital Interzonal de Agudos, que nos han cedido su tiempo, colaboración y predisposición a fin de recabar la información necesaria para elaborar el trabajo final.

A nuestras supervisoras Institucionales, Lic. Anastasia Bonanno, Lic. Marta Martino y Lic. Anahí Scioli por el acompañamiento, consejos y enseñanzas transmitidas durante las prácticas de pregrado.

A la Lic. Paula Retamal, por sus aportes bibliográficos.

***Carolina, Paola, Ivana***

Quiero agradecer de todo corazón a mi mamá, hermana/os, sobrina/os, amigas/os y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera, formaron parte de esta etapa concluida.

Gracias a todos por acompañarme, contenerme, guiarme, ayudarme y brindarme las fuerzas necesarias para transitar este camino.

Gracias a Pao y a Iva, por compartir estos últimos años de carrera, haciendo que todo sea más fácil. Porque entre las tres nos supimos contener, ayudar y apuntalar, cuando alguna estaba por caer.

Gracias a mi estrella, que me cuida y me guía desde el cielo.

Sin el amor y la luz de cada uno de ustedes, nada de esto hubiera sido posible…

LOS QUIERO MUCHO!!!

***Caro***

Mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que han formado parte de este proceso y que hicieron posible la culminación de esta etapa.
En especial a Martin, mi compañero de toda la vida, que elijo y sigo eligiendo para recorrer la vida juntos; quien también, motivó la decisión de retomar y concluir la carrera... gracias por tanta paciencia.
A mi hermosa hija Luján, por dejar que en muchas oportunidades, mi tiempo sea utilizado para el estudio; este logro también es tuyo.
A mis padres, hermanas, suegros y amigas/os, por recibir el afecto de siempre y confianza en todo momento.
No puedo dejar de agradecer a mis amigas Iva y Caro, por hacer que este camino fuera mucho más fácil de transitarlo y poder concluir juntas, un ciclo anhelado. ¡GRACIAS!

***Paola***

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres, hermanos, sobrinos Micaela, Matías e Ignacio, que me acompañaron y comprendieron durante toda esta etapa.
A Carlos, mi pilar fundamental, que siempre estuvo presente con paciencia y mucho amor.
A mi princesa Valentina, que me brindó la fuerza y la energía para transitar la última etapa de la carrera.
Y por supuesto, a mis amigas Caro y Pao, quienes me brindaron el apoyo para ir detrás de este sueño y me permitieron también, ser parte de su sueño.
Por último, a mis amigos y a todas aquellas personas que durante mi formación, con sus palabras de contención, me apoyaron y acompañaron en cada momento.

***Ivana***

***“TODOS PARA UNO Y UNO PARA TODOS”***

*“Un hombre habló con el Señor acerca del cielo y el infierno…*
*El Señor le dijo a ese hombre:*

*- Ven, te mostraré el infierno.*

*Entraron en una habitación en donde un grupo de personas se encontraba sentado alrededor de una enorme olla de guisado. Todos estaban desesperados y muertos de hambre.*
*Cada persona sostenía una cuchara que tocaba la olla, pero cada cuchara tenía un mango mucho más largo que su propio brazo, de tal manera que no podía utilizarse para llevar el guisado a sus bocas. El sufrimiento era terrible.*

*- Ven, ahora te mostraré el cielo, – dijo el Señor – después de un tiempo.*

*Entraron en otra habitación, idéntica a la primera, la olla de guisado, el grupo de personas, las mismas cucharas con mango largo. Sin embargo, allí todos estaban felices y bien alimentados.*

*- No comprendo, dijo el hombre.*

*- ¿Porque están felices aquí, si en la otra habitación se sienten miserables y todo es igual?*

*El Señor sonrió.*

*- Ah, es sencillo, respondió. Aquí aprendieron a alimentarse mutuamente. Es decir, mientras que en el infierno cada uno quiere comer con su cuchara y no es capaz de compartir con los demás, en el cielo cada uno piensa primero en el hermano y con su propia cuchara lo alimenta al otro”.*

Título: La metáfora del cielo y el infierno.
Fuente: autor desconocido.

La denominación de la presente Tesis ***"Todos para uno y uno para Todos"*** es explicada a través de la metáfora seleccionada.

De esta forma, se pretende dejar plasmado la necesidad y la importancia que tiene el Trabajo en Equipo; entendido como el producto de una relación de interdependencia entre los distintos integrantes, bajo principios de cooperación, solidaridad, sentido de identidad y pertenencia; posibilitando espacios de debate y reflexión.

Consideramos que es fundamental la coparticipación y el trabajo colectivo, el cual se retroalimenta por la contribución de los aportes y saberes de las distintas disciplinas que integran el Equipo de trabajo; respetando la singularidad y la especificidad de cada una de ellas. Por lo tanto, nuestro propósito, es visualizar la importancia de un trabajo compartido, donde los objetivos sean alcanzados en forma conjunta, reconociendo las diferentes miradas de los integrantes.

## *INTRODUCCION*

La presente Tesis, denominada ***"Todos para uno y uno para Todos"***, tiene por finalidad, realizar un análisis del Rol del Trabajador Social en el Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata; a partir de la sistematización de la Práctica de Pregrado de la Licenciatura en Servicio Social que se ha llevado a cabo en el periodo de Mayo a Diciembre del año 2011.

La estructura del trabajo consta de una **Primera Parte** denominada Marco Teórico; el cual permite contextualizar el desarrollo de la sistematización, comprender conceptos relevantes que guían la práctica cotidiana del profesional; como así también, brinda el conocimiento necesario para fundamentar los objetivos planteados en el presente trabajo.

El desarrollo de la **Segunda Parte** tiene como eje fundamental el concepto de *Salud* definido desde la OMS, las implicancias que permiten comprender el Campo de ambas Instituciones y la organización del Sistema de Salud que las contiene.

En la **Tercera Parte** se realiza una descripción de los encuadres Institucionales donde se desarrollan las prácticas de pregrado, el espacio organizacional donde se inserta el Trabajador Social, y los objetivos y funciones que guían el accionar de dichos profesionales. Se incluye el análisis de las encuestas realizadas a los profesionales de los Equipos de Salud de ambos Niveles de Atención; los resultados de las mismas permiten una lectura de los distintos Roles del Trabajador Social, las técnicas, las metodologías y el Trabajo en Equipo desarrollado en cada una de las Instituciones.

Por último, en la **Cuarta Parte**, se desarrolla la conclusión Final, los anexos y la bibliografía que es utilizada en la presente Tesis.

## ***INDICE***

### *PRIMERA PARTE*


- Fundamentación……12
- Sistematización……15
- Objetivos generales……..23
- Objetivos específicos……23
- Trayectoria del Trabajo Social……24
- Rol del Trabajador Social……..32
- Paradigma de la Complejidad……..38
- Metodología de Intervención en Trabajo Social……40
- Intervención profesional……45
- ¿Objeto o Sujeto de Intervención?.....48


### *SEGUNDA PARTE*


- Modelo Médico Hegemónico (Modelo Biomédico)……..58
- Concepto de Salud……59
- Campo de la Salud……63
    - Trabajo Social en el Campo de la Salud……65
    - Ética y Trabajo Social en Salud……...67
- Derecho a la Salud……69
- Sistema de Salud……...71
    - Instituciones en el Campo de Salud……78
    - Políticas Públicas - Políticas de Salud……81
- Trabajo en Equipo……..87
- Niveles de Atención de la Salud……..90
    - Prevención y Promoción de la Salud……..94
    - Proceso: Salud – Enfermedad – Atención – Cuidado……..96

***TERCERA PARTE***


- Encuadre institucional del Centro de Salud Nº2……101
  - Historia y Origen……101
  - Objetivos del Centro de Salud N°2……..110
  - Equipo de profesionales del Centro de Salud N°2……110
  - Servicio Social……111
    - ✓ Objetivos del Trabajador Social……...112
    - ✓ Funciones del Trabajador Social……113

- Encuadre institucional del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende……...115
  - Historia y Origen……115
  - Objetivos del Hospital Interzonal de Agudos……118
  - Función de la Institución……118
  - Equipo de profesionales de la Guardia del HIGA……120
  - Servicio Social……121
    - ✓ Objetivos del Trabajador Social……...122
    - ✓ Funciones del Trabajador Social……123

- Políticas Públicas de ambas Instituciones……..124
  - Políticas Sociales Nacionales……..126
  - Políticas Sociales Provinciales ……127
  - Políticas Sociales de Desarrollo Social……..131

- Trabajo de Campo realizado en el Centro de Salud N°2 y la Guardia del HIGA
  - Aspectos Metodológicos……..134
  - Encuestas……...137
  - Presentación y análisis de los resultados……142
  - Conclusión del Trabajo de Campo……152

***CUARTA PARTE***


- Conclusión Final…….155
- Anexo……...160
- Bibliografía……..168


.

# *PRIMERA PARTE*

## ➢ Fundamentación

El interés por realizar la Sistematización de las prácticas de Pregrado surge al observar en nuestro quehacer cotidiano, la diversidad de Roles que desempeña el Trabajador Social durante las intervenciones en ambas Instituciones dentro del Campo de la Salud; y el reconocimiento de las estrategias, técnicas y metodologías que se implementan, acorde a los espacios de inserción en donde se desempeñan los profesionales.

Al tratarse de dos Instituciones, con características diferentes, se puede visualizar y corroborar la complejidad del Campo problemático, dando cuenta de cómo se realiza la construcción del Objeto de Intervención para el Trabajador Social.

*"Es real que el desempeño del rol o papel se ve afectado por distintos factores, como recursos insuficientes, remuneraciones bajas, exceso de trabajo, presiones para obtener rápidas respuestas, representaciones del rol construidas anteriormente, etc. Esas situaciones deben actuar como estímulo o para desarrollar creatividad y no como freno, auto limitándose, justificándose con un "no tengo tiempo", perdidos en los rituales institucionales y, lo que es peor, dando la imagen de una profesión burocratizada. Aún del fracaso debemos aprender. El conocimiento como proceso no se ha detenido nunca ante los fracasos"*[2]. La presente Tesis contextualiza la realidad de cada Institución y los conceptos que se abordan en relación al quehacer profesional.

Por un lado, se plantea la **Guardia**[3] **del HIGA**, un ámbito de trabajo novedoso para el Trabajador Social; el cual conlleva las implicancias propias de todo ámbito nuevo de Intervención, donde se pueden visualizar las relaciones de poder, las diferentes representaciones sociales, y la confianza y seguridad que el Trabajador Social obtiene a lo largo del tiempo, a partir del proceso de trabajo con el Equipo de profesionales.

---

[2] Kirnerman, Natalio. "Pensar el Trabajo Social". Una introducción desde el constructivismo." Ed. Lumen-Humanitas. Bs As. Argentina 1998. Pág. 171.

[3] *"Las situaciones que se deben abordar se caracterizan por ser agudas, y en general, en situaciones de crisis los sujetos pueden encontrarse en estado de shock, confusión, fuerte angustia, ansiedad, entre otros".*

A partir de la inserción, como alumnas avanzadas de la Licenciatura de Servicio Social, en la Guardia del HIGA, específicamente en el cuadrilátero de Emergencias Médicas; se plantea que el Trabajo Social, no significa brindar soluciones inmediatas, sino por el contrario, generar espacios dentro de la Institución que puedan propiciar la problematización de las demandas de los diferentes sujetos que ingresan a la misma.

En la actualidad, la bibliografía específica sobre el tema y la Intervención en el sector de Guardia es escasa, no existen experiencias sistematizadas que hayan sido publicadas, situaciones que motivaron a la elaboración del presente trabajo. Cabe destacar, que la práctica de pregrado realizada en el Hospital, se basa en los protocolos elaborados recientemente por Trabajadores Sociales que desempeñan sus funciones en la Guardia de los Hospitales de Buenos Aires; lo cual permite comprender y esclarecer el papel del Trabajador Social en el sector de Emergencia.

El contexto particular de la Guardia se encuentra caracterizado por distintas problemáticas, entre ellas: Pacientes sin red familiar, drogadicción/alcoholismo, falta de vivienda, conflicto familiar, minusvalía física, minusvalía psíquica, falta de integración familiar, enfermedad crónica, medicación no controlada, condiciones insalubres de vivienda, situaciones de riesgo, padres adolescentes, violencia familiar, diálisis, radioterapia, quimioterapia, falta de medicación, falta de cobertura sanitaria, entre otras.

Por otro lado, es pertinente contextualizar el **Centro de Salud N°2**, como un ámbito de intervención más consolidado en la Atención Primaria de la Salud.

La inserción en dicha Institución durante el año 2011, permite obtener un conocimiento profundo y detallado sobre la Atención Primaria de la Salud y sobre las técnicas y métodos de intervención que utiliza el Trabajador Social; logrando conocer las distintas problemáticas que atraviesa la población y el modo de abordarlas. La intervención de éste profesional se realiza a través de un trabajo articulado con los distintos profesionales y actores del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), en el cual se observa el reconocimiento que tiene la profesión, destacando el Rol y las funciones que el Trabajador Social desempeña.

El objeto de la Institución está asociado a la población que demanda atención ambulatoria, prácticas prescriptas con el fin de obtener un diagnóstico y Salud preventiva. Para llevar a cabo esto último, desarrolla tareas asistenciales, de prevención y de promoción de la Salud, con el objetivo de disminuir la incidencia de un problema-situación-enfermedad en el conjunto de la población que atiende. Existe una diversidad de áreas en las cuales se focaliza la atención, como son: Atención primaria, educación sanitaria, atención a la mujer embarazada, prevención de enfermedades infecto-contagiosa, higiene y seguridad, condiciones insalubres, malnutrición, niños en riesgo, salud comunitaria, nutrición, planificación familiar, post-parto, salud mental, retraso psicomotriz, sexualidad, suicidio, entre otros. Para abordar varias de estas temáticas se implementan distintos talleres destinados a la comunidad; los cuales son llevados a cabo por distintos profesionales del Equipo de Salud y la organización es programada en días y horarios fijos de la semana o el mes.

Es necesario señalar que el Trabajador Social, identifica las características del contexto socio-cultural en el cual se desenvuelve su accionar; debe comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de Salud y Enfermedad; como así también, interpreta las demandas que solicitan los miembros de la comunidad. Para lo cual, se requiere un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Ambas Instituciones, con sus características particulares y modalidades de trabajo diferentes, despiertan inquietudes e intereses en profundizar y plasmar el quehacer profesional del Trabajador Social; sus objetivos, funciones y vinculación con las diferentes disciplinas que integran el Campo de la Salud.

Se considera un desafío elaborar un escrito que contenga experiencias de profesionales que desarrollan su quehacer en la Ciudad de Mar del Plata; y poder brindar lo vivenciado y compartir la experiencia transitada durante el proceso de formación como profesionales de Trabajo Social.

- **Sistematización**

El profesional de Trabajo Social está capacitado para intervenir sobre una realidad que se encuentra en constante cambio y movimiento. El pensar y reflexionar acerca de las diferentes intervenciones profesionales en estos escenarios complejos constituyen el basamento de una práctica profesional crítica.

Por lo tanto, planteamos llevar a cabo una sistematización, considerando a ésta como un modo operativo en el cual el Trabajador Social produce conocimiento, cuestión indispensable para la comprensión de las diferentes situaciones sociales, con las cuales trabaja. Como así también pensarnos como actores sociales dentro de los diferentes campos de intervención, es decir pensarnos en situación.

Respecto a la sistematización, según María Bernaldo De Quirós y María Rodríguez, existen distintas posiciones en el interior de la profesión. Por un lado, quienes sostienen que la sistematización es una forma de producción de conocimiento científico y, por otro, quienes la consideran como una primera conceptualización de la práctica, no llegando a constituirse en un segundo orden de conocimiento. En la primera posición se puede destacar autores como, María de la Luz Morgan, Monreal, Teresa Quirós, Susana Cazzaniga y Oscar Jara. Los mismos se adhieren de forma explícita o implícitamente en una epistemología positivista, según la cual la experiencia, al ser analizada, permite obtener conocimiento y el mismo es conocimiento científico. El posicionamiento epistemológico de este grupo de autores se advierte en las metodologías de sistematización que proponen, dichas metodologías parten de una descripción de la experiencia para, a partir de ella, tomar las preguntas que surjan y volver a la experiencia para responderlas.

La segunda posición se funda, en una epistemología constructivista según la cual la experiencia es captada a partir de una serie de conceptualizaciones y el conocimiento científico es deliberadamente construido por medios racionales. Desde esta posición, la metodología no partiría nunca de la experiencia sino de conocer las mediaciones por las cuales la experiencia se realizó de ese modo.

La interpretación teórica del marco desde el cual se capturó la experiencia y de la experiencia misma, interpretación realizada desde el mismo marco teórico o desde uno diferente, da lugar a una conceptualización de la práctica. Esto último puede significar que no implica producción de conocimiento científico sino una mera relación de la experiencia con el conocimiento que ya circula en las Ciencias Sociales. A esta posición se adhieren autores tales como, Iamamotto, Netto, Montaño y Teresa Matus (De Quirós, Rodríguez, 2004).

Por sistematización De Quirós y Rodríguez entienden, que se trata de un *"proceso de reflexión e interpretación crítica de una intervención profesional o de un aspecto de ella, que parte de la explicitación del marco epistemológico, teórico y valorativo desde el cual se intervino y desde el cual se realizará la reflexión"* [4].

Dicho proceso de reflexión e interpretación puede realizarse para mejorar la intervención, compartir la experiencia o generar conocimiento.

Se entiende que la tarea de sistematizar debe iniciarse con la explicitación del marco conceptual en que el profesional se inscribe, definiendo posteriormente la metodología que se seguirá. Tal metodología, deberá ser adecuada al objeto que se desea sistematizar y coherente con el posicionamiento adherido.

Las autoras plantean, respecto a la producción de conocimiento, que la misma no es privativa de la tarea de investigación y que puede lograrse a partir de una sistematización. Por lo cual, es necesario que se den algunos requisitos: rigurosidad, sistematicidad en la obtención de información, coherencia y vigilancia epistemológica.

Según Oscar Jara, podemos comprender la sistematización, como sistematización de información o como sistematización de experiencia (Jara, 2001).

**La sistematización de información**, *"hace referencia al ordenamiento y clasificación de datos e informaciones, estructurando de manera precisa*

[4] De Quirós, Ana M; Rodríguez M. Del Pilar. "La Sistematización como forma de producción de conocimiento científico, desde una perspectiva no positivista". Revista Confluencia. Mendoza. Argentina. 2004. Pág. 11.

*categorías, relaciones, posibilitando la constitución de bases de datos organizados, etc."* [5].

**La sistematización de experiencia**, *"se trata de ir más allá, se trata de mirar las experiencias como procesos históricos, procesos complejos en los que intervienen diferentes actores, que se realizan en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte"* [6].

Sistematizar experiencias significa entonces, comprender por qué ese proceso se está desarrollando de esa manera, entender e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso. Se parte de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra propia práctica.

Lo fundamental está en realizar la reconstrucción de lo que sucede, y llevar a cabo una interpretación crítica, para poder extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro.

El autor plantea que por medio de la sistematización de las experiencias se logra aprender críticamente de ellas y así poder mejorar las prácticas, compartir los aprendizajes con otras experiencias similares, y construir al enriquecimiento de la teoría.

En palabras de Antonio Sandoval Ávila, "*la sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórica social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio"* [7]. Se trata de entender situaciones, procesos o estructuras sociales, y de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras.

---

[5] Jara, Oscar. "Dilemas y desafíos de sistematización de experiencias" .Costa Rica. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. 2001. Pág. 2.

[6] Ídem. Pág. 2.

[7] Sandoval Ávila, Antonio. Propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social. Buenos Aires. Ed. Espacio. 2001. Pág. 114.

Es relevante exponer, que son los Trabajadores Sociales quienes manifiestan más la necesidad de sistematizar sus prácticas, pues esto les permite recuperar de manera ordenada lo que ya saben sobre las mismas, descubrir lo que aún no saben de ellas y revelar lo que aún no sabían que ya sabían.

La sistematización *"es una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo"* [8].

El autor plantea que la sistematización permite una comprensión profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas, compartir con otras experiencias similares enseñanzas surgidas de la práctica, y producir reflexión teórica de los conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas.

*"Lo que busca la sistematización es reflexionar sobre un proceso contradictorio en que coinciden y chocan intereses y actores distintos. (...) Se sistematiza para comunicar, para socializar la experiencia, para que otros puedan aprenderla sin necesidad de vivirla"* [9].

Por otra parte, Mercedes Gagneten plantea el Método de Sistematización de la Práctica (M.S.P.), "*como un conjunto de procedimientos que permite el logro de un determinado fin. El M.S.P. es el proceso por medio del cual se hace la conversión de práctica a teoría. Dicha conversión implica una operación que no altera la verdad contenida en la práctica"* [10].

Así mismo, considera que la *"Sistematización, es reproducir conceptualmente la práctica. Esto supone aprender a pensar desde el hacer". "De esta manera permite un conocimiento intragenerado desde ella misma, cuyo método permite superar lo fenoménico e inmediato mediante la guía de determinados principios teóricos que brindan una determinada racionalidad, en base a la cual se utilizan determinadas técnicas e instrumentos que permiten la representación teórica de la realidad así como de la práctica"* [11].

---

[8] Ídem. Pág. 116.
[9] Ídem. Pág. 126.
[10] Gagneten, María Mercedes. *"Hacia una metodología de sistematización de la práctica"*. Buenos Aires. Argentina. Ed. Humanitas.1990. Pág. 39.
[11] Ídem. Pág. 39.

Gagneten, sostiene que "*la Sistematización es el procesamiento de los movimientos de la realidad misma, de los procesos de transformación o no, generados en ella, desde la práctica, así como los conocimientos que dichos componentes generan en los actores implicados en la tarea. Por ende, M.S.P. brinda un modo de organizar el saber a partir de la materia prima que da la realidad y la práctica. El M.S.P. hace uso de la lógica, entendida ésta como un conjunto de procedimientos que sirven para reconstruir, analizar, interpretar, conceptualizar, generalizar, concluir y proponer acerca de las practicas realizadas en espacio-tiempos determinados"* [12].

Resulta pertinente destacar la propuesta metodológica para sistematizar la práctica de Trabajo Social que plantea Antonio Sandoval Ávila; la cual incluye varios pasos. Se aclara que, lejos de crear normatividad, es necesario que se incursione en otras experiencias, modelos y prácticas; donde se examinen otras iniciativas y se vaya creando un propio paquete técnico (Sandoval Ávila, 2001).

La propuesta Metodológica comienza con la **justificación**, donde es conveniente delimitar cuál es la unidad de análisis, el objeto central de la sistematización, concretizar el aspecto principal de la práctica que se quiere sistematizar, y expresar las razones para sistematizar un aspecto de la misma. Paso seguido, se da lugar a clarificar y explicar los objetivos que se persiguen con la sistematización.

El momento siguiente consta de la **contextualización y reconstrucción de la experiencia**. Es necesario que la práctica a sistematizar se situé en su propio contexto histórico y geográfico social global, que ejerce influencia sobre la misma. Es preciso hacer un análisis del contexto (teniendo en cuenta las dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales), en el cual se ubica la práctica que se va a sistematizar.

El siguiente paso consiste en hacer un **diagnóstico ágil de la práctica**; se tendrá que privilegiar el análisis de una o algunas dimensiones, enfoque y los intereses de la sistematización que se pretende. Se apunta a realizar una lectura articulada del contexto en que dicha sistematización se encuadra.

[12] Ídem. Pág. 40.

Se plantea necesario contar con un **diagnóstico situacional**, es decir, con un análisis crítico de la realidad social sobre la cual se quiere actuar. Esto permitirá descubrir las necesidades, los problemas y sus causas, y jerarquizarlas y priorizarlas.

Se continúa el proceso, realizando una **descripción y elaboración del discurso descriptivo de la práctica reconstruida**. En este momento, se elabora un discurso descriptivo que dé cuenta del proceso de la práctica. Para lo cual, se debe elaborar, un documento en el que se ordenan, de manera lógica y cronológica, los componentes del proceso de la práctica, que fueron apareciendo en el proceso de reconstrucción de la misma, para articular la información obtenida en torno a los aspectos básicos de ella. Dicha tarea resulta de gran utilidad para volver a recurrir al eje de la sistematización, y darle al documento una coherencia lógica.

El momento siguiente, consiste en la **interpretación crítica de la práctica reconstruida**; se trata de saber qué fue lo que pasó y por qué sucedió. En base a la descripción que se hizo de la práctica, se hace un análisis y síntesis de ella a través de una interpretación crítica del proceso.

Las **conclusiones** surgen como resultado de la anterior etapa reflexiva interpretativa y se consideran en dos niveles. Con relación a la satisfacción de las necesidades a las que se pretendía dar respuesta, y con relación a los objetivos propuestos en el proyecto a partir de las primeras.

Las conclusiones pueden ser teóricas y prácticas. Las primeras, se refieren a los fundamentos conceptuales derivados de la práctica que, relacionadas con formulaciones teóricas constituidas, establecen con éstas un diálogo de mutuo enriquecimiento y aportan nuevos elementos que permitan una Reconceptualización de la práctica, y formular hipótesis que apunten desde la práctica, a una posible generalización de mayores alcances teóricos. Las conclusiones prácticas, son aquellas enseñanzas que se desprenden directamente de la práctica y que ayudarán a mejorar futuras prácticas, tanto propias como ajenas.

El momento que continúa es la **prospectiva**, en la cual se pueden plantear una serie de interrogantes: ¿Cómo se puede transformar esta práctica para lograr

mejores resultados? Con base a las enseñanzas que se obtuvieron ¿Qué perspectivas se abren para plantear nuevas alternativas para generar una nueva práctica más rica y eficaz? ¿Qué decisiones se pueden tomar para mejorar esta práctica? ¿Qué elementos de la práctica se deben dejar de lado y cuáles se deben consolidar? ¿Cuál se debe innovar y cuáles se deben crear? ¿Cuáles deben ser los nuevos ejes estructuradores de la práctica? ¿Cómo se deben reformular los objetivos? ¿Cuáles deben ser las nuevas estrategias metodológicas?

Como último momento, Ávila plantea realizar una **socialización de la práctica sistematizada** realizada. En lo cual es necesario elaborar un documento que recoja, de manera clara y ordenada la sistematización, con la finalidad de comunicar las enseñanzas obtenidas y compartirlas con otras personas y grupos, para confrontar la experiencia lograda con otras experiencias similares y facilitar el diálogo para enriquecer aún más el proceso de pensar y transformar la práctica. Producir este material, permite realizar una nueva objetivación de lo vivido que enriquecerá el proceso de pensar y transformar la propia práctica (Sandoval Ávila, 2001).

A modo de síntesis, se puede concluir que la sistematización constituye una de las herramientas fundamentales para el ejercicio del Trabajador Social. La misma permite dar cuenta de las prácticas, reflexionar sobre ellas, repensarlas, reconstruirlas, estableciendo un diálogo permanente entre teoría y práctica.

Se debe tener en cuenta que no existe una única forma de realizarla, lo que interesa es poder adquirir un propio estilo según las circunstancias, las características de la Institución, los objetivos que se quieren alcanzar, la experiencia que se quiere sistematizar, y el nivel de participación de los diferentes actores involucrados.

Por un lado, la sistematización permite al profesional poder comprender y redireccionar constantemente las prácticas a fin de mejorarlas; las mismas generan conocimientos independientemente del resultado que se obtenga.

Por otro lado, este proceso de reflexión y análisis da lugar a la superación de las diferentes situaciones que el Trabajador Social debe enfrentar dentro de las instituciones donde desempeña su quehacer profesional. De esta manera, se

permite romper con las expresiones naturalizadas que circulan en los discursos de los diferentes profesionales: “nada se puede hacer”, “dejarse estar”, “esto es así”, “siempre se hizo de esta manera”, “no hay recursos”, entre otros.

Si bien, se considera la importancia y el valor que tiene la socialización de la experiencia sistematizada; ya que permite un análisis crítico del proceso vivido, el intercambio de conocimientos y los aprendizajes interpretados por los profesionales; en la práctica cotidiana, se presenta la dificultad de no disponer de tiempo ni espacios de capacitación que permitan reflexionar, debatir y categorizar las experiencias vividas.

Por lo anteriormente expresado, es que nos proponemos llevar a cabo una sistematización de las prácticas de pregrado realizadas en Centro de Salud Nº2 y Hospital Interzonal General de Agudos; a fin de compartir los aprendizajes obtenidos, y propiciar a través del documento escrito, espacios de debate y reflexión que aporten a la intervención profesional.

- ***OBJETIVO GENERAL:***

  - Sistematizar el Rol del Trabajador Social en los Equipos de Salud del Centro de Salud Nº2 “Dr. Arturo Oñativia”, y la Guardia del “Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende” (HIGA); durante el período de Mayo - Diciembre del 2011.

- ***OBJETIVOS ESPECIFICOS:***

  - Identificar la especificidad del Rol del Trabajador Social en las distintas Instituciones elegidas.
  - Describir las Instituciones de Salud del Nivel Primario y Secundario de Atención.
  - Conocer las modalidades de trabajo de los Equipos de profesionales que intervienen en cada una de las Instituciones.
  - Indagar las metodologías de intervención utilizadas por los Trabajadores Sociales de cada Institución.

- **Trayectoria del Trabajo Social**

En el contexto actual, "*se concibe al Trabajo Social, como una disciplina que ejerce de polea de transmisión entre las clases, a nivel del aparato estatal, en cuyo interior los conflictos entre éstas se reproducen y procesan. Sus profesionales son, por lo tanto, asalariados contratados por instituciones del Estado, aunque también por organizaciones de la sociedad civil, o eventualmente, de manera directa por las clases dominantes (empresas) cuyos servicios se dirigen a las clases subalternas; y más específicamente, a la vida cotidiana de estas clases*" [13].

Estas dos características de asalariado y de destinar sus servicios a los que luchan por su sobrevivencia, hacen que dentro del campo profesional adquieran particular relevancia las contradicciones de clase, de una articulación y de una formación social determinada.

Se entiende también que, tanto el Trabajo Social actual como las diversas formas asistenciales que preceden (caridad, filantropía) se corresponde con un determinado nivel de desarrollo de las contradicciones sociales en cuyo contexto adquieren racionalidad.

En otras palabras, el autor Carlos Montaño, puede identificar dos tesis que exponen la génesis del Servicio Social:

- ***La perspectiva endogenista****: "sostiene el origen del Servicio Social en la evolución, organización y profesionalización de las anteriores formas de ayuda, de la caridad y de la filantropía, vinculada ahora en la intervención de la cuestión social"* [14].
- La ***segunda perspectiva histórico- critica:*** *(…) "La misma entiende el surgimiento de la profesión del Asistente Social como un subproducto de la tesis de los proyectos político- económico que operan en el desarrollo histórico, donde se produce material y dialógicamente la fracción de clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en su edad*

[13] Grassi, Estela. "La Mujer y la Profesión de Asistente Social". El Control de la Vida Cotidiana. Ed. Hvmanitas, Buenos Aires. Argentina. 1989. Pág. 9.
[14] Montaño, Carlos. "La naturaleza del Servicio Social". Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. Ed. Cortes. San Pablo, Brasil. 2000. Pág. 9.

*monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la cuestión social"*[15].

Gustavo Parra, realiza un análisis de la profesión del Trabajo Social a partir de la división de la misma, en *cuatro ejes* (Parra, 2002).

El ***Primer eje***, plantea que la profesión surge con un importante **elemento "ejecutivo"**; lo cual la diferencia de otras disciplinas sociales contemporáneas en el momento de su institucionalización, otorgándole una especial característica. Es decir, su **carácter práctico e interventivo** del Trabajo Social componen su eje fundamental, definiendo su ethos profesional.

Desde los reformadores sociales hasta el Trabajo Social institucionalizado, surge la idea de intervenir en la realidad social para producir una transformación sobre la misma. La transformación se focaliza en el sujeto, como responsable de su indigencia y miseria, situación que se acompaña de un carácter moralizante de hábitos y costumbres.

Lo anteriormente dicho, se relaciona con el **carácter conservador** con que surge la profesión y con la matriz del pensamiento positivista. Entre los conceptos fundamentales de la institucionalización de la profesión, se encuentra el ajuste y la adaptación.

El **elemento "ejecutivo"**, fundante de la profesión, llevó a que muchos Trabajadores Sociales limitaran su práctica a actividades de tipo empiristas, de esta manera el "hacer" se convierte en acciones privilegiadas de la profesión y el "saber" es utilizado exclusivamente desde una perspectiva instrumental, dirigido a ese "hacer".

En el proceso de rupturas y continuidades que se producen desde el origen del Trabajo Social, éste busca su legitimidad y diferenciación por medio de "supuestos basamentos científicos", que le permitirían diferenciarse de las prácticas de caridad y filantropía, característica de esa época.

En la búsqueda de los "supuestos basamentos científicos", la intervención se aleja de las reales demandas del escenario social, político y económico, en la medida que la sociedad es analizada como un hecho; fragmentada, atomizada

[15] Ídem. Pág. 20.

en sus diferentes manifestaciones y conductas sociales cuantificadas, características del pensamiento conservador.

Montaño, adhiere a lo anteriormente dicho en lo que él conceptualiza "**perspectiva endogenista**" y agrega que, el origen de la profesión es vista como una *opción personal* de los que ejercen la filantropía en organizarse y profesionalizarse, con la ayuda ya sea de la Iglesia, o del Estado; ya que la definición de su génesis es constitutivo al Servicio Social. Los sujetos, los actores del origen del Servicio Social se consideran *personas singulares*, individuales desde esta perspectiva.

De esta forma, no se realiza un análisis sociopolítico porque no se considera la existencia de actores colectivos, de sujetos y relaciones sociales ligadas a características socioeconómicas y políticas que a la vez se ven condicionadas por el contexto socio-histórico.

Si bien el escenario de la Intervención profesional constituye una realidad compleja y heterogénea; vinculada a relaciones económicas, políticas, culturales, entre otros; la capacidad de los modelos predominantes es insuficiente para resolver dicho escenario. A esto se suma, las categorizaciones, estratificaciones y etiquetamiento de los sujetos con los cuales se intervienen. Esta perspectiva conduce al profesional a estandarizar e impedir alcanzar una identificación con su propia intervención, apropiándose de los objetivos institucionales como objetivos propios del Trabajo Social.

El ***Segundo eje***, lo conforma el análisis de las consecuencias de la cuestión social y sus relaciones con la profesión.

Se entiende por **cuestión social**, *"la expresión de las desigualdades inherentes al desarrollo del sistema capitalista, manifestaciones de las relaciones sociales y producto entre la relación capital y trabajo. La eclosión de la cuestión social, a mediados del siglo XIX, teniendo como marco un intenso proceso de urbanización e industrialización, demandó una intervención desde el Estado diferente a la tradicional caridad o filantropía, o al reiterado recurso a la represión y la violencia"* [16].

[16] Netto, José Paulo y colaboradores. "Nuevos Escenarios y Practica Profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo social". Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2004. Pág. 35.

Es decir que, la “cuestión social” comprende las expresiones de desigualdades y contradicciones políticas, económicas y cultuales propias del modelo capitalista, atentando al poder hegemónico de la burguesía y al orden social. Generando como consecuencia, múltiples estrategias del poder establecido a fin de afrontarla, aquietarla, naturalizarla, disminuirla o integrarla.

Margarita R. Pagazas plantea que, la “cuestión social” contemporánea se expresa en la vulnerabilidad, el empobrecimiento, la fragmentación, la marginalización, la desocupación, la precarización del trabajo, las identidades fragmentadas, las autonomías truncadas; y forman parte de la estructura social contemporánea, en tanto constituyen un cúmulo de desventajas que afectan a grandes segmentos de la sociedad y alteran significativamente sus condiciones de vida. En este contexto, el actual escenario está cruzado por las trayectorias que conducen a los sujetos a la pobreza, a la vulnerabilidad y a los procesos de desafiliación que impactan en la frustración, la desesperanza y la desintegración social (Pagaza, 2001).

De esta manera, se entiende que la profesión se configura y desarrolla a partir de las diversas estrategias que se utilizan para enfrentar la cuestión social, la cual no es estática sino que, al expresar las desigualdades del capitalismo, se presenta como compleja y en permanente movimiento. Por lo tanto, la cuestión social, determina el tipo de intervención, su desarrollo y la legitimidad del profesional.

A partir de lo expresado, se concluye que las relaciones entre la cuestión social y el Trabajo Social son complejas, debido a que la cuestión social se ha conformado históricamente, y el Trabajador Social históricamente ha legitimado diferentes formas de intervención frente a las consecuencias de la cuestión social.

El ***Tercer eje***, se orienta al análisis de las dimensiones éticas y políticas en la intervención profesional.

El autor plantea que, toda Intervención profesional posee una intencionalidad ético y política, así mismo aclara que no existen prácticas inocentes, asépticas o ingenuas.

De esta manera, el Trabajador Social debe realizar permanentes elecciones teóricas, ideológicas, políticas y éticas. Son estas elecciones, las que van a conformar la Intervención profesional basada en valores, que tengan como finalidad la autonomía de los sujeto; como productores de su propia realidad; teniendo en cuenta su contexto histórico, político y social.

El ***Cuarto eje***, refiere a los proyectos profesionales y su relación con el Trabajo Social.

Se plantea que en los proyectos socio-profesionales, las profesiones, proponen diferentes respuestas, debido a los procesos y transformaciones sociales. Asimismo, estas respuestas generadas por el profesional se encuadran en diversos cuerpos teóricos y prácticos; los cuales hacen referencia a las dimensiones ideológicas, políticas y teleológicas frente a los procesos sociales. De esta manera, los profesionales se encuentran atravesados por una enorme diversidad, heterogeneidad y confrontaciones internas, propios de los proyectos societales existentes.

Se concluye que los proyectos profesionales, son construidos a partir de una categoría profesional, por un actor social, y que necesariamente hacen referencia a un proyecto societario más abarcativo. Se puede determinar que, una profesión cuenta con diversos proyectos profesionales que presentan estructuras dinámicas, y que de acuerdo a los contextos históricos, sociales, económicos y políticos, serán modificadas.

Parra, se propone realizar un análisis de los proyectos profesionales en el Trabajo Social Argentino; a través de cuatro posibles escenarios, que permitan una reflexión sobre la profesión actual.

La Intervención del Trabajador Social, se desenvuelve en el complejo tejido de relaciones sociales; y al mismo tiempo, se concibe a la práctica profesional en relación permanente con los determinantes económicos, políticos, históricos, culturales y sociales, con las instituciones sociales y con los actores sociales donde va dirigida la acción.

El autor, señala que el ***primer escenario*** se comprende desde los inicios de la profesión en Argentina, hasta principios de la década de 1960. Se caracteriza

dicho período con el Trabajo Social tradicional, cuyo pensamiento conservador y antimoderno constituyen la base ideológica. Se entiende por conservadurismo, el estilo de pensar y actuar que dio forma al modelo profesional tradicional, como así también a las interpretaciones de la sociedad.

En sus orígenes, la Intervención profesional se centró en los aportes teóricos para la realización de tipologías y clasificaciones de socio-patologías y de prácticas formales, conjuntamente se fomentaban procesos de naturalización, normalización y moralización de comportamiento y "problemas sociales", dirigidos al disciplinamiento, control social y adaptación de los sujetos a la forma de ser y pensar capitalista.

Lo dicho anteriormente, caracteriza al pensamiento conservador y antimoderno, presentes hasta el período de 1960 como proyecto socio-profesional hegemónico del Trabajo Social. En dicho período, entra en crisis la concepción teórica y metodológica de la profesión, definiendo el ***segundo escenario***: Movimiento de Reconceptualización.

Dicho **Movimiento de Reconceptualización**, se inicia a mediados de 1960, diferenciándose tanto temporal como cualitativamente en cada uno de los países de Latinoamérica, dependiendo de sus estructuras sociales, políticas y económicas. En Argentina, éste escenario se ubica entre 1965 y 1976.

La Reconceptualización renovó el quehacer profesional, incorporando nuevos enfoques y reflexiones; de esta manera permite la búsqueda de teorías y prácticas que respondan a las singularidades de la realidad en Latinoamérica.

Asimismo, los acontecimientos que ocurrieron entre el período 1960 y 1970 tanto a nivel mundial, continental como así también a nivel nacional; fomentaron el debate acerca de la dimensión sociopolítica de la práctica profesional, teniendo en cuenta que en este período la mayoría de los gobiernos de los países latinoamericanos, transitaban por procesos dictatoriales.

El autor destaca que, en esta etapa, se produce un gran avance teórico acerca de diferentes aspectos del Trabajo Social: *"La construcción de diversos modelos metodológicos, los fundamentos filosóficos de la profesión, el análisis*

*de experiencias concretas, el papel de la investigación, el papel de la ideología, el rol del trabajador social, las técnicas de intervención, el carácter científico de la profesión, la práctica profesional frente a determinadas problemáticas, etc."*[17].

Si bien, dentro de la Reconceptualización existen posturas teóricas ideológicas, en su mayoría contradictorias y clasificatorias, en todos los casos, se logra una ruptura con el modelo de Trabajo Social tradicional, constituyéndose en un proceso fundamental en el desarrollo de la identidad profesional en Latinoamérica.

En Argentina, el Trabajo Social con su dinamismo y fortaleza conforma uno de los pilares del Movimiento de Reconceptualización, en un proceso intenso de debates teóricos y metodológicos acerca de la profesión, constituyéndose la producción teórica en un referente para los demás países latinoamericanos.

Así, se gestan nuevos proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social, enfrentados con el proyecto hegemónico conservador. Si bien se destaca la orientación del Trabajo Social a un fuerte compromiso militante, esto trae como efecto una subvaloración de la teoría que da como resultado una escasa problematización teórica de los procesos sociales en curso.

El Movimiento se ve afectado y bloqueado por el Golpe Militar de 1976, y el fortalecimiento de una dictadura brutal y sangrienta, simbolizando la culminación de la Reconceptualización en Argentina.

Lo expresado anteriormente identifica el inicio del ***tercer escenario***, la instauración del *Estado de terror;* caracterizado por *"las persecuciones, los detenidos, los exiliados, los torturados y los desaparecidos ponen más que en evidencia la situación vivida durante la dictadura"* [18].

Con el Estado terrorista, regresaron las antiguas posiciones conservadoras del Trabajo Social, útiles a los intereses de la dictadura militar.

El ***último escenario***, comprende desde el retorno a la Democracia hasta la actualidad, y es aquí donde el autor, plantea un análisis a partir de dos aspectos: en el primer lugar, señala el desarrollo contemporáneo del Trabajo

[17] Ídem Pág. 42.
[18] Ídem. Pág. 44.

Social Argentino; y en segundo lugar, caracteriza a la "cuestión social" contemporánea como nuevo escenario de la acción profesional.

El regreso a la Democracia (1983) permite retomar los debates y los proyectos generados durante el Movimiento de Reconceptualización.

De esta manera, el retorno a la vida democrática, permite exponer posibles conjeturas a partir de retomar las producciones de la Reconceptualización en forma "textual", o preparar el camino hacia búsquedas complementarias. En ambos casos, no se considera el conocimiento logrado durante este Movimiento para producir nuevos conocimientos y perspectivas del Trabajo Social.

Entre la década de 1980 y 1990, el modelo neoliberal, la dinámica social, política y económica como así también la propia profesión; se ven afectados, tanto en los países del capitalismo avanzado como en los países periféricos. El objetivo central de dicho modelo es la estabilidad monetaria, para alcanzar la eficiencia económica.

Las consecuencias del ajuste estructural propios de la época son: "*Un considerado aumento de la pobreza y el empeoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones históricamente pobres, un sostenido aumento del desempleo y del subempleo, un deterioro de los sectores medios, y la precarización de las relaciones laborales y la protección social. De este modo, se concentró la distribución de la riqueza generando sociedades fuertemente duales"* [19].

De esta forma, las **políticas sociales** se focalizan, al perder su carácter universal para resolver las necesidades básicas de la sociedad no resueltas por las relaciones de mercado; pero necesariamente se debe acreditar la condición de pobre.

Por otra parte, es posible visualizar que en la actualidad, las políticas sociales además del componente participativo que intenta legitimarlas, mantienen también, el rasgo asistencialista que pretende atenuar la pobreza, aun cuando no puedan encontrar una solución definitiva al problema.

[19] Ídem. Pág. 46.

Asimismo, la inclusión de la participación en el diseño e implementación de políticas sociales, permite que el diagnóstico *a priori* sea más preciso, ya que la población es la base principal y es quien mejor conoce sus necesidades, sus recursos y oportunidades que tienen para abordarlas.

En resumen, la "cuestión social" logra una nueva conformación, y el escenario se presenta complejo y heterogéneo, planteando de esta manera nuevos desafíos a la Intervención profesional.

El autor, propone para este nuevo desafío del Trabajador Social, tres perspectivas diferentes. La primera perspectiva, se basa en los modelos de gestión social, con un carácter técnico-operativo, identificándose con las actuales posturas tecnocráticas que el profesional ha desarrollado en el período de 1960. Con respecto a la segunda perspectiva, se busca la especificidad de la profesión para reflexionar acerca de la producción de una nueva estrategia de intervención. Por último, la tercera perspectiva, fomenta el conocimiento de las teorías sociales, que posibiliten cuestionar y actuar en la nueva realidad de la cuestión social.

A modo de conclusión, y teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, se puede señalar que es fundamental el conocimiento de la complejidad con que se presenta la realidad social; y las propuestas creativas que elabora el profesional a través de su Intervención, las cuales pueden fomentar la superación de los modelos tradicionales del Trabajo Social y al mismo tiempo, consolidar el compromiso ético- político basado en los derechos de los actores sociales.

- **Rol del Trabajador Social**

Los profesionales de Trabajado Social operan en áreas específicas, afrontando con las personas involucradas, diversidad de necesidades y problemas sociales. Es preciso mencionar que, el **Rol del Trabajador Social** es particular, ya que interviene en escenarios que se modifican constantemente. Tanto las

realidades, los sujetos, los movimientos sociales, las organizaciones como los tipos de familia también se encuentran en permanente cambio.

De esta manera, es que el Rol del Trabajador Social, debe ser competentemente flexible como para poder ir modificándose y progresando frente a los nuevos escenarios.

Como se menciona anteriormente, el profesional desarrolla su tarea en una realidad concreta en la cual interviene con personas.

Natalio Kisnerman, expresa que el Trabajador Social, al no producir bienes materiales en el sistema productivo, desarrolla el **Rol de servicio**, el cual se inicia, en el momento en que una persona requiere de los servicios del profesional. Cualquier demanda, puede ser un punto de partida para establecer una relación profesional, un vínculo intersubjetivo de regulación recíproca de comportamientos, expectativas y representaciones, las cuales no siempre coinciden con la realidad (Kisnerman, 1998).

Se apunta a que de esa relación, surja la co-responsabilidad de la tarea, lo que significa construir, a través de la palabra, un contrato en el que todos los sujetos establecen un compromiso.

De esta manera, como en su momento (1922) lo define Mary Richmond, el Rol del profesional es ser un "**educador social**".

Se define ***educación*** *"como un proceso de interacción entre sujetos y su medio, mediante el cual éstos se apropian de instrumentos para operar en una realidad concreta, transformándola y transformándose ellos mismos. Cada vez que un comportamiento resulta inadecuado a una situación dada, obliga a incorporar nuevos elementos o a reorganizar los que ya se poseen, para actuar de acuerdo con las exigencias de la situación. A esto se llama aprendizaje. Este es un proceso de permanente deconstrucción y construcción junto a otros sujetos"* [20].

Los Trabajadores Sociales son **educadores sociales**, en el sentido de alentar intencionadamente en los actores con quienes trabaja, un proceso que

[20] Kisnerman Natalio, "Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el constructivismo." Ed. Lumen-Humanitas. Bs As. Argentina 1998. Pág. 173.

conduzca a la reflexión (con una visión global e histórica), sobre sus situaciones-problemas, y a asumir su propio proyecto frente a éstos.

La práctica, como acción educativa, rescata el protagonismo de los sujetos, en el sentido de insertarlos en la vida social y en la lucha por fortalecer sus propias iniciativas. Al valorizar la educación como elemento principal para generar *el cambio*, el profesional logra desarrollar actitudes de superación, cooperación, ayuda mutua, de convivencia democrática, de desarrollo personal y social en los sujetos con los cuales interviene.

A partir de la escasa bibliografía referida al concepto del Rol de Trabajo Social y siendo éste el eje central del presente trabajo, se considera necesario construir una reflexión acerca del mismo.

Se comprende por Rol, al **papel** que desarrollan los profesionales de un equipo de trabajo, dependiendo de la dinámica que se produce en el interjuego de las relaciones entre los miembros; y no de las características personales de cada sujeto. De esta manera, se intenta tomar distancia de las definiciones que habitualmente circulan en la cotidianeidad y se encuentran en autores como Ezequiel Ander-Egg y Natalio Kisnerman; quienes plantean al Rol como "...*el comportamiento…"* [21] *"…madurez emocional…"* [22]*. "Un Trabajador Social opera con personas. Trabajar con ellas es atractivo, pero difícil, ya que las situaciones que debe afrontar resuena en uno mismo, generando ansiedades, conmociones y en algunos casos hasta frustraciones ante la imposibilidad de resolverlas. De ahí la necesidad de equilibrio, de madurez emocional, ya que la propia personalidad del trabajador social es un instrumento de trabajo"* [23]*.*

Por tal motivo, el análisis que se lleva a cabo, apunta a la **construcción** de un Rol basado en la **actitud y función** que alcanza cierto reconocimiento y que es visibilizado por los miembros de una sociedad.

[21] Lagos, Griselda Alid. "Rol del Asistente Social en el Ámbito Local". Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.1.htm
[22] Kisnerman Natalio, "Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el constructivismo." Ed. Lumen-Humanitas. Bs As. Argentina 1998. Pág. 170.
[23] Ídem.

Griselda Lagos, *"…en un sentido más restringido, se habla de **"roles profesionales"** a aquella función que se desempeña y que los otros esperan que desempeñe, aquellos que ejercen una determinada profesión"* [24].

Entre los **Roles** profesionales que desempeña el Trabajador Social en el área comunitaria, la autora desarrolla:

- ✓ **Educador:** El profesional debe brindar a las personas de la comunidad, las herramientas necesarias y suficientes para crear distintas destrezas y habilidades, con la finalidad de que cada individuo pueda resolver sus propios problemas o dificultades. Las estrategias más empleadas, por quienes trabajan en la comunidad, son las charlas, talleres, entrevistas grupales, entre otras. Esto conlleva a generar una participación activa de los individuos que conforman el grupo, pensando siempre que el último fin es lograr, que cada individuo haga uso de sus potencialidades y conocimientos, para que pueda por sí mismo, y en el momento que lo requiera, resolver las dificultades. Con ello, se logra un cambio positivo de conducta que contribuya a elevar la condición y el nivel de vida de los sujetos.
- ✓ **Coordinador:** El Trabajador Social, cumple la función de coordinar las actividades que al interior de la comunidad se planifican y acuerdan conjuntamente con los participantes que la integran. Además, se ocupa de coordinar contactos con otros profesionales y técnicos que brindan ayuda a las acciones y actividades programadas en beneficio de la comunidad. Es fundamental que la coordinación sea también planificada, para así evitar falencias o imprevistos que puedan perjudicar el cumplimiento de las actividades en el proceso de la ejecución. Aquí también corresponde al Trabajador Social, la tarea de ser intermediario entre la comunidad y las instituciones involucradas con ella, a fin de efectivizar los objetivos propuestos.
- ✓ **Asesor - Orientador - Consultor:** Este Rol (en la práctica del trabajo comunitario, con las organizaciones funcionales y territoriales), se cumple en cuanto el principal objetivo, es buscar distintas alternativas

[24] Lagos, Griselda Alid. "Rol del Asistente Social en el Ámbito Local". Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.1.htm

que permitan a los dirigentes y a las personas en general, poner en práctica la capacidad de autogestión, sobre todo en la solución de las necesidades básicas que afectan al colectivo social. Aquí, el Trabajador Social tiene la misión de trabajar unido con sujetos, para que puedan utilizar adecuadamente las redes sociales que le permitirán salir de su condición original. Asesorar y orientar en la comunidad, significa gestionar la participación comunitaria en la solución de problemas y necesidades, utilizando adecuadamente los servicios existentes.

- ✓ **Planificador:** En la actualidad, se observa que éste es un Rol que le compete y debe ejecutar el Trabajador Social, en donde demuestra la capacidad y el bagaje de conocimientos teóricos que posee para llevar a cabo la formulación de planes, proyectos y programas. Los mismos, se encuentran dirigidos a solucionar una carencia detectada en la elaboración del diagnóstico comunitario; siempre hay que tener presente que los problemas divisados deben ayudar al profesional a elaborar un programa que esté destinado a solucionar (ya sea en parte o en forma definitiva) el problema manifiesto. Lo importante, es que el profesional, debe elaborar el plan estratégico con las personas que presentan el problema. No se trata de realizar un programa para "lucirse", sino que el objetivo, debe satisfacer básicamente a las personas vulnerables con la problemática detectada; es así que surge entonces, la ejecución de un proyecto específico.
- ✓ **Mediador:** El Trabajador Social puede y debe intervenir como mediador, ya sea dentro del grupo como en la propia comunidad; actúa a través de la actitud, acción, y disposición frente a situaciones de conflicto. De esta forma, permite reforzar las relaciones existentes entre el gobierno local o la institución a la que pertenece y la comunidad con la cual está trabajando. Ejerce la capacidad de solucionar situaciones muchas veces no resueltas por las personas, ya sea por falta de técnicas, o simplemente porque no hay interés en buscar otras alternativas de solución. Cuando llega el profesional a trabajar con la comunidad y detecta ésta situación, planea acciones para intervenir, cumpliendo el Rol de mediador. Casi siempre las situaciones problemas son resueltas,

cuando el profesional logra encontrar las soluciones y de ésta manera, consigue influir al grupo o la comunidad a que actúen conjuntamente en la conquista de satisfacer las propias necesidades. No hay que olvidar, que la mediación, no es más que encontrar el mejor acuerdo entre las partes involucradas en una situación problema.

- ✓ **Gestor:** Rol que tiene estrecha relación con la utilización adecuada de recursos por parte de los sujetos que requieran de ellos. Aquí, el profesional es el intermediario entre los usuarios y las instituciones, debido a que tiene conocimiento acerca de las problemáticas de la comunidad y al mismo tiempo, gestiona la ayuda por medio de diversos organismos.
- ✓ **Ejecutor:** Al momento de elaborar un programa o proyecto, el Trabajador Social, debe saber y conocer los temas que son de interés para la comunidad y a los cuales las personas le darán importancia. De ésta manera, fomenta una mayor participación en las mismas. Como profesionales, no es posible arribar a la comunidad para implementar un programa de desarrollo comunitario sin haber efectuado el diagnóstico preliminar correspondiente, el cual demuestre que el tema es merecedor de ser abordado con un determinado proyecto.

A partir de lo mencionado anteriormente, se concluye que, el Trabajador Social tiene un Rol fundamental a la hora de *diseñar, organizar, ejecutar y evaluar acciones preventivo-promocionales* para transformar la realidad social de las personas, las familias y la comunidad. El Rol de **planificador social** se combina con el de **educador** a fin de promover conjuntamente con la comunidad, nuevas condiciones de vida de las personas con las cuales se trabaja en un determinado escenario.

La trayectoria del quehacer profesional plantea un giro desde el estilo asistencial y paternalista, que se instaló en algunos campos de acción disciplinaria; hacia un estilo caracterizado por el *Rol de facilitador de procesos de transformación y cambio social en las personas*; en donde se instalan instancias de participación social que habilitan a la reflexión crítica y a la discusión en torno a la modificación de los determinantes sociales que afectan

la calidad de vida de la sociedad.

- **Paradigma de la Complejidad**

Resulta oportuno comenzar con el aporte que el autor Thomas Khun utiliza del término **paradigma**, el cual se emplea *"para designar realizaciones científicas reconocidas de manera universal y que le proporcionan a una determinada comunidad científica modelos de problemas y soluciones: procedimientos, leyes, teorías y conceptos compartidos que constituyen una unidad, una manera de ver el mundo. Existen diversos paradigmas y cada uno se estructura de acuerdo a sus elementos constitutivos, no siendo comparables entre sí"* [25]. Edgar Morín, aporta otra concepción de paradigma, definida como un *"principio de distinciones/uniones/oposiciones fundamentales entre algunas nociones claves, que dirigen y ordenan el pensamiento, es decir, la constitución de teorías y la producción de discursos"* [26].

A partir de la segunda mitad del siglo XX**,** se inicia el **pensamiento de la complejidad** como una respuesta ante la interpretación determinista y reduccionista que caracterizó la concepción tradicional de la Ciencia hasta esos tiempos. Sus antecedentes provienen de la teoría informática, la cibernética y de los sistemas; y es a partir de éstas, que se desarrollan las teorías sobre la organización como auto-organización, las cuales se apoyan en los principios: dialógico, de recursión y hologramático, fundamentando así la comprensión no lineal del conocimiento científico.

Morín, principal referente del **Pensamiento Complejo**, lo caracteriza como la incertidumbre, el desorden, las imprecisiones, la ambigüedad; como parte de comprender la complejidad en el entramado de los fenómenos sociales. *"La complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo*

[25] Vélez Restrepo, Olga Lucia. "Reconfigurando el Trabajo Social". Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio. 2003. Buenos Aires. Argentina. Pág. 39.
[26] Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. 2009. Argentina. Pág. 179.

*fenoménico. Así es que, la complejidad se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir, de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre"* [27].

El objetivo de la complejidad es contextualizar, globalizar y recoger el desafío de la incertidumbre. Todo su pensamiento, circula alrededor de una Ciencia que sea capaz de pensarse a sí misma y para lo cual, expone el Paradigma de la Complejidad. Lo que propone, es develar cómo la Ciencia clásica aportó una preocupación por la verificación y su experimentación, y un método de pensamiento fundado en la disyunción y reducción llamado simplificación. La disyunción permitió el conocimiento simple y medible, y la posibilidad de su matematización. Dicho conocimiento se identificó con el orden, las leyes que gobiernan la naturaleza y su determinismo universal, apartando de éste pensamiento, todo lo referente a lo complejo. Por el contrario, el pensamiento complejo consiste en realizar un ir y venir entre certidumbres e incertidumbres, entre lo elemental y lo general, entre lo separable y lo inseparable, que sin abandonar los principios de la Ciencia clásica (orden, separabilidad y lógica) los ubica en un esquema que sea integral y dialógico.

Se puede observar que el mundo actual se presenta de manera compleja, y esta complejidad es difícil de revolver porque la incertidumbre que lo identifica presenta características de lo viejo, conviviendo a veces, en conflicto con lo nuevo.

A través del paradigma de la complejidad, se plantea una nueva manera de pensar la realidad. Si bien la Ciencia clásica apuntaba al conocimiento de lo universal y general, la Ciencia de la complejidad se funda en el conocimiento de lo diverso y lo particular. De esta manera, la sociedad le impone al conocimiento el reto de enfrentar la complejidad, promoviendo y desarrollando una inteligencia que sea capaz de estudiar el contexto desde una concepción global.

Por lo anteriormente desarrollado, se considera al **Pensamiento de la Complejidad** fundamental para pensar, abordar y percibir la realidad. De esta manera, se puede construir una mirada crítica de las prácticas llevadas a cabo

[27] Calienni, Mónica y colaboradores. "Ponencia: Trabajo Social, Complejidad e Interdisciplina. UNMdP. 2008. Pág. 5.

en el Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y la Guardia del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende; con el fin de extraer experiencias y aprendizajes que propicien la reflexión.

- **Metodología de Intervención en Trabajo Social**

El tema acerca del **método**, desde Mary Richmond, hasta la actualidad, ha constituido un punto histórico de debate. La misma, fue la precursora de las primeras sistematizaciones en relación a las intervenciones profesionales basadas en el eje de su metodología (**estudio - diagnóstico - tratamiento**). Esta propuesta metodológica apunta a obtener una amplia información y comprensión acerca de la persona y su problemática social, llevando a cabo una serie de pasos que produzcan la modificación de los comportamientos individuales.

Conceptualiza al Trabajo Social como *"un conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social"*[28]. Refiere al término "reajuste" como equivalente para llevar a cabo la modificación de las actitudes, y a desarrollar la personalidad a través de relaciones sociales reafirmadas y mejor adaptadas. La autora, ha centrado sus trabajos en la atención individualizada, sin perder la visión del todo social en donde se encuentra inserto el individuo, lo cual implica una articulación de relaciones, en cuya trama deben situarse los problemas sociales.

Susana Cazzaniga, sugiere repensar el **método**, entendiendo que la configuración del mismo es una mediación que se basa en un entramado de supuestos, en que se inscribe el Trabajador Social, en el contexto de las distintas corrientes teóricas que atraviesan a la disciplina (Cazzaniga,1995).

El método, se funda desde un enfoque teórico que supone un entramado de supuestos explícitos o postulaciones, como plantea Alvin Gourdner, donde aquí

[28] Kisnerman, Natalio. "Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo". Ed. Lumen Hvmanitas. 1998. Pág. 46.

se juega lo epistemológico, lo conceptual, lo ideológico, lo ético y cada uno opera como guía.

Por otra parte, el autor agrega que esta postulación contiene un segundo conjunto de supuestos, asignándole el nombre de supuestos básicos subyacentes, en los cuales se encuentran las creencias simbólicamente construidas y asimiladas por el científico social (Gourdner, 1998).

A partir de lo expresado, cabe señalar que el Trabajador Social debe explicitar las corrientes teóricas que respaldan sus propuestas metodológicas; y al mismo tiempo en su acción profesional, debe comprender los supuestos básicos que subyacen en la construcción teórica a la que adhiere; como así también los propios supuestos personales, que serán aplicados en el momento de determinar el enfoque a utilizar.

El **método** se define como una "*estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (fenómeno, situación, etc.) desde una perspectiva teórica (entramado de supuestos) que establece los criterios de selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta sus características particulares y la forma particular en que debe ser abordado*" [29].

Cabe aclarar que la estrategia, comprende llevar a cabo tareas de combinación, coordinación, distinción, distribución y aplicación de acciones, necesarias para alcanzar un objetivo.

Se plantea entonces que el **método**, configura una mediación entre teoría y realidad, que no se define anticipadamente, como dispositivo de axiomas y reglas a seguir, sino como construcción. Desde esta perspectiva, pensar en el método, implica pensar en el entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde donde se comprende la realidad a modificar y se determinan las formas de realizarlo. Asimismo, se trata de un recurso analítico y operativo, el cual es apropiado por el Trabajador Social para enfrentar racionalmente los problemas específicos de su ejercicio profesional.

El **proceso metodológico**, en palabras de Susana Cazzaniga, se constituye a partir de tres dimensiones: **matriz conceptual**, **realidad** y **campo**

[29] Cazzaniga, Susana. "Metodología y Trabajo Social" (1ºParte). Facultad de trabajo Social. UNER. 1995. Pág.4.

**problemático**. Las categorías de la matriz conceptual interpelan la realidad y remiten a la construcción del campo problemático de intervención.

Se entiende por **matriz conceptual** a la constelación de categorías teóricas generales y particulares que dan fundamento a la disciplina y a la intervención profesional. Así mismo, se plantea como requisito para la construcción de mediaciones conceptuales que va conformando el campo problemático de intervención. Dicho **campo problemático**, se comprende como la construcción conceptual, que resulta de la tensión producida en la relación entre teoría y práctica. De este modo, la Intervención profesional, se focaliza y se recorta, a partir del cual se definen las distintas líneas de abordaje. La construcción y redefinición de los campos problemáticos de la Intervención profesional, tiene relación con las transformaciones sociales que afectan la vida cotidiana de los sujetos.

Margarita Rozas, considera que el **campo problemático** es la respuesta sobre "qué" se interviene en Trabajo Social, donde se analiza el objeto de intervención como un objeto de construcción teórico-práctica. Dicho objeto, se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, que se expresa a partir de múltiples necesidades, explicitadas como demandas y carencias, y que de esta forma se hacen presentes en las Instituciones a fin ser abordadas o derivadas.

Cabe aclarar que, para lograr comprender dicho proceso metodológico es necesario reconocer la **relación entre sujeto-necesidades sociales**. La misma facilita una mirada estratégica en el momento de intervenir en una situación, conformando un campo problemático para su comprensión y abordaje profesional, teniendo en cuenta cada una de las Instituciones desde la cual opera. Por lo tanto, el eje que orienta la direccionalidad de la Intervención profesional, resulta de la compleja relación entre sujeto-necesidades.

La autora Margarita Rozas Pagaza, desde una perspectiva marxista, plantea que el concepto de **necesidad** se encuentra vinculado al concepto de valor. "*La necesidad vinculada a la teoría del valor, crea necesidades que son parte fundante de las necesidades económicas, es decir, que se orienta la producción de dichas necesidades en función de la valorización del capital.*

*Para Marx, las necesidades impuestas por la división del trabajo y por la aparición de necesidades en el mercado responden a una necesidad del capitalismo y no a necesidades humanas. (…) El fin de la satisfacción de las necesidades no es el hombre, sino la producción de objetos de necesidad que deben ser consumidos a fin de valorizar el capital. Entonces, la* ***relación del hombre con la necesidad*** *está mediada por el consumo y la fantasía de la posibilidad de su satisfacción, porque el hombre vive y siente sus necesidades como un hecho real y, sin embargo, lo real es un imaginario que vive con angustia por la imposibilidad de satisfacción de las necesidades creadas por el mercado"* [30].

Continuando con esta perspectiva, señala que *"el Trabajador Social, al reducir el sentido de las necesidades al plano de la reproducción biológica del hombre, deforma la naturaleza de las necesidades humanas perdiendo de vista su carácter social, asumiendo así la lógica de la reproducción de necesidades del sistema capitalista"* [31]. Por otra parte, también considera que *"la simplificación del concepto de necesidad al reducirla a su nivel de carencia, limita al Trabajador Social en una comprensión integral y humana de las necesidades, al mismo tiempo que, refuerza una práctica sin proyección y direccionalidad"* [32].

Según Olga Restrepo, la **metodología** como proceso, integra los supuestos teórico y filosóficos que fundamentan la perspectiva de la realidad sobre la que se va a actuar; como así también, los lineamientos producidos por el contacto directo con la realidad específica, las pautas de acción, los métodos o modos específicos de actuación, y las técnicas o herramientas a través de las cuales se implementan las acciones correspondientes.

La metodología conforma un proceso de conocimiento, acción y reflexión que se desarrolla siguiendo una lógica específica, reguladora de un accionar particular que requiere el cumplimiento de determinados objetivos que se transforman en resultados. Los métodos, forman parte de las características esenciales al proceso metodológico; y los objetivos, simbolizan las políticas

[30] Campara, Melisa; Garma, María E. "Los caminos conceptuales para dar cuenta del Sobre Qué en la formación profesional de Trabajadores Sociales en la UNR". Revista Cátedra paralela. Nº3.2006.Pág. 9.
[31] Ídem.
[32] Ídem.

generales que determinado enfoque metodológico contiene y actúan representando la imagen que se posee de la realidad.

De esta manera, la metodología tiene que reunir el conocimiento del contexto en el cual se interviene, los objetivos y las funciones que el profesional del Trabajo Social se propone llevar a cabo.

Se retoma a la autora Rozas Pagaza, quien plantea que el proceso metodológico se conforma por tres momentos: **inserción, diagnóstico y planificación**; los cuales pueden ser aplicados tanto en el nivel individual, grupal como en el nivel comunitario (Pagaza, 2002).

Los momentos del **Proceso Metodológico** son:

- INSERCION: Refiere el primer acercamiento a la realidad que es sometida a la intervención, donde se adquiere el conocimiento de los aspectos generales de la problemática. La adquisición de dicho conocimiento, permite la obtención de información que es analizada desde éste primer momento y durante todo el proceso metodológico.
- DIAGNOSTICO: Un momento de síntesis de un proceso de conocimiento que se ha generado desde la inserción del profesional en el contexto particular de su intervención, con el fin de indagar sobre el campo problemático. Este diagnóstico adquiere relevancia cuando se incluye la perspectiva de los actores sociales en la problematización de la realidad, teniendo en cuenta la percepción que tienen acerca de sus propias vidas, su historia y sus necesidades. Un diagnóstico que reúna éstas características permite una mirada crítica y desnaturalizada de los problemas sociales, posibilitando una intervención transformadora.
- PLANIFICACION: Es el proceso que permite decidir en forma anticipada qué se quiere lograr, cómo lograrlo, cuándo, con qué recursos, dónde y para quiénes. En este momento se diseñan ordenada y lógicamente las actividades destinadas a lograr los objetivos que se plantea la Intervención. Es en ésta etapa, en la que se construyen estrategias eficientes y eficaces para cada realidad particular.

*Se concluye que, "los **métodos de Trabajo Social** son reflejos de las épocas, y el surgimiento y consolidación de uno u otro tiene que ver con las visiones, concepciones, intereses, demandas y necesidades (sociales y profesionales) prevalecientes en cada momento"* [33].

- **Intervención Profesional**

Alfredo Carballeda señala que, la **Intervención Social** se construye en el marco de la Modernidad, impregnada de los postulados más relevantes de aquella época, los cuales planteaban la contradicción entre la promesa de emancipación y el sometimiento. El disciplinamiento (como expresión del control punitivo), se presenta como un operador vinculado con la Intervención Social. Este, básicamente se expresa en la búsqueda y construcción de la organización racional de la vida cotidiana; y la propuesta de orden y control, se plantea como la necesidad vinculada con la libertad.

En el campo de la Intervención Social dialogan de manera intensa el disciplinamiento y la noción de necesidad. Por un lado, esta noción de necesidad, suele ser entendida como una dificultad de adaptación, individual, comunitaria o grupal sujeta al desconocimiento de la racionalidad moderna. Por otro lado, la misma, le otorga una forma de dirección a distintas expresiones de las prácticas de Intervención Social. De ésta manera, la idea de necesidad, desde el inicio de las prácticas de Intervención Social (tal como se conocen en la actualidad), es impuesta por el orden de la Modernidad y puede tener distintas miradas y expresiones en su propio acontecer histórico.

El comienzo de la Intervención Social está ligado a tres elementos: la noción de sociedad, el concepto de cuestión social y la construcción de prácticas y objetos de conocimiento. Dichos ejes, se consideran constitutivos de la Intervención Social, y construyen diferentes espacios de diálogo, encuentro y confrontación. Estos se consolidan especialmente a través de la propia práctica

[33] Vélez Restrepo, Olga Lucia. "Reconfigurando el Trabajo Social". Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio. 2003. Buenos Aires. Argentina. Pág. 65.

y de los interrogantes que fueron surgiendo en su desarrollo (Carballeda, 2007).

En la actualidad, la Intervención en lo Social, se presenta como un "espacio de libertad", ya que se construye en pequeñas grietas, fracturas, lugares, donde es posible reconstruir historicidad, comprender a ese "otro" como un portador de historia social, de cultura, y de relaciones interpersonales; y no como un sujeto a modelar (Carballeda, 2002).

Como consecuencia de la creciente complejidad social, es necesario pensar distintas modalidades de Intervención que permitan un acercamiento a la particularidad de lo local, debido a la heterogeneidad que presenta la sociedad y a las dificultades de acceso a la comprensión y explicación de diversos fenómenos. Los mismos, se presentan en la práctica cotidiana como problemas en tanto demandas de tipo general. Por lo expresado, es que se considera relevante para el Trabajador Social, reflexionar y analizar críticamente lo que se hace en toda Intervención, con la finalidad de revisar y observar, desde dónde y para qué se interviene en lo social.

Asimismo, la Intervención Social puede comprenderse, por un lado, desde la tensión entre distintas perspectivas dominantes en el pensamiento social; y por otro, desde las formas en que los sujetos de Intervención y los problemas sociales son construidos.

*"Toda forma de Intervención Social se apoya en referentes técnicos, necesita de métodos y técnicas de acción y tiene una intencionalidad que viene dada por un marco ideológico, político o filosófico de quien realiza esas acciones"* [34].

Ander-Egg, señala que la Intervención Social *"se ha introducido en el campo de las prácticas sociales, para designar el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemáticas y organizadas, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado"* [35].

Cazzaniga, conceptualiza el término Intervención profesional como *"la puesta en "acto" de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de*

[34] Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina. Pág. 131.
[35] Ídem.

*intervención), en el marco de una especificidad profesional"* [36]. El origen de dicha Intervención, se encuentra atravesado por el lugar que la profesión de Trabajo Social tiene asignado en el imaginario social. Es decir, la construcción histórico-social que se ha elaborado de esa profesión: funciones, características, práctica, resultados esperados, entre otras.

Otro aspecto a destacar acerca de la Intervención, es que se trata de una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores: ya sea desde aquellos que solicitan la Intervención (Instituciones, sujetos individuales y colectivos), como desde el propio profesional. Esto conlleva a destacar dos dimensiones relevantes de la Intervención:

- La **demanda**, que se encuentra atravesada, tanto por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas; como por las necesidades de los sujetos que la solicitan, dentro de un contexto histórico concreto.
- La **Intervención como proceso artificial**, que requiere desde el profesional la capacidad de comprender e interpretar la demanda, e incorporar una reflexión ética a fin de reconocer las consecuencias que *sobre el otro* produce la Intervención.

Carballeda, reflexiona que *"la Intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese "otro" sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la Intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer"* [37]*.* La Intervención, es también un lugar de certezas e incertidumbre, de allí que involucre un compromiso ético. Debido a que se interviene sobre los problemas sociales, y en función del padecimiento que éstos generan sobre los sujetos. En este sentido, *"la reflexión también se orienta hacia los condicionantes de la Intervención, desde diferentes aspectos, pero esencialmente a partir de prácticas, representaciones sociales y construcciones discursivas que la preceden. De algún modo le imponen un orden, una ley que le confiere dirección al "hacer", de allí que la Intervención envuelve una*

[36] Cazzaniga, Susana. Metodología y Trabajo Social (1ºParte). Facultad de trabajo Social. UNER.1995. Pág.1.
[37] Alfredo Juan Manuel Carballeda. "La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas" Revista Escenarios Nº2 Escuela Superior de La Plata. UNLP La Plata 1997.Pag. 7.

*reflexión ética, donde las prácticas requieren mirarse hacia dentro, dialogar con su propia historia, con los atravesamientos del contexto"* [38].

En síntesis, se considera a la Intervención como un instrumento de transformación de las circunstancias donde se actúa, y como un dispositivo de integración y facilitador del diálogo entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales.

La Intervención en lo Social, es una acción básicamente intersubjetiva y fuertemente discursiva, de allí la importancia de que la palabra, la mirada y la escucha sigan siendo los elementos que sostenga en su hacer diario el Trabajador Social. De este modo, la Intervención, se enuncia como posible dispositivo de reconstrucción de subjetividades, entendiendo a la necesidad como producto de derechos sociales no cumplidos. De ahí que se la considera como un medio y no un fin en sí misma, dado que contribuye a la integración de la sociedad desde una perspectiva inclusiva.

- **¿Objeto o Sujeto de Intervención?**

La temática del **Objeto** en Trabajo Social, según Gustavo Parra, se considera una preocupación sistemática y fundamental de la profesión, en relación a los interrogantes, cuestionamientos y problemáticas teóricas de la misma. Durante el Movimiento de Reconceptualización se desarrolla un proceso de análisis y reflexión, donde se instala en la profesión la discusión y el análisis sobre la cientificidad y el debate en torno al método y su objeto.

A comienzos de la década del 70, Herman Kruse, plantea que uno de los factores que no permiten al Trabajo Social lograr su cientificidad es *"la imprecisión respecto al objeto del servicio social"* [39]. Afirma que la Reconceptualización ha generado cuestionamientos y discusiones en torno a los aspectos fundamentales de la profesión, consolidándose un arduo debate

[38] Ídem.
[39] Parra, Gustavo. "El Objeto y el Trabajo Social". Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. Disponible en: www.ts.ucr.ac.cr

sobre el Sujeto del Trabajo Social. De esta manera, señala que *"ya no se duda, ni se discute, que el sujeto son los propios clientes, nunca el profesional"* [40]. Y de esta forma, identifica dos perspectivas en referencia al Objeto: por un lado, las consecuencias ocasionadas en las personas por los problemas sociales; y por otro, los problemas sociales derivados de la situación de dependencia y subdesarrollo. Cada una de estas perspectivas deriva en diversas maneras de llevar a cabo la práctica profesional.

A mediados de la década del 70, el autor Boris Lima, también realiza sus aportes en cuanto a la profesión. Señala que el Trabajo Social se hace científico en el momento en que *"decide tomar para sí la indagación de las relaciones causales de las necesidades con las cuales se enfrenta. Cuando se preocupa por conocer las cuestiones esenciales de los fenómenos o problemas que se le ofrecen como objeto de estudio y de intervención. Es decir, cuando inicia el camino al interior de los fenómenos, para encontrar en ellos la naturaleza contradictoria y sustancial que los explica"* [41]. Plantea que la profesión se dedica a estudiar la realidad y también a intervenir y actuar en ella, transformándola desde el compromiso con los sectores oprimidos de la sociedad.

Hasta esa época el Objeto señalado por el Trabajo Social es el hombre desvalido, el que entra en desequilibrio, desajuste o inadaptación con el orden socialmente establecido, aquel hombre que requiere ser controlado y dirigido. "*El objeto es aquello que una disciplina estudia y/o transforma por su acción y que según las particularidades del hacer del Trabajo Social, este objeto se va desdoblando en otros objetos. Porque el qué del Servicio Social está constituido por el ambiente humano del hombre explotado"* [42]. De esta manera, se conforma un sistema de Objetos al considerar al hombre oprimido en su cotidianeidad frustrante. Aquí, deriva la conclusión de que siempre existe un Objeto a investigar, a conocer, a indagar, y el cual es abordado empleando los métodos apropiados para que el propio Objeto se convierta en Sujeto de acción.

---

[40] Ídem.
[41] Ídem.
[42] Parra, Gustavo. "El Objeto y el Trabajo Social". Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. Disponible en: www.ts.ucr.ac.cr

Parra, afirma que la perspectiva que aporta Lima respecto al Objeto, apunta a quebrar la visión hegemónica sobre los Objetos de las Ciencias, en la medida que plantea el tránsito entre Sujeto y Objeto.

En década del 80, Mercedes Escalada, lleva a cabo algunas críticas respecto a las construcciones y propuestas metodológicas reconceptualizadas, objetando que no habilitan a la consolidación de un cuerpo teórico y científico del Trabajo Social, al presentar dificultades epistemológicas en el uso mecanicista del materialismo dialéctico e histórico.

La autora, refiere que *"la falta de definición del objeto del Trabajo Social, la sobrevaloración de los objetivos en detrimento de éste y la consideración de un objeto demasiado genérico, fueron causas determinantes que obstaculizaron la teorización en el Trabajo Social"* [43].

La autora realiza un análisis de las posturas y posiciones de diferentes autores, en referencia al Objeto de la profesión, marcando la diversidad y la falta de coincidencia entre los mismos. Señala que Objetos como "la acción del hombre oprimido y dominado", "la alienación de las masas desposeídas", son demasiado genéricos como para definir la disciplina del Trabajo Social. Lo anteriormente expresado da como resultado un problema central en la definición del Objeto. Por lo tanto, plantea que *"el objeto de una disciplina es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya satisfacción debe ejercerse una función específica; (...) entonces lo que hay que investigar teóricamente y en primer lugar, es esa necesidad, esos problemas, ya que el dominio gradual sobre ellos es lo que determinará las pautas para actuar"* [44].

Siguiendo el análisis realizado por la autora, se observan nuevos elementos fundamentales y necesarios para el desarrollo científico de la profesión. Por un lado, caracterizar al Trabajo Social como una disciplina de las Ciencias Sociales; y por otro lado, identificar el tema de las necesidades como base del requerimiento de la profesión.

[43] Ídem.
[44] Ídem.

De este modo, afirma que el Trabajo Social puede y debe definir un **Objeto de Intervención y de Conocimiento** que identifique su quehacer. Existe una necesidad histórica que hace surgir la función social, la cual toma forma en el Trabajo Social. Dicha necesidad y función social definen el Objeto de la profesión.

El Objeto se constituye a partir de esta necesidad histórica y de su función social, agregando que el mismo puede ser definido también, como los problemas sociales o como las metas a alcanzar. Concluye que, *"una de las dificultades principales que tiene aún el Trabajo Social para elaborar teoría para su propio consumo, es que no se sabe qué se va a estudiar, porque no hay precisión sobre el objeto. Esto, agregado a la subestimación a la teoría, lo que dificulta la articulación con la totalidad y con la historia, y agregado a la práctica de una metodología inductiva, determina que las investigaciones del Trabajo Social, queden encerradas en una descripción de lo particular, sin superar la crítica a las prácticas teóricas del Trabajo Social Tradicional"* [45].

La perspectiva planteada por el Ce.L.A.T.S.[46] en la década del 80, hace referencia que el Trabajo Social no tiene un Objeto de estudio, sino un **Objeto de Intervención**, que es al mismo tiempo Objeto de Conocimiento. Lo define de la siguiente manera: *"Definir el problema objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional"* [47]. Agrega que los profesionales se enfrentan a distintas problemáticas, pero no con problemas de intervención definidos, desde allí la importancia de definir y delimitar el problema Objeto de Intervención. Lo cual requiere del conocimiento de la institución, de los Sujetos que reciben la Intervención profesional, de las necesidades sociales, de las características y formas de intervención profesional; además que el Trabajo Social define su Intervención en el campo contradictorio de relaciones sociales (Institución-Usuario-Trabajador Social). Concluye que el *Objeto de Intervención no está dado en la realidad*, por lo que no puede ser delimitado o definido a

[45] Ídem.
[46] Centro Latinoamericano de Trabajo Social, órgano académico de la Asociación Latinoamericana de Escuela de Trabajo Social (A.L.E.T.S.) radicado en Lima Perú.
[47] Parra, Gustavo. "El Objeto y el Trabajo Social". Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. Disponible en: www.ts.ucr.ac.cr

priori; sino que *es una construcción*, una delimitación conceptual y práctica del problema sobre el cual se interviene.

Margarita Rozas Pagaza, retrabaja el concepto de **Objeto de Intervención** aportado por el Ce.L.A.T.S, y propone que dicho Objeto es una *"construcción teórico-práctica y producto de procesos sociales particulares, en tanto que se constituye en el conjunto de diversas problemáticas que expresan los actores sociales; problemáticas que son expresiones de necesidades sociales que tienen connotaciones ontológicas y antropológicas, en un contexto determinado por la reproducción cotidiana de la vida social"* [48].

En el contexto de complejidad en el que se constituye el Objeto de Intervención, y para llegar a él, propone que es necesario articular una manera de organizar y dar significado al conjunto de las acciones que sean necesarias en el abordaje del Objeto. Así es como, la *Metodología de Intervención* se conforma como una guía que favorezca los procesos particulares de la práctica de los actores sociales. Para la autora, *"la determinación del Objeto de Intervención y el conocimiento del proceder para abordarlo, permiten avanzar en la reflexión del saber especializado de la profesión... No es posible la producción de conocimiento sin investigación... Sólo la comprensión teórico-práctica de la construcción del Objeto de Intervención nos permitirá superar las falacias dicotómicas entre teoría-práctica, institución-comunidad, etc."* [49].

Alicia Gonzalez-Saibene, por un lado, plantea que al **Objeto de Intervención** no lo establece el Trabajador Social, ni lo generan los profesionales que comparten el espacio laboral. Por otro lado, agrega que "*definir el objeto de intervención significa delimitar sobre qué actuar; esta delimitación está basada en el conocimiento de los diversos actores sociales que comparten los escenarios -la organización desde la cual se interviene, la caracterización de aquellos para los que se trabaja y los objetivos, características y formas de la intervención profesional- de lo que resultará un proceso complejo de análisis de los mismos que nos mostrará los intereses, las fuerzas en conflicto, las dificultades de la acción"* [50].

---

[48] Gonzalez- Saibene, Alicia. "El Objeto de Intervención Profesional: Un mito del Trabajo Social". Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe, Argentina. 2000. Pág.10.
[49] Ídem.
[50] Ídem. Pág.7.

Se indica que el profesional de Trabajo Social no puede "delimitar", "definir", ni "construir" su propio Objeto. El Objeto sobre el que se interviene, a fin de ser modificado desde cualquiera de las disciplinas que conforman el campo, está establecido por y en ese espacio de relaciones de poder que configura cada organización (Gonzalez-Saibene, 2000).

Por lo tanto, concluye que *"el Objeto es de la organización, político, ideológico, histórico, social y simbólicamente estructurado, construido en el mismo proceso (dinámico, conflictivo, contradictorio) de su legitimación y consolidación"* [51]. De esta manera, se observa que las políticas que implementa la organización van delineando ese Objeto y estableciendo estrategias para su abordaje de manera explícita o no, a través de normas claras o en ausencia de ellas, mediante programas y proyectos o por medio de la burocracia que, fomenta su propia supervivencia por encima de la población "objetivo" de las políticas.

Según la autora, el **Objeto del Trabajo Social** son las relaciones sociales, las cuales son más que relaciones entre intersubjetividades, establecidas entre posiciones sociales y condiciones de vida; a su vez que son más que la reproducción de la totalidad del proceso social, de determinado modo de vida. Las *relaciones sociales* comprendidas como relaciones complejas, se encuentran *"sostenidas en la dialéctica producción/reproducción de lo social y atravesadas por una noción de sujeto construida desde el entrelazamiento de múltiples componentes"* [52]; las cuales a su vez, resisten la lucha e incorporan el elemento de la negociación.

Existe una clara diferenciación y una relación de tensión entre **Objeto profesional** y **Objeto organizacional**; donde se señala que éste último se trata de ese espacio, manifestación singular de la conflictiva social, que se va configurando a través de las políticas sociales que cada organización diseña e implementa; donde el Trabajador Social llevará a cabo una intervención planificada.

"*Ya en los años 70, algunos Trabajadores Sociales llamaban la atención hacia la denominación **objeto** (que se aplica al segmento de realidad que una*

[51] Ídem. Pág. 35.
[52] Campara, Melisa; Garma, María E. "Los caminos conceptuales para dar cuenta del Sobre Qué en la formación profesional de Trabajadores Sociales en la UNR". Revista Cátedra paralela. Nº3.2006.Pág. 13.

*investigación convierte en foco de atención) resultaba muy inadecuada cuando se trataba de grupos que buscaban la iniciativa en la acción social; que eran* ***sujetos"*** [53].

Resulta interesante hacer mención de los aportes realizados por Eduardo Grüner, quien plantea la necesidad de romper con el "discurso binario" que piensa la cuestión del conocimiento en pares mutuamente excluyentes como sujeto/objeto, material/simbólico, pensamiento/acción, individuo/sociedad; y sustituirlo por abordar cada caso como una tensión dialéctica. Se visualiza la necesidad de identificar y analizar el conflicto entre cada uno de los polos, que solo pueden ser percibidos como tales porque la relación entre ellos, es la que los constituye, la que les asigna su propio lugar (Acevedo, 2007).

A raíz de dicho análisis, Patricia Acevedo, entiende a los **Sujetos** como Sujetos históricos, introducidos en un movimiento dialéctico, mutables, contradictorios y de clase; donde es necesario diferenciarlos tanto como categoría teórica, como realidad sociológica realmente existente. Como **categoría teórica** "*se lo define como aquélla clase de hombres y mujeres desposeídos de todo medio de producción y tan solo propietarios de su fuerza de trabajo, esa mercancía que están obligados a vender al capitalista, a fin de producir en consecuencia , una cuota de plusvalía"* [54]. Como **categoría sociológica** realmente existente "*se trata de una realidad empírica extraordinariamente compleja y cambiante con un alto grado de determinaciones concretas que varían de sociedad en sociedad, articulándose con igualmente variables condiciones socioeconómicas, políticas culturales y aún psicológicas*" [55].

La autora, señala la importancia que tiene para el Trabajador Social poder dar cuenta de las diferencias entre los Sujetos; ya que cuando se adhiere a categorías y esquemas clasificatorios, que no dicen nada de la singularidad en la manera en que cada uno organiza su existencia, queda relegado y olvidado el interés emancipador que tiene la Intervención profesional. Revalorizando algunos recursos del Trabajador Social como la palabra (la propia y la del otro),

[53] Gonzalez- Saibene, Alicia. "El Objeto de Intervención Profesional: Un mito del Trabajo Social". Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe, Argentina. 2000. Pág.26.
[54] Acevedo, Patricia. XXIV Congreso Nacional de Trabajo Social - Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social. Colegio de Trabajadores Sociales de Mendoza. 2007. Pág. 6.
[55] Ídem. Pág. 7.

la capacidad de escucha, de cómo y cuánto se escucha, de cómo se nombra a ese “otro”, de cómo se lo visibiliza; dependerá la fuerza que adquiera el establecimiento de ese “otro” dentro del espacio de lo público. Es decir, como Sujeto de derecho y responsabilidades, o como Sujetos de dádivas; como Sujeto individual y aislado, o como Sujeto colectivo; como Sujeto pasivo que merece ser ayudado, educado y concientizado, o como un Sujeto que tiene límites pero posee fortalezas, posibilidades, y que puede y debe apropiarse de responsabilidades.

Susana Cazzaniga, plantea la concepción de **Sujeto pleno** desde un abordaje de la singularidad. Por lo cual, se tiene en cuenta las potencialidades y los condicionantes que el Sujeto presenta, siendo éste productor de la historia a su vez que producto de esa misma historia (Cazzaniga, 1997).

Por otro lado, se puede comprender al Sujeto desde un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares. Desde lo universal, se expresa la condición de seres humanos, los derechos, las obligaciones y las capacidades que se poseen, refiriendo al “deber ser”. El aspecto particular, comprende al Sujeto en su contexto social, la pertenencia, el modo de vida, la historia social familiar que lo atraviesa, refiriendo al “hace ser”. Y por último, lo singular, manifiesta la individuación del Sujeto como ser único e irrepetible, con su configuración subjetiva, refiriendo al “es” como síntesis.

Esta manera de entender al Sujeto, permite reconocer al “otro” como Sujeto de derechos, exigiéndonos como Trabajadores Sociales, llevar a cabo un análisis y reflexión sobre las condiciones de vida, tanto presentes como históricas, a fin de lograr comprender las necesidades, los intereses y los deseos que presenta y expresa el Sujeto como ser singular.

Al pensamiento de la autora, resulta indicado agregar el aporte de Carlos Eroles respecto al Trabajo Social, como una relación intencionada entre dos Sujetos, que asumen definir juntos las acciones que propicien el cambio. Uno de ellos, aporta las técnicas de ayuda, la percepción diagnóstica y la capacidad de análisis; el otro, es el protagonista principal y necesario, portador de valores y de identidad, con una situación problemática que lo coloca en crisis. A partir del vínculo que se construye entre ambos Sujetos, se genera la acción que

permite definir alternativas para transformar la crisis en una nueva oportunidad vital. Es en estas acciones donde existe una responsabilidad social compartida entre el Sujeto y el profesional (Eroles, 2004).

Algunos autores ya tampoco hablan de **Sujeto** ni de **Objeto**, sino de **Campo Problemático**.

Rozas Pagaza, analiza el concepto de Intervención profesional y la define como Campo Problemático, éste *"(…) abarca los procesos generales que adquieren particularidad en tanto están referidos a las manifestaciones de la cuestión social que se expresa en la práctica cotidiana de los sujetos"* [56]. Asimismo, se encuentra centrado en la dinámica contradictoria que se crea en la relación entre sujeto-necesidad, como expresión de la cuestión social. La reflexión acerca de la misma, debe ser leída en base al problema central que la origina, es decir, los modos de organización de la sociedad a partir de la relación entre capital y trabajo.

El Campo Problemático, es la estructura de la conflictividad que adquiere la cuestión social cuando se reproduce en la vida cotidiana de los sujetos. Es en "ese" lugar donde se visibilizan las trayectorias que conducen a la pobreza, a la desocupación, a la marginalidad, a la vulnerabilidad y a la exclusión; manifestándose como demandas individuales y autónomas de las relaciones mutuas. Estas trayectorias, no son elegidas por los sujetos, sino que son producto de la fractura social generada por el propio sistema capitalista.

En relación a lo expuesto y a modo de cierre acerca de **Objeto**, **Sujeto** y **Campo Problemático**, es que se considera relevante señalar que *hoy* no existe una posición teórica hegemónica dentro del colectivo profesional. Sino que por el contrario, coexisten distintas perspectivas teóricas y corrientes de pensamiento, las cuales se encuentran en pleno proceso de desarrollo, construcción y articulación. Es importante valorizar la diversidad de perspectivas que conviven dentro de la profesión, como así también poder conducir a las mismas, hacia una profunda discusión pública a fin de enriquecer la formación de los estudiantes y de los profesionales de Trabajo del Social.

[56] Campara, Melisa; Garma, María E. "Los caminos conceptuales para dar cuenta del Sobre Qué en la formación profesional de Trabajadores Sociales en la UNR". Revista Cátedra paralela. Nº3.2006.Pág. 14.

# *SEGUNDA PARTE*

- **Modelo Médico Hegemónico (Modelo Biomédico)**

El llamado **Modelo Médico Hegemónico** (MMH) constituye una perspectiva que se establece a partir del paradigma positivista desarrollado y expandido en las Ciencias a largo del siglo XIX.

Este ha tenido un acelerado desarrollo y prestigio basado en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales sobre la base del llamado Método Científico y el diseño experimental. El Modelo, considera que los problemas de Salud son cuestiones estrictamente individuales; su perspectiva analítica, separa cuerpo y mente, realizando una operación de división para su estudio y tratamiento.

Se debe aclarar, que el MMH no sólo se sustenta en la práctica médica, sino que también, lo hace a través de los diferentes sujetos que intervienen en el Campo de la Salud. Cuando se habla de diferentes sujetos, se hace referencia a pacientes, familiares, trabajadores de la Salud, autoridades de todos los niveles, entre otros; actuando como productores y reproductores, dentro de esta lógica biologicista en la cual se basa el Modelo.

Según Pilar Vargas, el Modelo Biomédico, se basa en la integración de los descubrimientos clínicos con los datos obtenidos en laboratorio y los hallazgos de la anatomía patológica.

Continuando con el planteamiento de la autora y a fin de dar cuenta de los rasgos individuales del Modelo Biomédico, los mismos se caracterizan por:

- ✓ **Concepción patologisista**: Las enfermedades se estudian como entidades existentes, se les establece una causa, se predice su evolución y resultado.
- ✓ **Reduccionista**: Fenómenos complejos, se reducen a sus componentes más elementales y se delimita a una entidad independiente del sujeto que lo padece y del contexto socio-cultural.
- ✓ **Curativo**: La idoneidad del médico se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.
- ✓ **Objetivo**: La relación entre médico y paciente, para ser científica, debe

ser objetiva; es decir, que el médico puede dejar de lado en la interacción con los pacientes, su propia subjetividad y aspectos culturales y sociales. Asimismo, los pacientes demandan del médico sólo respuestas precisas y certeras.

- ✓ **Diagnóstico biológico**: Se realiza en base a procedimientos de tipo biológicos que contienen instrumentos de tecnología avanzada.
- ✓ **Tratamiento**: Sus recursos se consideran externos al paciente y a la relación médico-paciente; donde este último, desempeña un rol pasivo en esta relación y donde la familia no debe interferir. El médico, es la autoridad máxima y el más especializado en enfermedades y los pacientes, son o deberían ser pasivos (Vargas, 2003).

Es pertinente aclarar, que éste Modelo conocido como Modelo Médico Hegemónico no es el único Modelo vigente dentro del Campo de la Salud; ya que existen otros Modelos que buscan imponerse como dominantes, entre ellos se encuentran el Modelo Biopsicosocial o Antropológico, o Modelos relacionados al naturismo; que en cierta medida, continúan otorgándole un protagonismo central a la práctica médica ante los demás profesionales actuantes en el Campo.

Dicho MMH, no existe en la práctica en un estado puro, sin embargo, ha sido y es el Modelo predominante que logra imponerse sobre los otros Modelos hasta la actualidad. Es importante destacar, que éste Modelo, no siempre es reconocible en una primera mirada debido a que las formas de establecer relaciones, se han ido modificando dentro de las Instituciones; sin embargo, se observa que continúan marcando los lineamientos de organización y acción del Campo de la Salud.

## ➢ Concepto de Salud

Se considera relevante conceptualizar, a la **Salud** como una construcción

histórica, social, cultural, subjetiva, de carácter multi-determinado. Ésta, se ha modificado a lo largo del tiempo, y a la vez, varía y adquiere distintas connotaciones y significados según los diferentes contextos, grupos sociales; y los nuevos escenarios en donde la Salud se manifiesta y es atravesada.

Según los diferentes enfoques, ha habido una evolución histórica del concepto, como así también, de los modos de conservarla o recuperarla. Mientras que en la antigüedad, los griegos hicieron de la Salud un culto; en el momento en que la Ciencia helenística se instala en Europa, el interés se inclina hacia la enfermedad y lo normal, pasa a ser la ausencia de síntomas patológicos.

A partir del siglo XX, pueden reconocerse dos momentos principales en las definiciones de Salud:

- El primer momento, transcurre en la primera mitad del siglo, cuando la medicina se subordina a la biología, considerando al sujeto como pasivo, sin incluir lo psicológico ni lo social. La enfermedad se la considera como tal, si es tangible, observable, verificable y fáctica.
- El segundo momento, corresponde a la segunda mitad del siglo, cuando la Salud es concebida como un proceso dinámico y variable de equilibrio, entre el organismo humano y su ambiente. De esta manera, se destaca la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales; y es aquí, donde se comienza hablar del proceso Salud–Enfermedad.

De la relación que se establece entre la persona y su entorno, se conforma la base para una concepción *socio-ecológica de la Salud,* y de allí, se deriva el concepto de *promoción de la Salud*. Del mismo, se destaca la interacción entre los individuos y su entorno, como así también, la necesidad de lograr un equilibrio dinámico entre ambas partes, es decir, la capacidad de adaptarse al medio ambiente.

En este sentido, y dada la continuidad que aún tiene el Modelo Biomédico en la sociedad, resulta pertinente centrarse en una de las concepciones de **Salud** que se mantiene vigente en la cultura occidental.

Se hace alusión, a la Conferencia de San Francisco de 1945, cuando se establece la Carta de las Naciones Unidas, la cual aclara a la Salud como uno

de los derechos inalienables del hombre; y en donde se conforman las bases para una Organización Internacional de la Salud, formalmente establecida en septiembre de 1948, denominada **Organización Mundial de la Salud** (OMS). En relación a lo expresado, se menciona la definición de Salud que plantea la OMS como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad"* [57].

En esta definición, se destacan dos conceptos relevantes para la evolución de la Salud; por un lado, la inclusión del **aspecto subjetivo**, es decir, el bienestar; y por otro lado, se concibe a la persona como un **ser biopsicosocial**.

La definición de Salud desarrollada por la OMS, ha sido un avance, no obstante, el cambio, aún es todavía insuficiente.

En 1978, dos organizaciones de las Naciones Unidas: la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), llevan a cabo un Congreso en **Alma Ata**, en la entonces Unión Soviética. En este encuentro, la Salud es concebida como un derecho humano del que todos los hombres son titulares, lo que constituye el objetivo de alcanzar el reconocido lema "Salud para todos en el año 2000"; se resalta que en la actualidad, según los especialistas en Salud Pública, dicho lema aún no se ha logrado.

El documento, plantea una visión de la Salud como un tema social y político; como así también, señala que los desarrollos económicos y sociales se encuentran entretejidos y que los niveles de Salud afectan a ambos.

Es relevante mencionar la definición que el Congreso en Alma Ata desarrolla sobre Salud, señalándola como el *"estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud"* [58].

---

[57] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf

[58] Declaración de Alma-Ata. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud". Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

También, incorpora la idea del camino a la Salud basado en la solidaridad y en el colectivismo, en lugar de la ideología individualista que ha caracterizado los debates acerca de la Salud hasta los años ´70. Por lo tanto, si la Salud es reconocida como un "derecho humano fundamental", también es necesaria que sea concebida como una "meta social mundial".

Continuando con el análisis acerca del concepto de Salud, Floreal Ferrara, plantea que la misma, no puede ser considerada como un “estado”, como así tampoco la “enfermedad”, ya que ambas son parte de un proceso multidimensional. Durante el desarrollo de la vida, el sujeto se mueve sobre el eje Salud-Enfermedad (y muerte), acercándose tanto a uno como a otro de sus extremos; según se fortalezca o se quiebre el equilibrio entre los factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que interactúan permanentemente (Floreal Ferrara, 1993).

De esta forma, se concibe al hombre como unidad y ser activo, siendo protagonista en el logro de su Salud y bienestar, que interrelaciona con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo diferentes influencias; y en esta interacción permanente, es que se determina el nivel de Salud. Esta concepción se relaciona con la vida y con la lucha por mantenerla, con la capacidad y posibilidad de sobrellevarla y transitarla con el menor sufrimiento.

El ser humano *está* en Salud, si resuelve los conflictos y mantiene el intercambio. Según el autor, Salud es *“la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida”* [59].

Si se analiza dicha definición, se observa que plantea a la Salud, como un proceso que está asociado a todo lo que ocurre; y asimismo, acerca a comprender el proceso Salud-Enfermedad desde lo colectivo.

La idea de conflicto que propone el autor, se opone a la idea de equilibrio que plantea la OMS. Es decir, se entiende que “*no es el conflicto lo que define lo patológico, sino que justamente es el bloqueo de los conflictos lo que certifica la enfermedad”* [60].

[59] Cecilini, G. A.; Guerrini, M.E.; Novoa, P.L. “La Nueva Pobreza en el ámbito Hospitalario”. Cap. II. Ciudadanía y Salud. Ed. Espacio. Buenos Aires. 2007. Pág. 68.
[60] Ferrara, Floreal. “Teoría Social y Salud”. Cap. I. Ed. Catálogos. 1993. Pág. 10.

A partir del análisis realizado, se concluye que, por un lado, la Salud, está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo como un proceso histórico-social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto; y por otro lado, la Enfermedad, hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo.

Las prestaciones y prácticas de Salud no son hechos aislados ni espontáneos, tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio. Por ello, la problemática de la Salud, al estar íntimamente ligada a la sociedad, no se la debe afrontar en forma individual; sino dentro de ella, donde los individuos forman parte.

Se señala que, tanto lo físico, mental y social como lo biológico y el entorno, se incorporan a las nuevas perspectivas de Salud; son formas, aspectos de su existencia. Cuando se hace necesario construir un pensamiento científico, holístico e integral de la Salud; cuando se propone formular un objeto científico de la Salud; entonces, es imprescindible realzar el concepto de Salud como proceso con caracteres históricos y sociales, siendo necesario basar ese concepto en la realidad compleja.

- **Campo de la Salud**

Hugo Spinelli, entiende que un Campo es la correlación de actores, recursos, problemas e intereses que constituyen un tejido de relaciones, con autonomía relativa en donde los distintos actores luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (capital económico, social, cultural o simbólico).

Alicia Gonzalez-Saibene, plantea que cada organización configura un Campo, en tanto sistema de relaciones socialmente conformado por los sujetos vinculados con su quehacer, que establece las condiciones de producción y circulación de sus productos. *"Estos campos se presentan como espacios estructurados de posiciones (de puestos) cuyas propiedades dependen de su*

*posición en dicho espacios y que pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes quienes, en parte, están determinados por éstas"* [61].

Tanto el capital común como la lucha por su apropiación son elementos que constituyen estos Campos; en su interior se forma un capital común por cuya apropiación luchan los grupos que dentro de él intervienen, es decir, los que usurpan el capital y los que esperan poseerlo. Dichos grupos poseen intereses comunes, lenguaje, complicidad; intervenir en la lucha afirma la reproducción del juego al otorgarle valor al mismo. La posesión del capital otorga poder y autoridad a los sujetos que dominan el Campo, los cuales mantienen estrategias conservadoras, mientras que los que luchan por su posesión adoptan estrategias revolucionarias.

Resulta necesario conceptualizar el **Campo de la Salud**, como un esquema para el análisis de los problemas de Salud y como método de ajuste de las políticas, al logro de la Salud para todos en el año 2000. El informe se origina en Canadá en el año 1974 por el Ministro de Salud Marc Lalonde; constituyéndose en un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en Salud Pública.

Este concepto contempla la descomposición del Campo de la Salud en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención de la Salud. Estos componentes se identifican mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad que afecte el grado de Salud, y cómo la conjunción de varios de ellos afecta la Salud de un país.

***Biología Humana:*** *"El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. (…)*

[61] Gonzalez- Saibene, Alicia. "El Objeto de Intervención Profesional: Un mito del Trabajo Social". Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe, Argentina. 2000. Pág. 31.

***Medio Ambiente:*** *Incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. (…)*

***Estilo de Vida:*** *El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. (…)*

***Organización de la Atención de Salud:*** *Consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. (…) Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud"* [62].

Hugo Spinelli, caracteriza el **Campo de la Salud** como la *"complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas"* [63].

- **Trabajo Social en el Campo de la Salud**

La incorporación de los **Trabajadores Sociales** en el **Campo de la Salud**, se establece desde hace varias décadas atrás; a partir de que la Salud se comienza a considerar ya no sólo como un problema físico-biológico, sino como consecuencia de la relación dialéctica que se establece entre el individuo y su medio ambiente. *"Aceptado que la atención de los problemas de salud va más allá de la actuación de médicos/as y enfermeras/os, se pensó incorporar otro tipo de profesional capaz de atender lo que podría denominarse como "la*

[62] Ministerio de Salud Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios". Presidencia de la Nación; Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007. Módulo 1: "Salud y Sociedad". Pág. 39.
[63] Spinelli, Hugo. "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". Disponible en: http://www.scielo.org.ar

*dimensión social de los problemas de la salud. Esta incorporación se hizo, pero ofreciendo a los/as trabajadores/as sociales un papel secundario y accesorio de meros auxiliares. Se las llamó visitadoras sociales y se les asignaron las funciones de "brazos extendidos" y "ojos prolongados" de los médicos hasta los domicilios de los pacientes. Los/as trabajadores/as y asistentes sociales se consideraban "ayudantes" capaces de controlar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito, de dar "normas de higiene", de saber algunas destrezas de "medicina menor" (dar inyecciones, hacer lavajes de estómago, etc.), de saber enseñar a preparar biberones, a cuidar y fajar bebés, etc. De "visitar", en una palabra, a los pacientes en su domicilio"* [64].

En la actualidad, el **Trabajo Social en Salud** se basa en las relaciones existentes entre la Salud y los factores sociales; incorporando así, las nuevas funciones que los profesionales desarrollan en dicho Campo.

Ezequiel Ander-Egg, indica algunas de las funciones más importantes y significativas:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y que afectan la salud de las personas, siendo viable atenuar, atender o prevenir con la implementación de diversas acciones y estrategias.
- Promover y fortalecer la organización de distintos grupos de pacientes o ex pacientes.
- Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria en los cuales se desarrolla la función preventiva con la incorporación y participación de la comunidad.
- Participar en equipos de trabajo del área socio-sanitaria, donde se promueva la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- Rehabilitación de las personas en lo referente a problemas de reinserción social.
- Reinserción de los enfermos luego de un tratamiento u hospitalización que ha originado una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.

[64] Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina. 2009. Pág. 263.

- Atender al problema de la angustia de hospitalización que ocasiona el internamiento. (Ander-Egg, 2009).

El Trabajador Social en Salud intenta trabajar con los sujetos con el fin de desarrollar un cierto grado de autonomía en los problemas de Salud; ya sea pensando o problematizando situaciones naturalizadas; como así también, en el acompañamiento ante determinados escenarios que ponen en riesgo su Salud o la de sus familias; partiendo del supuesto de que no es posible la recuperación de la Salud si la persona no participa de este proceso.

- **Ética y Trabajo Social en Salud**

El Trabajo Social se define como una profesión enmarcada en un encuadre donde la defensa de los Derechos Humanos, son el eje transversal de intervención; ya que entre ambos, existe una correspondencia histórica, ética y científica; debido a que el Trabajo Social surge como una lucha en búsqueda de la dignidad humana, brindando su aporte con compromiso humanista a procesos de reforma y transformación social. Diversos autores sostienen que, desde sus orígenes, el Trabajo Social, se preocupa por instaurar una serie de normas éticas cuyo objetivo es el de regular y orientar la conducta de sus miembros en su accionar profesional. De esta manera, resulta pertinente indicar que *"la Moral es el conjunto de comportamientos y normas que se aceptan como válidos, y Ética es la reflexión sobre el por qué se consideran válidos en el contexto de las relaciones sociales*" [65].

En 1948, a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se concede coherencia y sentido al compromiso ético del Trabajo Social, como profesión que se ocupa de la promoción humana integral, la acción de los derechos y la construcción de espacios para el ejercicio de la ciudadanía en los sectores vulnerables de la sociedad.

Para que en el Campo de Salud se intervenga con equidad, eficiencia y se logre una atención de buena calidad, se requiere un compromiso ético de

[65] Kisnerman, Natalio. "Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo". Ed. Lumen-Hvmanitas. Buenos Aires. 1998. Pág. 183.

respeto por la dignidad del ser humano, y la plena vigencia de los principios y virtudes éticos y morales; para ello es fundamental desarrollar una formación ética y un accionar sostenido, profundo y persistente con el fin de producir los cambios culturales y operacionales necesarios.

Por tal motivo, es importante que el Trabajador Social en su trabajo cotidiano, no deje de lado la ética, sobre todo en lo que respecta a la toma de decisiones, cuando en nombre de la igualdad y la libertad se pretende atender la desigualdad y la opresión; debido a que, el postulado moderno de la igualdad y la libertad genera tensiones y conflictos, exactamente, frente a la desigualdad y la opresión existentes. De esta forma, *"la ambigüedad constitutiva y constituyente del Trabajo Social, es una manifestación de esta ambigüedad moderna, pues el Trabajador Social interactúa con la desigualdad estructural como representante de un sistema destinado a corregir las desigualdades, en una sociedad que se autodefine como igualitaria"* [66].

Sin embargo, desde una perspectiva ética, los principios de igualdad y libertad conservan su poder crítico, su capacidad para cuestionar y transformar las relaciones sociales, ya que los Trabajadores Sociales tienen derecho a actuar autónomamente; lo que significa la capacidad o poder de actuar por uno mismo, que se manifiesta en las interacciones de los sujetos que están orientadas por el ideal ético del respeto y el reconocimiento recíproco.

Es necesario agregar, que el hecho de plantear la autonomía que le pertenece al Trabajador Social, involucra también, reflexionar, revisar, cuestionar, criticar, para así obtener conclusiones sobre la situación conflictiva y sobre las propias obligaciones. Dicha reflexión crítica, es a su vez, una reflexión ética, que comprende la discusión para la toma de decisiones responsables, y la especificación del sentido de la profesión.

[66] Cesilini, G. A.; Guerrini, M. E; Novoa, P. L. "La nueva pobreza en el ámbito hospitalario". Cap. I "Los Derechos Humanos, la cuestión social y la salud estatal". Ed. Espacio. Buenos Aires. 2007. Pág.46.

- **Derecho a la Salud**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos certificada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 1948, hace un reconocimiento a la dignidad y a los derechos inalienables del hombre, entre los cuales se encuentra la Salud y el nivel de vida adecuado, como así también, compromete a los Estados a su promoción y reconocimiento.

En relación a la Salud, se puede señalar que es un Derecho fundamental de todos los seres humanos, e implica que estén en igualdad de condiciones para planificar su vida y para recibir prestaciones médicas fundadas en la necesidad y no en los recursos económicos que las personas dispongan para pagar los servicios. Todo individuo, tiene Derecho a la existencia, a la integridad física, a los medios indispensables y suficientes para llevar una vida digna, entre los que se encuentra la preservación de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Derecho a la Salud como: *"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"* [67].

Dicho Derecho, obliga a los Estados a crear las condiciones en las cuales todos los individuos alcancen una forma de vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones, comprenden la disponibilidad garantizada de los servicios de Salud, contextos de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. Se puede concluir, que el Derecho a la Salud no sólo se limita al Derecho a estar sano, sino que alberga otras cuestiones de diversa índole.

En el análisis general sobre el Derecho a la Salud, éste abarca cuatro elementos:

- **Disponibilidad:** Se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de Salud, como así también, de programas de Salud.

[67] OMS. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html

- **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de Salud deben ser accesibles a toda la población (no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información).
- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de Salud deben respetar la ética médica y cultural, como así también, ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida.
- **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de Salud deberán ser adecuados al punto de vista científico y médico y de buena calidad.

Todos los Derechos Humanos, como el Derecho a la Salud, exigen a los Estados tres tipos de obligaciones:

- **Respetar:** Requiere abstenerse de incluirse en el disfrute del Derecho a la Salud.
- **Proteger:** Solicita adoptar medidas para impedir que actores (que no sea el Estado) interfieran en el goce del Derecho a la Salud.
- **Cumplir:** Requiere adoptar medidas positivas para lograr la plena efectividad del Derecho a la Salud.

El Estado, debe abandonar la concepción paternalista, por una concepción jurídica y constitucional, en la que el auténtico sujeto político sea la persona, el ciudadano. Por lo que, el Derecho a la Salud, se constituye como cuestión social a solicitar, reclamar, exigir cuando comienza a relacionarse con las condiciones que el sistema actualmente presenta. La afirmación y la defensa de los Derechos del hombre, se encuentra cada vez más vinculadas a la necesidad de transformaciones estructurales, sociales, políticas y económicas.

- **Sistema de Salud**

FLACSO[68], conceptualiza al Sistema de Salud como *"el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria"*[69]. Agrega que, desde una perspectiva más amplia se pueden señalar otras dimensiones y afirmar que los Sistemas expresan aspectos como:

- *"representan ciertos valores de la sociedad de la cual son parte, como por ejemplo, la solidaridad y la justicia social;*
- *están estrechamente relacionados con los objetivos de la política social de un país;*
- *ponen en evidencia las características de la relación de la población con su Estado;*
- *son una parte fundamental de la Seguridad Social de amplios sectores de la población; y*
- *funcionan como articuladores entre lo político y lo económico en un país"*[70].

La OMS plantea en el año 2000, que los Sistemas poseen los siguientes objetivos:

- *"mejorar la salud de la población;*
- *responder a las expectativas de las personas; y*
- *brindar protección financiera contra los costos"*[71].

La historia del **Sistema de Salud** en la Argentina, se vincula con la generación de Instituciones de caridad y con las creaciones relacionadas con la solidaridad, vinculadas con comunidades de inmigrantes y con grupos de obreros. A partir del siglo XX, se agrega también, un sector privado, motivado por el lucro, que posee un alto peso político y que ha tenido gran expansión en las últimas décadas.

Sobre dicha base y a partir del primer **Gobierno Peronista** (1946-1955), la organización del Sistema de Salud, sufre un cambio radical bajo la gestión del

[68] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
[69] Ídem.
[70] Ídem.
[71] Ídem.

Dr. Ramón Carrillo, como Secretario y Ministro de Salud entre los años 1946 y 1952; quien ha planificado y ejecutado políticas sanitarias que permitieron asistir, promover, proteger y prevenir la Salud de la población, logrando articular la asistencia, la rehabilitación, la promoción, la prevención y la educación para la Salud. También, se da inicio, el armado de un Sistema Sanitario donde pueda consagrarse el Derecho a la Salud, y la participación de la población en el logro de las mejores condiciones de Salud. Con la labor realizada, se manifiesta una fuerte voluntad de regulación de la atención de la Salud por parte del Estado, como así también, el propósito de mantener la accesibilidad a los sectores menos pudientes. Razón por la cual, se crean los Centros de Salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación de recursos humanos en Salud Pública.

El **Gobierno de Illia**, intenta recuperar el protagonismo del Estado con su rol de orientador; y después del Golpe Militar que lo derroca, se desdoblan y se transfieren las cuestiones de asistencia social a otra secretaría, quedando la atención médica, la prevención y la fiscalización a cargo de la Secretaría de Salud. Hasta ese momento, el financiamiento se lleva a cabo por medio de las rentas generales, proveniente de los impuestos.

Durante el **Gobierno de Onganía,** se propone establecer un mecanismo financiador de las prestaciones para constituir un seguro de Salud. De aquí, surge la coordinación con la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, la Ley 18.610 de Obras Sociales vinculadas al trabajo. Si bien ambas significan cierta efectividad (en épocas de pleno empleo y salarios), con un modo variable pero siempre alto de corrupción, también se utilizan de justificación para la desinversión del sector público, que pierde peso en la organización del Sistema.

Luego de asumir **Cámpora** y hacia 1974, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 20.748), que a diferencia de la Ley de Obras Sociales, le otorga al Estado la responsabilidad de efectivizar el Derecho a la Salud; y admite la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios.

El **Gobierno democrático de Alfonsín,** intenta recomponer el rol del Estado y lograr la creación de un Seguro Nacional de Salud.

En la década del 90, se profundizan las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se debilita en su rol rector de Políticas de Salud hasta quedar prácticamente ausente. Este punto se observa, en la implementación de la canasta básica de prestaciones del Sistema de Obras Sociales llamado "Plan Médico Obligatorio". Prestaciones insuficientes, que carecen de sustento científico, técnico y económico, y generalmente no son cumplidas, lo que obliga a reclamar al usuario, la aplicación de dichas prestaciones. Situación que se agrava con la crisis ocurrida en los años 2001-2002, ya que el Ministerio crea el Plan Médico Obligatorio de Emergencia, el cual consta de una canasta sub-básica (más limitada e insostenible que la anterior), lo que corrobora que, ante la compleja situación que transitaba el país en esos años, el Estado decide apartarse de sus responsabilidades y obligaciones. De esta manera, se señala que la lógica dominante es acompañada de la consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasa a estar en manos del mercado. Estos cambios intentan proporcionar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural.

Es importante destacar que a partir del año 2003, en Argentina, se producen cambios convocados por las iniciativas del **Gobierno Nacional de Néstor Kirchner**, donde el sujeto vuelve a ser protagonista de su propia vida y autor de su futuro.

Entre las iniciativas más destacadas se encuentran*: "la recuperación del acceso al trabajo (…), la posibilidad de discutir condiciones laborales; la estatización de los fondos de las AFJP y la apertura a la jubilación (…); la firme política de memoria, verdad y justicia para con los crímenes de lesa humanidad; (…); el matrimonio igualitario; la ley nacional de salud mental; la ley 26.485 en defensa de la mujer contra la violencia de género; (...); la asignación universal por hijo; el no al ALCA ; (…)"* [72]. Se suman a estas iniciativas algunos de los distintos Planes y Programas que se vienen desarrollando en este último tiempo, entre los cuales se destacan: el Plan Nacer, Programa Nacional de

[72] Asamblea del Espacio Carta Abierta. "Políticas de salud para el Proyecto Popular". 2011.

Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa Nacional de Medicamentos, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, entre otros.

El Foro de Políticas Públicas de Salud de Carta Abierta, comprometido con los logros políticos, sociales y económicos alcanzados en el 2003 decide intervenir en el debate y proponer la profundización del proyecto popular a través de dos planteos:

- *"Un sistema de salud que garantice la equidad social, territorial, étnica y de género como base para la construcción de una ciudadanía plena, compensando cualquier diferencia inadmisible cuando de proteger la salud se trata.*

- *Una política de salud basada en la recuperación de la soberanía sanitaria en términos de financiamiento, de producción de conocimiento, de inteligencia epidemiológica, de evaluación de tecnologías, de regulación democrática y de desarrollo de una producción pública de medicamentos"* [73].

Se suma el aporte realizado por Susana López, quien define al Sistema de Salud, como un modelo de organización social originado para dar respuesta a los problemas de Salud de la población. Asimismo, agrega que el Sistema de Salud Argentino es mixto y se caracteriza por una excesiva fragmentación, originado en tres *subsectores: público, privado y de la seguridad social*; que presentan distintas fuentes de financiamiento, diversas coberturas, coseguros y copagos aplicados; y regímenes y órganos de control y fiscalización (López, 2006).

Cada uno de estos subsectores presenta características propias:

- El **subsector público**, constituye la columna vertebral del Sistema de Salud Argentino. Como se menciona en las páginas anteriores, el Estado Nacional, desde épocas tempranas, interviene de forma activa en el área de la Salud Pública. Tanto los procesos migratorios, las guerras como las distintas epidemias actúan directa e indirectamente en

[73] Ídem. Pág.7.

los procesos de definición y construcción de las políticas estatales de Salud.

Los avances tecnológicos del siglo XX**,** fortalecen la tendencia resolutiva creciente de los hospitales públicos, y su mayor eficacia significa una mayor capacidad recuperadora de los hospitales, como también implica una mayor demanda por parte de los sujetos. En la segunda mitad del siglo XX, se da comienzo a un proceso de descentralización inspirado en la centralización normativa y la descentralización ejecutiva propiciados por el Gobierno Nacional de Perón. Principios enunciados por el Dr. Carrillo, quien en 1946, promueve la transformación de la Secretaría de Salud Pública, por el primer Ministerio de Salud de la Argentina. Sumado al compromiso con la Salud Pública, logra convencer al Presidente Perón de jerarquizar la Salud y darle rango de Ministerio; de esta manera, se transforma en el primer y más prestigioso sanitarista Argentino.

- El **subsector privado**, posee una gran diversidad organizacional, distinguiéndose dos grupos; por un lado, el trabajo de los profesionales en su ejercicio privado, ya sea en los consultorios o laboratorios propios; y por otro lado, las actividades institucionalizadas empresariales, desarrolladas en clínicas y sanatorios con internación, institutos especializados, centros ambulatorios de diagnóstico y/o de atención, de muy diversas complejidades.

  La situación de dicho subsector se ha adaptado a los cambios ocurridos en la seguridad social y a los movimientos del contexto social y económico del país; acompañando el crecimiento de la capacidad financiera de las obras sociales. Es así que, durante la década del 70 y a raíz de la Ley 18.610, la incorporación tecnológica y el progreso de la capacidad instalada, dan lugar al desarrollo empresarial. La puja por los costos y las ganancias se revela en el nomenclador Nacional de prestaciones y en la búsqueda de una mayor eficiencia, dando lugar en el escenario, al surgimiento de nuevos actores.

- El **subsector de la seguridad social: obras sociales**, las cuales

poseen Leyes propias de creación, que les asignan determinadas responsabilidades y funciones particulares, según la provincia en la que son sancionadas. Dichas obras sociales, se encuentran dirigidas a la atención de la Salud de los trabajadores asalariados, a sus grupos familiares y a los trabajadores del Estado. Por otra parte, la población pasiva de la sociedad es cubierta por el Servicio Social para Jubilados y Pensionados, llamado "Programa de Atención Médica Integral" (PAMI) el cual se rige por la Ley 19.032.

*"La obra social es una modalidad criolla de la seguridad social contemporánea, bastante primitiva en su estructura pero totalmente asimilable al histórico mutualismo de origen gremial, fundada en el agrupamiento colectivo de la gente en base al oficio que desempeña, con el objetivo de satisfacer necesidades sociales dentro de una doctrina de solidaridad de grupo"* [74].

Cabe señalar que las obras sociales históricamente han sido y continúan en la actualidad, conformando un sector importante del Sistema de Salud, debido al número significativo de la población que involucra, a los fondos que se movilizan, como así también, la participación clave del sindicalismo.

Es pertinente aclarar, que los distintos subsectores se encuentran fuertemente vinculados y relacionados, lo cual no indica precisamente que estén coordinados y articulados. Esto se visualiza en el circuito donde las obras sociales contratan servicios al subsector privado, y el subsector público atiende a la población no cubierta, compensando las grandes inestabilidades que presentan la economía y la situación social. Los hospitales públicos, por su parte, brindan cobertura a la población que así lo requiera y actúan como un reaseguro para las obras sociales, ya que también brindan atención sin cargo a la población asegurada.

Una característica del Sistema es que si bien, cada uno de los subsectores, en estado puro, se encuentran destinados a una población específica, comparten

[74] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf

entre sí el intercambio de usuarios y de profesionales, con los consecuentes efectos en los campos funcional, normativo legal y económico financiero.

Cabe señalar que el desarrollo del Sistema de Salud, y las características que adquiere, obedecen a las coyunturas históricas y a la correspondencia de las fuerzas sociales, de opciones y compromisos entre los distintos actores involucrados, y de la manera de resolver los conflictos y las tensiones en cada período histórico. Los quiebres institucionales que impactan sobre la continuidad de las políticas estatales, los intereses corporativos, las decisiones instrumentales que favorecen a los distintos actores del Sistema, las incompetencias reiteradas y las políticas acertadas (que en algunos casos aún perduran en el tiempo), colaboran a materializar el Sistema de Salud que rige en la actualidad.

Como resultado de estos procesos se observa la existencia de una diversidad de jurisdicciones, superposición de prestaciones, sub-utilización y sobre-utilización de recursos, estratificación en el acceso a los servicios, y dificultades para definir y establecer prioridades. Por lo tanto, la extensa cobertura territorial alcanzada, la calidad de los profesionales, la heterogeneidad y la fragmentación del Sistema de Servicios de Salud, contribuyen a mantener un considerable nivel de inequidad social.

Hugo Spinelli, aporta que la fuerte presencia que posee el capital económico dentro del Campo de la Salud, establece mecanismos de solidaridad invertidos: el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de Salud privado. Por lo tanto, ambas situaciones, quedan en manos de la responsabilidad del Estado Nacional, Provincial o Municipal. Siendo estas jurisdicciones las que cumplen el rol de financiador y prestador de aquellos que no cuentan con la capacidad del pago de los servicios y/o presentan enfermedades que requieren un gasto elevado para su atención (Spinelli, 2010).

A modo de conclusión resulta pertinente aclarar que, el Sistema de Salud Argentino, se construye a lo largo de la historia sobre la base de la expansión de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre comunidades de inmigrantes, la incorporación de Servicios de Salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales.

Sobre esta base, se apunta a la reflexión, tomando por un lado, las palabras del Dr. Mario Rovere, quien habla de un Sistema de Salud fragmentado y que se encuentra en vías de fragmentación, subdividiéndose al interior de sí mismo. Esto indica como se viene desarrollando, la relación funcional del Sistema, a la lógica del mercado, ya que si hay algo que los mercados pretenden es que no haya organización de compradores ni de proveedores, sino que sólo haya individuos en el otro extremo de la organización. Solamente los productores se organizan y es la población la que debe continuar desorganizada. Plantea que éste, es un buen principio para tener mercados "sanos", y al mismo tiempo, refiere a la palabra "sobreoferta de factores". Lo cual, está relacionado con los recursos que posee el país, ya que puede observarse que se encuentra sobre-equipado en algunas cosas; y casi todas las veces que se está sobre-equipado en algunas cosas, significa que tiene "excesos de" recursos humanos, equipamiento, camas; pero implica que nunca posee todo eso junto y a la vez (Rovere, 2010).

Por otro lado, se tiene en cuenta que, en la práctica cotidiana, la descentralización, demuestra que se trata de una compleja operación política que implica diversas negociaciones, asunción de responsabilidades, aprendizajes y maduración. Y, aunque dicho proceso es factible de ser observado retrospectivamente (desde hace aproximadamente dos décadas), los tiempos de "maduración institucional" han sido interrumpidos. Por lo tanto, queda en evidencia, que el transitar este camino con exceso de velocidad, repercute y afecta en la calidad de los servicios. En realidad, la descentralización se transforma en un desentendimiento por parte del Estado, en la obligación que asume respecto a garantizar el acceso de la atención de la Salud a la totalidad de la población.

- **Instituciones en el Campo de Salud**

Arturo Fernández y Margarita Rozas Pagaza, plantean que *"una **Institución** es un conjunto de status (situación objetiva que el individuo tiene en la sociedad) y*

*de roles (conducta del individuo esperada por el contorno social); y una Institución es también, a nivel de conciencia social, un sistema de valores y de creencias colectivas"* [75].

Toda Institución requiere un mínimo grado de conciencia entre quienes la conforman, y un sistema normativo que la rija (éste puede ser un sistema moral, un sistema de usos y costumbres o un sistema de normas jurídicas); modernamente poseen una normatividad jurídica.

Ezequiel Ander-Egg, agrega que *"(…) las Instituciones tienen por finalidad regular las actividades de los individuos para asegurar la satisfacción de alguna necesidad básica de carácter colectivo, fundamentalmente en todo lo concerniente a las costumbres o formas de proceder en las relaciones sociales. Cada individuo está presionado, en mayor o menor medida, a cumplir con las pautas institucionalizadas"* [76].

Resulta interesante aclarar que, las Instituciones fueron, son y serán ámbitos de lucha, es decir, espacios complejos donde se resuelven posiciones contradictorias; lugares donde se disputa el poder, con el fin de producir un cambio o de mantener lo ya existente.

Dentro del Campo de la Salud, se identifican ciertas características que le son propias y en las que apoya su singularidad y complejidad; donde se observa que los trabajadores poseen una alta autonomía y los procesos de gestión son de los más complejos que presentan actualmente las Instituciones. Como plantea Hugo Spinelli, *" se trabaja con un objeto que no se puede definir, la salud; sus organizaciones son al decir de Mintzberg -las más democráticas de la sociedad-, dado que los niveles de menor jerarquía tienen altas dosis de autonomía; una gran parte de esas organizaciones deben funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año; se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo. (…) En los cotidianos de las organizaciones*

[75] Fernández, Arturo y Margarita Rozas Pagaza. Políticas sociales y Trabajo Social. Editorial Hvmanitas. Buenos Aires. 1988. Pág. 21.
[76] Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina. 2009. Pág. 129.

*de salud se asiste a una realidad constituida, en general, por una profunda desazón por parte de sus trabajadores sobre el futuro de las mismas"* [77].

Las **Organizaciones** se piensan a partir de la construcción de un *organigrama*, de la *misión*, los *objetivos* y las *funciones* que aquellas persiguen; y en la cuales también, se utilizan determinados métodos de trabajo y determinados recursos naturales.

Por lo tanto, resulta pertinente efectuar las siguientes conceptualizaciones:

- El **Organigrama** es un instrumento gráfico, que permite describir las estructuras, los principales puestos y funciones, las unidades de trabajo (direcciones, departamentos, divisiones, etc.), y los niveles y relaciones jerarquizas que se establecen entre y/o dentro de las unidades administrativas de toda Organización.
- La **Misión** forma parte de un proceso estratégico, es decir, que permita pensar estratégicamente. *"Sería un elemento potenciador y ordenador del pensamiento, que se dirige a definir su inserción dentro de una realidad a la que se desea ayudar a construir"* [78]. Guillermo Ronda Pupo, agrega que la Misión constituye la razón de ser de la Organización, la meta que moviliza las energías y capacidades de los trabajadores; se trata de una descripción breve del propósito mayor, la razón más amplia que justifica la existencia de la Organización. Por lo tanto, permite guiar las acciones, los sentimientos y el "hacia donde" se dirige la Organización, así como también, el tiempo y los recursos vinculados a ella. El propósito que contiene, no es exponer fines concretos, sino por el contrario, se trata dar una dirección general, una filosofía que motive y sirva de guía al desarrollo de la Organización (Ronda Pupo, 2002).
- Los **Objetivos** designan aquellos propósitos que se desean alcanzan por medio de un acto intencionado, de un programa, plan o proyecto. Al mismo tiempo, componen el punto central de referencia para comprender la naturaleza específica de las acciones que se han de llevar a cabo. La cuantificación de los objetivos se formulan a través de las metas en las que

[77] Spinelli, Hugo. "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". Disponible en: http://www.scielo.org.ar
[78] Arellano Gault, David. "Gestión Estratégica para el Sector Público". Del pensamiento estratégico al cambio organizacional. Ed. Fondo de cultura económica. México. 2004.

se determinan cuánto, cuándo y dónde se han de lograr los objetivos planteados. Estos se enuncian como resultados finales, y no precisamente como tareas o actividades a realizar.

- Las **Funciones** hacen alusión al papel o rol que desempeñan las Instituciones y los individuos dentro del sistema del que forman parte. Se apunta a la actividad realizada por un elemento de un conjunto, cuyas partes son interdependientes.

Cabe señalar que la Organización se comprende desde dos alcances diferentes y complementarios. Por un lado, como un proceso organizador para demostrar la manera de determinar e instaurar las estructuras, procedimientos y recursos necesarios y adecuados para efectuar las acciones, en función de alcanzar determinados objetivos. Por otro lado, puede utilizarse como formación organizada, con un número exacto de miembros y una diferenciación interna de funciones, que involucra un conjunto preciso de relaciones de autoridad.

Por lo tanto, el espacio Institucional, implica un entrecruzamiento entre lo macro social y lo micro, de lógicas que responden a distintos marcos comprensivos y explicativos de la realidad. Esto se registra en los sujetos con los cuales el Trabajador Social interviene y también, en la historia colectiva. Así, surge la importancia de realizar una mirada retrospectiva, un análisis profundo que haga dialogar la complejidad de la realidad, no sólo contemplando los aspectos actuales de lo aquello que se escucha y observa, sino también los aspectos histórico-sociales.

- **Políticas Públicas - Políticas de Salud**

Se considera relevante dar inicio con la definición de **Políticas Públicas**: *"Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etc.; que combinan recursos normativos, humanos financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos,*

*para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos"* [79].

Desde esta concepción, se entiende a las Políticas Públicas como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública determinan la existencia de un problema y realizan las acciones pertinentes para eliminarlo o mejorarlo, concluyendo con la evaluación de los resultados de las acciones emprendidas para eliminar, o variar dicho problema.

Las Políticas Públicas son entendidas, en otras palabras, como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno, las cuales considera prioritarias, para solucionar los problemas de los ciudadanos; en un momento histórico determinado.

A su vez, Carballeda, señala que las Políticas Públicas involucran una estrategia de recuperación de capacidades, habilidades y básicamente de formas constitutivas de la identidad, brindando respuesta a los efectos de las crisis. Deben ser flexibles y tener la capacidad de adaptarse a situaciones de carácter singular, sin perder la centralidad que les da sentido total y perspectiva en función del Estado y la Nación (Carballeda, 2002).

La Política es una herramienta para la toma de decisiones que comprende dos variables:

- Recursos escasos (y por lo tanto insuficientes)
- Necesidades crecientes (o infinitas)

Desde este punto de vista, las **Políticas de Salud** representan una serie de valores entre los cuales se encuentran: equidad, eficiencia y solidaridad; sobre éstos, se asignan recursos para satisfacer las necesidades de Salud de la comunidad.

Cuando se refiere a la Política, se entiende a ésta como el *"conjunto de decisiones que permiten la organización de una comunidad haciendo viable la convivencia armónica entre sus integrantes"* [80].

[79] Ministerio de Salud Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios". Presidencia de la Nación; Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007. Módulo 5: "Políticas de Salud". Pág. 18.

En principio, las Políticas de Salud tienen sus orígenes en la identificación de problemas en el estado de Salud, como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, entre otros, que constituyen la materia de propuestas políticas. Fundamentalmente, tiene mayor trascendencia política la utilización de medios y recursos (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios), para resolver los problemas que existen en el proceso Salud-Enfermedad.

Por lo tanto, la Política de Salud es el resultado de una variedad de factores. En primer lugar, es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la Salud; en segundo lugar, el surgimiento de tecnologías. Pero principalmente, conforma el balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad.

En Argentina desde la década del 50, el debate acerca de Políticas de Salud adquiere mayor importancia, debido a varias situaciones, entre las principales se encuentran: los impactos que origina la implementación de nuevas tecnologías en el campo de la medicina y al crecimiento de formas organizacionales comunitarias con financiación solidaria denominadas**:** obras sociales.

Todas las Políticas enuncian, de manera implícita o explícita, una racionalidad política e instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores. En consecuencia, la elaboración de una Política, será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea creada.

Por lo tanto, la adopción de un conjunto determinado de valores y principios compone el primer grupo de alternativas por las cuales se debe seleccionar en la formulación de Políticas Sanitarias y en el diseño de Sistemas de Salud.

Con respecto al efecto redistributivo de las Políticas Sanitarias, la equidad, es la principal debilidad del Sistema Argentino, se evidencia en la gran estratificación de los usuarios en cuanto a cobertura y prestaciones, acorde con su capacidad de pago.

[80] Ídem. Pág. 25.

A pesar de su estado de deterioro, posee una infraestructura pública que dispone de una amplia capacidad para disminuir las desigualdades sociales en Salud, y el subsector público es el que posee mayor capacidad para promover la equidad. En conjunto con el subsector de la seguridad social, constituyen la fuente de financiamiento más poderosa desde el punto de vista redistributivo.

Por lo tanto, *"el diseño de políticas sanitarias adecuadas constituye, junto con las educativas, la herramienta más fuerte de disminución de la brecha en la asignación recursos y la apropiación de ellos entre los sectores más pobres y los más ricos de la población. Y en la mayoría de los casos, los efectos redistributivos son alcanzados en lapsos de tiempo menores mediante las políticas de salud"* [81].

Ander-Egg, realiza su aporte, definiendo a las Políticas Sociales, como el *"conjunto de acciones que, como parte de las políticas públicas, tiene el propósito de mejorar la calidad de vida mediante la prestación de una serie de servicios que procuran atender las necesidades básicas de todos los ciudadanos, asegurando unos mínimos de renta, alimentación, salud, educación y vivienda. Asimismo, tiende a disminuir las desigualdades sociales y atender a los colectivos que, por razones de edad o impedimentos físicos o psíquicos, no pueden generar recursos por medio de su trabajo"* [82].

Para operativizar cualquier tipo de Política de Salud, es necesario implementar diferentes planes, programas y proyectos, es por ello que se considera adecuado mencionar las diferencias que existen entre cada uno de ellos:

- **PLAN**: *"Conjunto de disposiciones que constituyen una representación anticipatoria de las acciones que se han de realizar de cara a lograr o alcanzar algo que se considera valedero en plazos determinados y en etapas definidas"* [83].
- **PROGRAMA**: *"Conjunto de actuaciones que se desean emprender en un tiempo concreto y en una determinada materia o ámbito de actuación, para lograr objetivos determinados de antemano. (…) En el campo de la planificación, el término hace referencia al conjunto de proyectos,*

[81] Ídem. Pág. 32.
[82] Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina. 2009. Pág. 193.
[83] Ídem. Pág. 185.

*actividades y procesos o servicios orientados al logro de determinados objetivos"* [84].

- **PROYECTO**: *"Se trata de la ordenación de un conjunto de actividades que, combinando recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, se realizan con el propósito de conseguir un determinado objetivo o resultado. Estas actividades se articulan, interrelacionan y coordinan entre sí, dentro de un plazo determinado y con las posibilidades y limitaciones que vienen dadas por los recursos disponibles"* [85].

Lo que se ha desarrollado anteriormente, constituye la base para dar inicio a una reseña histórica sobre la prestación del Servicio de Salud en la Argentina según Federico Tobar (González García & Tobar, 1997).

Se identifican cuatro **Modelos de Estado** en relación a las Políticas Sociales, y en particular a las de Salud. Cada uno, implica un Modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en deterioro de otras.

En el **primer Modelo** (Liberal), la Salud es íntegramente subsidiaria y el rol del Estado se limita a garantizar que ésta, así como el resto de las problemáticas sociales, no afecte el ritmo "natural" del mercado. El financiamiento de las acciones existentes son de carácter privado por medio de donaciones, y por lo tanto, la Salud no constituye un derecho de la población.

En la década del 40, se desarrolla el **segundo Modelo**, donde se consolidan las bases sociales de un nuevo Estado (De Compromiso), a partir de las principales transformaciones en la estructura social del país. El Estado, agrega la premisa de la "modernización" pero reflejado más en la acción que en el discurso. El área pública crece exponencialmente, y dentro de ella la Salud en su carácter de "cosa pública". Este crecimiento se ve fortalecido por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los Derechos Sociales, y los de Salud en particular, se expanden, pero el acceso es regulado por el Estado; de esta forma obstaculiza el acceso a los Derechos de manera universal.

[84] Ídem. Pág. 200.
[85] Ídem. Pág. 202.

El **tercer Modelo** (Neoliberal), se incorpora en la formulación de Políticas Públicas bajo el régimen autoritario. El mismo, agrega la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social; que favorezca la salida de los sectores de mayores recursos a partir de su incorporación a los seguros privados, convirtiéndose en un poderoso espacio de valorización del capital.

Hasta fines del siglo XX, en Argentina, la atención de la Salud de la población, se ha estructurado en base al hospital público, gratuito y a la medicina privada independiente. A inicios del siglo XX, se produce una extensión dinámica en los servicios, con el surgimiento de esquemas comunitarios o de base social inspirados en una lógica solidaria, como las mutuales y asociaciones profesionales y asociaciones sindicales. Estas últimas, proceden del modelo de Obra Sociales y se extienden de forma sostenida, dando como resultado que, más de las tres cuartas partes de los argentinos, en la década del 70, sean beneficiarios. A partir de la década del 80, surge una nueva conformación de servicios médicos privados, se trata de la medicina prepaga; y constituye el **último Modelo** de Estado en relación a las Políticas Sociales.

Se entiende que las Políticas Sociales, son intervenciones específicas del Estado dirigidas a optimizar las condiciones de vida para la reproducción de diferentes sectores sociales, en este sentido, Margarita Rozas Pagaza afirma que las Políticas Sociales son fundamentales para la construcción de una sociedad (Pagaza, 1988).

En relación a lo expuesto anteriormente se concluye que, por un lado, las Políticas de Salud, parten de un capítulo de las Políticas Sociales y se definen como un esfuerzo sistemático para reducir las problemáticas en Salud. Asimismo, involucra la definición de la Salud como un problema público, en el cual el Estado asume un rol manifiesto y activo. Por otro lado, el desarrollo de las Políticas de Salud es reciente, se evidencia que hasta los años ´50, no se manifiestan verdaderas Políticas de Salud. Prueba de ello, se obtiene cuando se sondea el gasto en Salud dentro de los presupuestos públicos. Cabe aclarar, que el “gasto en Salud” no significa precisamente “Política de Salud”; pero se observa que, en la mayoría de los casos, la realización de los

programas requiere la asignación de recursos. Por lo tanto, la implementación de una Política de Salud, puede o no alterar el estado de Salud de la población, así como también, puede o no modificar el Sistema de Salud.

- **Trabajo en Equipo**

Hector Fainstein, define **Equipo** como *"un conjunto de personas articuladas, con roles definidos para resolver una tarea. La esencia del equipo es la búsqueda de resultados. Estos resultados son el producto de la tarea, pero la tarea no es lineal, sino un camino sinuoso donde las personas ponen en juego aspectos que la movilizan y aspectos que la obstaculizan"* [86].

Carlos Luppi agrega, que aquellas personas con conocimientos y/o habilidades complementarias se comprometen con un proyecto común, determinan sus objetivos y acuerdan el enfoque para su consecución, de esta forma, se reconocen a sí mismos como recíprocamente responsables.

Según Paulo Roberto Motta, los integrantes del Equipo, deben recurrir a propuestas de cooperación y de ayuda mutua, de esta manera se intenta fortalecer el espíritu, la reflexión y el debate, como así también, la confrontación de experiencias y de expectativas al interior del mismo.

Es fundamental, que en la conformación y cohesión de un Equipo, el tamaño permita la interacción cara a cara y la posibilidad de realizar actividades colectivas en forma periódica; en los cuáles, se reflexione conjuntamente acerca de la resolución de problemas y las estrategias para abordarlos.

En la construcción de un Equipo, es imprescindible plantear una misión u objetivo común a alcanzar a partir de las distintas miradas de los integrantes, que involucre, los modos, escenarios y valores de cada uno de ellos. La *misión*, expresa el propósito final que justifica para lo cual el Equipo fue designado; asimismo, comunica el modo de posicionarse frente a sus usuarios, la actividad concreta y el cómo ésta se lleva a cabo.

[86] Ministerio de Salud. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios", Presidencia de la Nación; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2007. Módulo 8. Pág. 52.

Por **Equipo de Salud**, se entiende al grupo de profesionales y auxiliares que tienen un objetivo en común; y que a partir de ahí, puedan contribuir con distintos puntos de vista, a abordar los problemas complejos de la realidad y a definir estrategias de prevención y promoción; desde una metodología multidisciplinaria que permita desarrollar una totalidad.

Es fundamental para el accionar del profesional de la Salud, conocer las características del contexto socio-cultural, y de este modo poder comprender la vida de la población que determinan el estado de Salud y Enfermedad; como también, interpretar las demandas de los miembros de la comunidad. Para esto, se requiere desarrollar un enfoque integrado que permita abordar los problemas en su conjunto.

Resulta oportuno exponer distintas modalidades de Intervención del Trabajo en Equipo; considerando la complejidad del escenario actual en el cual se desarrolla la Intervención, es en este marco, donde se logra identificar las limitaciones, dificultades y obstáculos que orientan la elección del enfoque de trabajo que cada profesional lleva a cabo en su tarea diaria.

Actualmente, se observa una importancia en la conformación **Pluridisciplinar** en los Equipos de profesionales que trabajan en los Centros de Salud. Esto implica, asegurar la presencia de múltiples profesiones para atender a la comunidad que compone un área programática. De este modo, supone sumar otras miradas, objetos de estudio, modalidades de análisis de los problemas, modelos de intervención y prácticas; como así también, garantizar un mejor acceso a la Salud de toda la población.

Se plantea, que el enfoque **Multidisciplinario**, es aquel que se caracteriza por una simple correspondencia de áreas del conocimiento para resolver un problema complejo; en el cual, cada disciplina se dedica a su respectiva especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas.

Diana Salazar Fernández, comprende la **Interdisciplinariedad** como el encuentro y cooperación entre dos o más disciplinas; es decir, una comprensión holística, donde cada una de ellas, colabora aportando sus esquemas conceptuales, las formas de definir problemas y métodos de

integración (Salazar Fernández, 2007).

El acercamiento **Interdisciplinar**, en cambio, se origina ante la demanda social, ante las problemáticas cada vez más complejas y por el progreso interno de las Ciencias. Esta orientación Interdisciplinaria tiende a favorecer la integración y producción de conocimientos.

Se considera relevante, agregar que la Interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento y transformación mutua. Estas reciprocidades disciplinarias involucran además, interacción, cooperación y circularidad (de información, instrumentos, métodos, técnicas, y otros) entre las diferentes disciplinas. En otras palabras, es necesario configurar espacios Interdisciplinarios, capaces de conceptualizar los problemas de forma compleja y no sometidos a fronteras disciplinarias; por lo cual, muchos autores coinciden en que es importante constituir Equipos Interdisciplinarios para el abordaje y búsqueda de alternativas de solución.

Natalio Kisnerman, adhiere a esta línea de pensamiento, comprendiendo que los problemas sociales sólo pueden concretarse dentro de una metodología que trascienda una disciplina particular; de esta forma, agrega que sólo corresponde abordarlos a través de un Equipo de Trabajo, es decir, de manera Interdisciplinaria (Kisnerman, 1987).

Por último, la **Transdisciplinariedad**, es un acercamiento metodológico que posibilita la unidad y diversidad de la Ciencia; supone un sistema general que integra las diferentes disciplinas a través de un marco teórico común, permitiendo resignificar el Rol de los profesionales.

Fundamentalmente, el planteo consiste en poder salir del aislacionismo aún vigente y abocarse al Trabajo en Equipo sin *"saberes absolutos",* sino más bien, en la búsqueda permanente de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la compleja realidad presenta.

Como plantean algunos autores, entre ellos Alicia Stolkiner; resulta interesante que el accionar del Equipo de Salud, se realice en forma Interdisciplinaria, permitiendo a cada profesional integrar los conocimientos específicos a fin de lograr un carácter único, común y operacional; que compartan un mismo

objetivo y actúen en un espacio y tiempo, donde las acciones se correspondan con la definición de la situación general en la que están implicados (Stolkiner, 1999).

- **Niveles de Atención de la Salud**

Los Niveles de Atención constituyen un conjunto de establecimientos de Salud con niveles de complejidad, necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de Salud de diferente magnitud y gravedad.

La organización de los Niveles de la Salud en nuestro país, se basan en la organización del contacto de las personas y comunidades con el Sistema de Salud, la cual define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experiencias que ha desarrollado.

La Atención en Salud se organiza en tres Niveles diferentes:

- Primer Nivel de Atención
- Segundo Nivel de Atención
- Tercer Nivel de Atención

**Primer Nivel de Atención**

Este Primer Nivel, puede ser concebido de diferentes formas: **como estrategia, como programa, como nivel de atención**. Cualquiera de las tres perspectivas apunta a la reflexión y a la acción con el fin de cuidar la Salud de la población.

La perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS) como **Estrategia**, se apoya en tres columnas principales conformadas en primer lugar, por el mejoramiento del acceso y la utilización de los servicios de Salud; en segundo lugar, el sostenimiento con los recursos adecuados de la oferta de servicios y

por último, la adaptación a las necesidades y aspiraciones de la población.€

Otros autores, como Verónica Guntin, complejizan este Nivel planteándolo como una estrategia integral, que trata “problemas de Salud-Enfermedad” a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades y la promoción de la Salud. Se basa en el manejo apropiado de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales y a la optimización de los servicios. En otras palabras, este Nivel de Atención es el primer contacto del enfermo -o el sano- con el complejo de servicios que debe disponer el ciudadano para resolver el problema de Salud que presenta.

Dicha autora, plantea la definición de la Atención Primaria, a partir de lo citado por la declaración de Alma Alta: *"La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología práctica, científicamente fundada y socialmente aceptada, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante cada una de las etapas de su desarrollo"* [87].

La segunda perspectiva de la APS como **Programa de Actividades**, sostiene que si bien, las acciones deben cubrir a toda la población garantizando la igualdad horizontal en el acceso a los servicios básicos de Salud, se observa que existen grupos con mayores necesidades de atención, que obligan a satisfacer prioritariamente sus necesidades. Esto no significa que la atención deba centrarse solamente a grupos focalizados a través de la provisión básica de servicios, sino que es necesario, ampliar o extender la cobertura de los programas y servicios de Salud.

La última perspectiva de APS, es entendida como primer **Nivel de Asistencia o de Atención**, lo que significa puerta de entrada al Sistema**.** Es decir, la zona de contacto inicial de individuos y comunidades con el Sistema de Salud, cuya característica descentralizada está destinada a ampliar las posibilidades de acceso de la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria.

[87] Guntin Verónica.”Atención Primaria de la Salud. Una herramienta para la Intervención Comunitaria”. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen21/guntin.html

La *puerta de entrada* significa establecer vías de comunicación continúas y sistemáticas entre la comunidad que está dentro del área de trabajo del Centro de Salud.

A partir de lo expresado, la APS representa **un primer contacto** por medio de la atención que brinda; **continuidad** en la permanencia del vínculo entre el profesional y la persona; **integralidad** en la atención del individuo que debe ser relacionada con su contexto y **coordinación** entre los integrantes del Equipo, la Institución y la comunidad.

Las acciones que lleva acabo la Atención Primaria para lograr sus objetivos generales deben ser integrales, comprendiendo no sólo a lo curativo, sino especialmente a lo preventivo, por tal motivo, recibe el nombre de: *"Prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación)"* [88].

La tarea que lleva acabo la APS, debe permitir de manera interrelacionada actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Para cumplir con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de Salud define sus actividades partiendo de las características propias de la población y de los problemas de Salud más frecuentes; también controla las prácticas y los dispositivos de atención para mejorar la calidad de vida.

Resulta pertinente destacar que el Primer Nivel de Atención, posee una especificidad que procura trabajar en Equipo y pensar críticamente sobre el "hacer" cotidiano. Dentro de este nivel se encuentran los Centros de APS y Postas Sanitarias.

## Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel tiene su quehacer orientado a un segmento menor de la población, es decir, tiene una menor cobertura que el Nivel Primario y por lo general, no se contacta directamente con la comunidad. Se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico de la Salud, los cuales brindarán acciones

[88] Programa de Servicio Social en Atención Primaria de la Salud. Disponible en http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm

y servicios de atención ambulatoria de especialidades como: neurología, traumatología, cardiología, entre otros. El recurso humano está representado por el especialista.

Cuando las personas consultan al Primer Nivel de Atención, con un problema de Salud y que no puede ser resuelto en dicho Nivel, se requiere de la interconsulta a otros profesionales, ya sea, para internación por parto o cirugías simples; en este caso se recurre al Segundo Nivel de Atención. Es decir, el presente Nivel, se relaciona con el Nivel Primario para devolver los casos resueltos, como también, crea nexos con el Nivel Terciario cuando la complejidad así lo requiere.

Dentro de éste Nivel se encuentran los Hospitales Generales, Hospitales Regionales, las Maternidades, Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General y Guardia y en Mar del Plata, también de reciente inauguración, se encuentra el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA).

**Tercer Nivel de Atención**

Se encuentra conformado por Instituciones de Salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de Salud que demandan mayor tecnología y aparatología; poseen salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, entre otras), infraestructura para la realización de estudios complementarios complejos, unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Los establecimientos que representan este Nivel poseen condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada, es decir, la hospitalización del paciente por tiempo prolongado.

Articula las derivaciones del Segundo Nivel de Atención y pueden ser de jurisdicción Municipal, Provincial o Nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada. En éste Nivel de Atención se ubican los Hospitales Especializados (Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, de Quemado, de Ojos, de Rehabilitación psicofísica).

- **Prevención y Promoción de la Salud**

Desde las dos últimas décadas, el discurso de la Salud Pública y las configuraciones de las prácticas de Salud se manifiestan en relación a la idea de Promoción de la Salud.

El concepto de Promoción de la Salud, se desarrolla en el marco del movimiento denominado de la Nueva Salud Pública, correspondiente a las décadas del 60 y 70, como consecuencia de la reducción de las acciones sanitarias a aspectos exclusivamente asistenciales, con preferencia del Modelo Biomédico de alta especificidad y costo monetario.

En el año 1986, se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, la cual es considerada como fundamental en lo que concierne al movimiento de Promoción de la Salud a nivel mundial.

La carta de Ottawa, define al concepto como: "*La Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente*" [89].

Dina Czeresnia, expresa en palabras de Ferreira que *"promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar"* [90]. Uno de los ejes fundamentales de la Promoción de la Salud, es fortalecer la autonomía de los sujetos y de los grupos sociales para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud (Ferreira, 1986).

Tradicionalmente, Promoción de la Salud, se define de forma más amplia que Prevención, ya que se refiere a formas que no se rigen a una determinada Enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la Salud y el bienestar general.

[89] Attardo, Clara. "Por qué incluir la Perspectiva de Género en el Campo de la Promoción de la Salud" III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2011. Pág. 29.
[90] Czeresnia, Dina. "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". Argentina. 2006. Pág. 54.

Es oportuno continuar con el planteo que realizan los autores en referencia al término Prevenir, el cual significa *"preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice*" [91]. La Prevención en Salud requiere una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural con el fin de hacer improbable la expansión posterior de la Enfermedad. Las acciones de Prevención, son intervenciones orientadas a evitar la aparición de Enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevaleciendo en las poblaciones. El discurso preventivo se basa en el conocimiento epidemiológico moderno; tiene como objetivo, el control de la transmisión de Enfermedades infecciosas y la disminución del riesgo de Enfermedades degenerativas u otros daños específicos a la Salud.

La Prevención se clasifica en tres niveles:

**Prevención Primaria:** es el conjunto de medidas y actividades orientadas a la prevención de la Enfermedad; tiene como objetivo, disminuir la incidencia del problema de Salud en la población, detectando y equilibrando las condiciones que implican riesgo.
La incidencia, es definida como el número de casos nuevos de una Enfermedad en una población y en un período determinado.

**Prevención Secundaria:** es el conjunto de medidas y actividades destinadas a reducir la incidencia de un problema de Salud por medio de su diagnóstico precoz y una intervención segura, restringiendo las consecuencias que trae aparejada la Enfermedad.

**Prevención Terciaria:** es el conjunto de medidas y actividades que tienen como objetivo evitar consecuencias de los problemas de Salud sufridos, centrándose principalmente en la rehabilitación e integración a la comunidad de las personas.

[91] Ídem.

- **Proceso: Salud - Enfermedad - Atención - Cuidado**

Cristina Laurell, plantea que el estudio del proceso Salud-Enfermedad centra la comprensión del problema de la causalidad, recuperando la unidad entre “la Enfermedad” y “la Salud” dividida en el pensamiento médico clínico. Sin embargo, ambos conceptos, se dan como momentos de un mismo proceso pero diferenciables (Laurell, 1981).

El proceso **Salud-Enfermedad**, se puede pensar como distintos niveles de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida. La construcción de ambos conceptos debe ser comprendida dentro de un marco cultural, debido a que los valores, las representaciones, los roles y las expectativas de cada persona, establecen lo que cada uno concibe y vive como el proceso Salud-Enfermedad. Por lo cual, la Enfermedad se trata de una dolencia personal y de una construcción social y cultural, debido a que los sujetos viven la Enfermedad según las características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, determinando de manera singular y dinámica, el comportamiento para el cuidado o recuperación de su propia Salud.

Cabe señalar, que existen varias ideas populares sobre el concepto de Enfermedad que indican distintos modos de pensar y analizar las causas que la generan. Dichos modos de pensar establecen "lógicas" que permiten comprender la realidad "Enfermedad".

Se pueden señalar las siguientes lógicas de comprensión de la Enfermedad:

- *“Una lógica de degeneración, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo;*
- *una lógica mecánica, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales;*
- *una lógica de equilibrio, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio; y*
- *una lógica de invasión, que incluye la teoría del germen y otras intrusiones materiales de las que resulta la enfermedad”* [92].

[92] Kornblit, Ana Lía; Mendes Dia, Ana María. La salud y la Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales.

Estas lógicas involucran concepciones de Enfermedad que responden a la medicina científica en relación a los síntomas, causas y terapias de enfermedades. Sin embargo, otra perspectiva apunta que los conceptos vinculados con la Enfermedad operan como símbolos que se relacionan con las experiencias propias de una cultura.

Como plantean Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz, los conceptos comunes de Enfermedad nombran entidades en el cuerpo que también son imágenes asociadas con otros órdenes de la vida.

De esta manera, se logra identificar cuatro aspectos del fenómeno Enfermedad para el individuo:

- *"Estar enfermo, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones;*
- *sentirse enfermo, percibir tales modificaciones en el propio organismo;*
- *identificar la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema;*
- *poder estar enfermo, lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto"* [93].

Continuando con este pensamiento, las autoras plantean la reflexión de dos términos. Por un lado, dolencia o padecimiento, de cualidad subjetiva y que es producto de las alteraciones de la Salud que son reconocidas y detalladas por el sujeto; por lo tanto, su carácter, duración y severidad obedece a las causas físicas de esas alteraciones y a las características del paciente y sus circunstancias. Por otro lado, se trata de una cualidad objetiva y examinada por la mirada profesional.

Por lo cual, la percepción de *estar enfermo* pasa por la posibilidad de identificar el problema, y fundamentalmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este aspecto depende de los Roles sociales que desempeña la persona y por el lugar que ocupa la Salud en su vida cotidiana.

Buenos Aires. Aique. 2000. Pág. 13.
[93] Ídem. Pág. 14.

El proceso **Atención-Cuidado**, se basa en el *"saber hacer del médico"*, el cual consiste en la posibilidad de superar la barrera que simboliza la asimetría de la información con el paciente; proceso que se logra cuando el profesional toma en cuenta las preferencias de sus pacientes.

La definición de Cuidado del paciente responde a este nuevo planteamiento de la Nueva Salud, que se basa en *"reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente"* [94].

En los últimos años, se produjo un cambio significativo en las relaciones médico-paciente; el efecto inmediato se refleja en los resultados de la Asistencia Sanitaria, que se miden actualmente en procesos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y también, por su satisfacción con el resultado logrado.

El producto sanitario y el trabajo del médico continúan siendo los mismos, pero los proyectos de los procesos asistenciales han cambiado, esencialmente cuando los médicos comienzan a preocuparse por satisfacer las necesidades y las expectativas de sus pacientes.

Los pacientes han adoptado un Rol diferente, son coproductores de los cuidados de su Salud y, por lo tanto, es importante contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su propia Salud. Del mismo modo que colaboran activamente durante la consulta, participan en actividades de educación y promoción de la Salud, se produce una co-responsabilización en la toma de decisiones y en el seguimiento del tratamiento, realizan un uso racional de los recursos, aportan sus puntos de vista sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario en relación a la organización y prestación; como también, participan en la evaluación de los efectos que se alcanzan declarando su satisfacción o insatisfacción con los mismos.

A modo de síntesis, este nuevo planteamiento de Salud, parte esencialmente de la idea de que las decisiones médicas deben incluir la perspectiva del

[94] Mira JJ, Aranaz J. La Satisfacción del Paciente como una Medida del Resultado de la Atención Sanitaria. Medicina Clínica. 2000. Pág. 114.

paciente y el papel activo en la toma de decisiones sobre su Salud, que los individuos van adquiriendo paulatinamente.

En este sentido, pensar en las concepciones de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado, significa comprender que las estrategias empleadas para garantizar las condiciones de Salud, son un proceso complejo, en el cual se combinan las realidades del contexto social, las necesidades del Equipo de profesionales, del paciente, entre otros. Por lo tanto, representan un conjunto de expresiones, de práctica, de filosofía, de organización del trabajo y de personas con necesidades e individualidades diferentes.

# *TERCERA PARTE*

- **Encuadre Institucional del Centro de Salud Nº2 "Dr. Arturo Oñativia"**

Domicilio: Guanahani 4546

Tel: 480-3088 / 480-9568 / 489-3698

Emergencia: (0223) 477-0030

Días y horarios de atención: Atención por guardia todos los días de la semana de 20:00 a 8:00hs. y atención por consultorios externos de lunes a viernes con turno programado.

- **Historia y Origen**

Haciendo un recorrido histórico, se puede señalar que en el Partido de General Pueyrredón, como consecuencia del crecimiento de la población y de la inserción laboral en el ámbito urbano, comienzan a surgir los primeros conflictos en relación a la Atención Sanitaria de los habitantes dentro de la ciudad de Mar del Plata. A esto se agrega, la presencia de una considerable población estacional en las temporadas de verano, por lo que la cobertura Sanitaria se ve obligada a ampliarse.

En el año 1915, a partir de los cambios políticos generados por el acceso de los Socialistas al Gobierno Municipal, se da comienzo a los replanteos del cuidado de la Salud de la población.

El surgimiento de las nuevas ideas y prácticas políticas, provoca conflictos entre los distintos conceptos de Sanidad que en aquel momento había en la ciudad. Hasta ese entonces, no existía en la zona una Asistencia Pública y Gratuita, ni una política que busque ampliar los servicios de Salud hacia los Barrios obreros y populares.

Los Socialistas establecieron Áreas específicas atendidas por especialistas, creando el cargo de Médico-Director de la Asistencia Pública, a partir de lo cual

se incrementa el número de profesionales: dentistas, parteras, asistentes sociales; y se inauguran nuevas dependencias Sanitarias dedicadas en atender problemas sociales como el dispensario para lactantes, el dispensario antivenéreo, entre otros. Con la seguridad puesta en que exista una necesidad imperiosa de propagar una medicina social a todos los sectores de la población, es que se da inicio a la expansión de los servicios de Asistencia Pública hacia los barrios obreros recientemente surgidos.

La realidad en la periferia de la ciudad es precaria, ya que se presentan todas las condiciones para la insalubridad; razón por la cual se hace indispensable extender los servicios hacia los barrios populares, aquellos que se encuentran en proceso de conformación y extensión. Por tal motivo, se da origen a la creación de una Sala Asistencial en el barrio del Puerto. El naciente barrio obrero concentra a una gran cantidad de inmigrantes dedicados a la pesca, los cuales se encuentran carentes de recursos económicos, en condiciones de precariedad laboral, y viviendo en forma humilde y hacinada. Por este motivo, considerando el riesgo que implica que el lugar se convierta en un foco de contaminación y con el propósito de prevenir futuras epidemias, es que las autoridades determinan la incorporación en la zona de una Sala Asistencial. En un principio, se encuentra conformada por un sólo médico, una enfermera y un ayudante de enfermería, estableciéndose como imprescindible el servicio antivenéreo.

En 1932, la Sala Asistencial se la jerarquiza como Sala de Primeros Auxilios, funcionando como: sala de primeros auxilios, servicio de clínica general en consultorio y dispensario antivenéreo.

La Asistencia Pública en aquel entonces, cubre un vacío asistencial sobre todo de los sectores sociales más desfavorecidos y desprotegidos. Tanto es así, que la frecuencia de enfermos pobres que concurren a la Asistencia Pública en demanda de atención médica, obliga a que se amplíen los servicios, incorporando ginecología, partos con gratuidad y el dispensario de lactantes.

En el año 1932, se reglamenta la Asistencia Pública del Partido de General Pueyrredón, en donde se organizan todos los servicios, la medicación y la gratuidad de los mismos.

Entre los años 1958 y 1963, se crean las primeras Unidades Sanitarias, las que en su comienzo fueron tres, ubicadas en los barrios El Martillo, Camet y Batán. A medida que Mar del Plata se extiende y da lugar al surgimiento de nuevos barrios, la Asistencia Municipal también procura seguir los mismos pasos.

A partir de la Ordenanza General Nº 32 establecida en el año 1968, es que surge la necesidad de adecuar, coordinar y racionalizar los Servicios Asistenciales de Salud, dependientes del sector Municipal. La Ley 7.016, establece la zonificación Sanitaria en la Provincia de Buenos Aires, tiene como objeto coordinar y ordenar las Instituciones Sanitarias en un conjunto orgánico y articulado, con el fin de lograr el abastecimiento integral, planificado y suficiente de los servicios de Salud de cada región.

En 1985, se establece un convenio con el INE, INAREPS y la Región Sanitaria VIII, a fin de implementar un Plan de Atención Médica Primaria, integrando los recursos de la Municipalidad, la Provincia y la Nación. Así, se construyen de manera descentralizada las Unidades Sanitarias y se comienza a trabajar con un Programa de Salud Materno Infantil. Debido a los distintos cambios políticos y la falta de continuidad en la planificación de la Salud, las acciones llevadas a cabo en un primer momento por las autoridades de Nación, Provincia y Municipio, se diluyen; quedando sólo en manos del Sistema Público Municipal la implementación de acciones y esfuerzos, así también sin una planificación sustentable en el tiempo.

En el año 1996, se percibe un cambio, reorientando el Sistema de Salud hacia un Sistema basado en la Atención Primaria de Salud (APS). De esta forma, se comienza a priorizar el trabajo en Equipo, la participación comunitaria, la prevención y promoción de la Salud, la capacitación de agentes comunitarios, jerarquizando y ampliando los programas vigentes, vacunación, reorganizando los programas de Clínica Médica, Salud Mental, Médica Preventiva, e incorporando por primera vez la rotación por las distintas Unidades Sanitarias de Médicos Generalistas.

En el 2001, se implementa la “Estrategia Primaria de la Salud”, la cual entiende a la APS como una estrategia con especial significado en la relación comunidad-Institución y donde los individuos dejan de ser objeto de atención y

se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre la propia Salud y asumen responsabilidades ante ella.

Hacia el año 2005, se crean las Postas Sanitarias, las cuales se definen como un establecimiento de Salud de primer nivel de más baja complejidad, donde se desarrollan actividades de atención de la Salud, con énfasis en aspectos preventivos y promocionales y con participación activa de la comunidad. Tienen como objetivo contribuir a mejorar la Salud de la población del Partido de General Pueyrredón, favoreciendo un mayor acceso y cobertura sanitaria de manera gratuita.

Actualmente, el Sistema Municipal de Salud se encuentra conformado por los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), cada uno con sus respectivas Áreas Programáticas de cobertura, clasificándolos de la siguiente manera:

- Unidad Sanitaria Parque Independencia
- Unidad Sanitaria 9 de Julio: San Cayetano- Malvinas Argentinas- 9 de Julio.
- Unidad Sanitaria Cohelo de Meyrelles: Juramento- Nuevo Golf- San Martín- Santa Celina-Termas Huinco.
- Centro de Salud Nº 1: Terminal y Centro.
- Centro de Salud Mental Jara: Sarmiento- Villa Primera- Santa Mónica-San Juan- Don Bosco Nueva Pompeya- Parque Luro.
- Unidad Sanitaria Florentino Ameghino: Ameghino- San Jorge- La Herradura-Hipódromo.
- Unidad Sanitaria Playas del Sur: Playas del sur-Alfar- San Patricio.
- Subcentro Batán: Batán.
- Unidad Sanitaria Las Américas: Las Américas- José Hernández- Regional.
- Unidad Sanitaria Parque Hermoso: Valle Hermoso- Parque Palermo.
- Subcentro General Belgrano: Belgrano- Autódromo- Don Emilio.
- Unidad Sanitaria Chapadmalal: Estación Chapadmalal.

- Unidad Sanitaria Alto Camet: Constitución- Caisamar- Estrada- Alto Camet- Las Dalias- Felix U. Camet- Zacagnini- Parque Peña.
- Subcentro El Martillo: El Martillo- Florencio Sanchez- Gral. Pueyrredón- SOIP- Cementerio- Parque Peralta Ramos-Oeste.
- Centro de Salud Nº 2: Cerrito y San Salvador- Villa Lurdes- Las Avenidas- El progreso- San Carlos- Termas Huinco- Puerto- parte de Punta Mogotes- parte de Colinas de Peralta Ramos.
- Unidad Sanitaria Santa Rita: Peralta Ramos Oeste- Bosque Grande- El Gaucho- San Antonio- Santa Rita.
- Unidad Sanitaria Las Heras: Las Heras- Las dos Marías- Parque Palermo- Bosque Grande.
- Unidad Sanitaria Estación Camet: Estación Camet.
- Subcentro Libertad: Libertad- Virgen de Lujan.
- Unidad Sanitaria A.P.A.N.D: APAND-V. Primera- La Florida- Los Tilos-López de Gomara- Aeroparque- Los Pinares- Parque Luro- Pompeya.
- Subcentro Jorge Newbery: B. Roldán- Coronel Dorrego.
- Unidad Sanitaria Colonia Chapadmalal: Colonia Chapadmalal.
- Unidad Sanitaria Colonia Barragán: Ruta 2.
- Unidad Sanitaria La Peregrina: Sierra de los Padres- Laguna de los Padres- Santa Paula.
- Unidad Sanitaria El Boquerón: El Boquerón.
- Instituto Rómulo Etcheverry I.R.E.M.I.: Centro.
- Unidad Sanitaria Faro Norte: Faro Norte- Punta Mogotes.
- Unidad Sanitaria 2 de Abril: 2 de Abril.
- Unidad Sanitaria Centenario: Centenario- Los Andes- Rivadavia- Kennedy- Don Bosco- Sarmiento.
- Unidad Sanitaria Aeroparque.

- Unidad Sanitaria Antártida Argentina.
- Posta Sanitaria La Herradura.
- Posta Sanitaria Félix U. Camet.
- Posta Sanitaria Santa Paula.
- Posta Sanitaria Stella Maris.
- CEMA.

La conformación de cada Equipo de Salud que interviene en los distintos CAPS y Postas Sanitarias varía dependiendo del Área programática o de la complejidad que allí se atienda. Teniendo en cuenta que estas Instituciones, brindan servicios relacionados con la APS (prevención, promoción y protección de la Salud), es que existen en la ciudad las Oficinas de referencia y contra-referencia Municipal; y una serie de acuerdos firmados con el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) y con el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA). Dichas Instituciones brindan asistencia a las personas que son derivadas a médicos especialistas o que requieren internación y curación. Se trata de establecimientos que cuentan con mayor infraestructura y el equipamiento necesario para dar respuesta a situaciones más complejas.

De esta manera, el personal administrativo de cada Servicio de Salud, programa con el Hospital o con el Centro de Referencia y Contra-referencia que corresponda, la prestación médica necesaria. Al paciente se le entrega una constancia escrita en la que se indica fecha y hora en que debe concurrir para ser atendido. Una vez finalizada la interconsulta, el paciente continúa con los controles médicos en el CAPS de su barrio. Asimismo, si desde el CAPS se indica orden de internación tanto para el HIEMI como para el HIGA, una vez obtenida el alta médica, la persona continúa atendiéndose desde APS.

De este modo, se visualiza el funcionamiento del Sistema de Salud Público, garantizando la atención de forma gratuita a toda la población.

- **Institución: Centro de Salud Nº 2**

El 10 de febrero de 1982 comienza a funcionar el Centro de Salud Nº2 de Referencia y Contra-referencia Regional "Dr. Arturo Oñativia", conocido como "Hospital Vertical"; Institución Pública que pertenece a la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.

En un primer momento, el Centro se encontraba ubicado en la calle Padre Dutto entre 12 de Octubre y Magallanes, posteriormente es trasladado a Guanahani 4546 entre Marcelo T. de Alvear y José Hernández, y con proyecto a futuro de ser nuevamente relocalizado.

El Área programática del Centro de Salud Nº 2 se modifica a partir de la apertura del CAPS de Parque Independencia, abarcando desde la Avenida Martínez de Hoz, hasta Juan B. Justo y su continuación por la calle Alem, hasta la Avenida Paso. De aquí a la calle Tucumán, retomando por Juan B. Justo hasta Dellepiane (vereda par), y de allí hasta Arana y Goiri (vereda impar). Luego avanza hasta la Avenida Edison, desde aquí (vereda par), hasta su intersección con la calle Génova (vereda impar), continuando hasta llegar a Giacobini (vereda impar), y finalizando el Área nuevamente en Martínez de Hoz.

Los Barrios que actualmente comprende el Área programática son:

- Las Avenidas
- El Progreso
- San Carlos
- Cerrito y San Salvador
- Villa Lourdes
- Puerto
- Parte de Punta Mogotes
- Parte de Colinas de Peralta Ramos
- Termas Huinco

El Centro de Salud, se encuentra ubicado dentro del barrio Villa Lourdes, limitando y próximo a gran cantidad de fábricas pesqueras que se hallan en la zona. Se observa la habitual convivencia de distintos residuos, desechos pesqueros, olores y aguas servidas; insalubres para las personas que viven y trabajan en el barrio. Del mismo modo se destaca, que las calles que habilitan el acceso a dicho Centro se encuentran deterioradas, con pozos y grietas, producto de la cantidad y continuidad de camiones que transitan por las mismas.

El terreno sobre el que se encuentra construido el Centro de Salud, pertenece a la Municipalidad de General Pueyrredón, ubicado aproximadamente a mitad de cuadra; la entrada principal se encuentra en la calle Guanahani y la salida por la calle San Salvador. Los materiales que se usaron para la construcción son a base de paneles y piso de baldosas, cuenta con servicios de gas, luz, agua, teléfono, fax e internet.

Es importante mencionar la presencia de distintos asentamientos en la zona, entre ellos la Villa de Paso, la Villa Vertiz, Termas Huinco (situado en la calle Triunvirato entre Soler y Fournier) y un pequeño asentamiento en el barrio San Carlos (ubicado en la calle Bernardo de Irigoyen al 4300).

La Institución, se divide en Sectores:

- SECTOR 1: Administración-Turnos
  Guardia Clínica Médica
  Guardia Pediátrica

- SECTOR 2: Vacunación
  Pediatría
  Ginecología
  Clínica Médica
  Odontología

Traumatología

Servicio Social

- SECTOR 3: Rayos

  Laboratorio

  Farmacia

- SECTOR 4: Salón de actos

  Alcohólicos Anónimos “Grupo nueva esperanza”

  Nutrición

  Asociación Pro-ayuda a la Obesidad

  Salud Mental

La Institución cuenta con equipo de rayos, reveladoras de placas, resucitador guardia y bisfitrilador, esterilización y máquinas para el laboratorio; asimismo, brinda la atención de diversas especialidades médicas, trabaja en red con distintos CAPS de la zona; de esta manera, facilita la obtención de turnos para que sus pacientes sean atendidos en el Centro; por ejemplo, realizar radiografías, análisis de sangre, entre otros.

El Área de esterilización tiene la tarea de esterilizar distintos insumos, algunos de ellos son trasladados y utilizados en distintos CAPS de la ciudad. Los Técnicos de laboratorio están a cargo de las extracciones correspondientes a la Zona Sur; mientras que la Zona Norte está a cargo de IREMI. Por lo tanto, todos los días de la semana, recorren distintas Unidades Sanitarias correspondientes a su Área programática: Faro Norte, Serena, Las Heras, Batán, Martillo, Santa Rita, Parque Hermoso, Antártida Argentina. De esta forma, las muestras de serología y HIV son enviadas al Centro Nº1, y los cultivos al IREMI; una vez que se analizan los resultados, éstos retornan al Centro Nº2 y son entregados por el Equipo técnico a los CAPS

correspondientes. Resulta pertinente aclarar que, la Institución brinda Servicio de Guardia clínica las 24 hs. y Guardia pediátrica los fines de semana, lo cual posibilita que los vecinos y personas de barrios aledaños concurran al Centro sin necesidad de trasladarse hasta los Hospitales de referencia.

### ❖ Objetivos del Centro de Salud Nº2

- "*Accesibilidad de la población a la atención de la Salud.*
- *Cobertura universal en función de las necesidades de Salud de la población.*
- *Organización y participación de la comunidad para asegurar el Derecho a la Salud y las estrategias de cuidado.*
- *Acción intersectorial, entre las organizaciones de Salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.*
- *Desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponible"* [95].

### ❖ Equipo de profesionales del Centro de Salud Nº2

Se encuentra conformado por los siguientes profesionales:

- Lic. Trabajo Social
- Médico Pediatra
- Médico Clínico
- Médico Psiquiatra

[95] Ministerio de Salud de la Nación. "Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios". Presidencia de la Nación; Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007. Módulo 1: "Salud y Sociedad".Pág.145.

- Psicopedagoga
- Lic. Psicología
- Terapista Ocupacional
- Lic. Enfermería
- Lic. Nutrición
- Lic. Fonoaudióloga
- Odontólogos
- Ginecólogos
- Obstetras
- Técnicos especializados en laboratorio y rayos
- Traumatólogos
- Administrativos
- Personal de mantenimiento

❖ **Servicio Social**

El Servicio Social se encuentra ubicado en el Sector 2 de la Institución, a la derecha de la entrada principal, situado frente al acceso interno del consultorio de Pediatría; cuenta con un único espacio físico, en el cual se realizan las entrevistas y distintas intervenciones del Trabajador Social.

Días y horarios de atención:

Atención de los profesionales a cargo de cada Servicio: de lunes a viernes de 8:00 a 15:00hs.

- **Objetivos del Trabajador Social**

*Objetivo General:*

- *"Integrar los equipos de Salud en el ámbito del Municipio de General Pueyrredón, elaborando y desarrollando los Programas existentes en el marco de Atención Primaria de la Salud"* [96].

*Objetivos Específicos:*

- *"Participar de las actividades del equipo de Salud, aportando conocimientos específicos del quehacer profesional en el campo de lo social.*
- *Integrar el Equipo Interdisciplinario en forma estable a fin de abordar la problemática social de la familia.*
- *Brindar atención profesional a las familias en las que uno o más miembros se encuentren bajo el programa en el Centro de Salud.*
- *Elaborar un diagnóstico social de la familia, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales que inciden en la Salud de la misma.*
- *Aportar la investigación social al resto del Equipo Interdisciplinario.*
- *Participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la Salud, dentro de la interdisciplina de la APS.*
- *Coordinar los programas y recursos existentes en el Municipio a fin de favorecer el tratamiento social del grupo familiar"* [97].

Los objetivos específicos del Trabajo Social, están insertos en los objetivos generales de la Institución de Salud de la que forman parte, enfocados desde el

[96] Programa de Servicio Social en Atención Primaria de la Salud. Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm
[97] Ídem.

punto de vista de las necesidades y los problemas sociales, y deben ser alcanzados progresivamente de acuerdo a su complejidad.

- **Funciones del Trabajador Social**

***Promoción***:

- *"Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la Salud.*
- *Suministrar información sobre los hábitos saludables.*
- *Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva"* [98].

***Prevención***:

- *"Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.*
- *Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.*
- *Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.*
- *Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.*
- *Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de os servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.*
- *Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud"* [99].

[98] Ídem.
[99] Ídem.

***Recuperación***:

- *"Contribuir con el resto del equipo de Salud a reparar los daños causados por la enfermedad.*
- *Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su Salud"* [100].

***Rehabilitación***:

- *"Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.*
- *Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades"* [101].

[100] Ídem.
[101] Ídem.

- **Encuadre Institucional del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende**

Domicilio: Juan B. Justo y calle 164

Tel: (0223) 477-0262/65, 477-166

Fax: (0223) 477-1166

Emergencia: (0223) 477-0030

Días y horarios de atención: Atención por guardia todos los días de la semana durante las 24 hs. y atención por consultorios externos de lunes a viernes con turno programado.

- **Historia y Origen**

El Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Eduardo Alende (HIGA), depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata y corresponde a la Región Sanitaria VIII, conformada por 16 partidos: Ayacucho, Balcarce Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, Partido de la Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell. A nivel de distrito es cabecera y es el Hospital de referencia de la Región VIII.

Conforma un nosocomio de complejidad 8; dicha complejidad responde a Instituciones que cuentan con amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad; las cuales se encuentran ubicadas en el centro urbano, y cumplen la función como Centros de Docencias Universitarias. Estos cubren especialidades que le permiten resolver por sí mismos la mayor parte de los problemas médicos, actuando como nivel de derivación regional.

La historia del Hospital, se remonta al 25 de Abril del año 1948, cuando se

coloca la primera piedra fundacional de lo que sería en pocos años una monumental obra destinada a la atención hospitalaria.

En los primeros meses de ese mismo año, el Secretario de Salud Pública de la Nación (cargo desempeñado por el Dr. Ramón Carrillo durante la primera Presidencia de Perón), efectúa recorridos por Mar del Plata con el objetivo de ubicar un lugar adecuado para instalar una edificación de características monumentales, destinado a desarrollarse como Centro Hospitalario. Se decide aceptar una donación en las afueras del radio urbano, lugar conocido entonces como los campos de Errecaborde.

Si bien las primeras obras se inician de inmediato, la labor principal data desde mediados del año 1950.

En septiembre de 1955, al principio del Golpe de Estado contra el Gobierno del Presidente Perón, las obras del edificio construido en base al modelo de un Hospital Suizo, se encuentran avanzadas y en condiciones de habilitación a corto plazo. Pese a que la población marplatense, no deja de efectuar los correspondientes reclamos a las autoridades para que se pusiera en marcha el nuevo Hospital, éste permanece con sus puertas cerradas hasta el año 1961.

En julio del año 1960, el Dr. Alende arriba a Mar del Plata con el Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Dr. Noelia y Dr. Mammoni, recibiendo el amplio apoyo de profesionales, autoridades e Instituciones de bien público, para obtener del Gobierno de la Nación, la transferencia del Hospital Regional de Mar del Plata  a la jurisdicción de la Provincia. El traspaso se concreta en diciembre, y después de haber reactivado los sectores obreros y profesionales desde el 1958; el jueves 20 de julio de 1961, se formula un anuncio concreto sobre la habilitación del Hospital.

El 24 de junio del año 1969, se pone en marcha la nueva estructura del servicio de emergencia y atención domiciliaria de la Unidad Hospitalaria para la cual se divide la cuidad en dos grandes sectores. El sector A, tiene su centro operativo en la Emergencia del ex Hospital Mar del Plata y el sector B, tiene su centro operativo en la Emergencia del ex Hospital Regional.

En 1977 con el objetivo de “departamentalizar” el Hospital, se crean cuatro

departamentos: Medicina, Cirugía, Urgencia y Administración simultáneamente; también, se conforman trece servicios entre ellos, salas y unidades de internación. Dentro de la restructuración, se crea la Jefatura del Departamento de Urgencia, integrado permanentemente por un traumatólogo, un cirujano, un médico clínico de agudos, un bioquímico, técnicos de laboratorio, hemoterapia y rayos, y los médicos concurrentes; lo cual constituye una innovación en el esquema hospitalario de la Provincia.

En 1998, la Diputada Nacional la Sra. Hilda González de Duhalde, inaugura el gran cambio en el Hospital Interzonal General de Agudos, ya que éste se convierte en el primer Centro de Politraumatismo del país, durante la gobernación del Dr. Eduardo Duhalde.

La nueva construcción incluye el pabellón de alta complejidad, el cual consta de tres niveles, donde guardia y quirófano comienzan a trabajar de inmediato. En el subsuelo, funciona la sala anatómica patológica, morgue y central de esterilización. El equipamiento de estas cuatro áreas, es nuevo y de tecnología avanzada.

En la planta baja, se instala el Centro de atención al Politraumatizado “Héroes de Malvinas”, lugar destinado al área de resucitación (shock room) con equipos de alta complejidad, de terapia intensiva (respiradores, monitoreo, cardio-desfibriladores, equipos de RX colgante y portátiles). Por otro lado, se encuentra el sector de observación de guardia, que posee dieciocho puestos con la totalidad del equipamiento y gases centrales; sala de yesos, sala de procedimientos invasivos, dos quirófanos de emergencia con equipamientos e instrumental, dos áreas de apoyo de enfermería, diez consultorios de pacientes ambulatorios de guardia, sala de espera, con preparación para realizar tríada (categorización de pacientes en caso de catástrofes). Ese mismo sector, contiene el centro de diagnóstico de alta complejidad, como la cámara gamma con Speet, equipo de hemodinámica con sustracción digital para cirugía cardiaca, equipo complejo de radiología básica y un sector de tomografía computarizada.

En la actualidad, se encuentra la misma estructura, a excepción de los dos quirófanos de guardia que no se utilizan como quirófanos, sino que funcionan

como parte de la sala de observación para pacientes que requieren aislamiento.

Las áreas de observación, dentro del servicio de urgencia, constituyen una forma de organización de la asistencia urgente, disponiendo de forma determinada la prestación de los servicios para adaptarse mejor a las necesidades de los pacientes, atendiendo a sus características y problemáticas clínicos de carácter urgente.

- **Objetivos del Hospital Interzonal de Agudos**

El Hospital General de Agudos, brinda sus servicios en relación a lo social, sanitario y educativo; estos son:

- *"Brindar atención a la persona en el momento agudo de la enfermedad (social y sanitaria).*
- *Formación profesional por medios de pasantías, residencias y concurrencias"*[102].

- **Función de la Institución planteada por la Lic. Natalia Bozzi en la Descripción Institucional.**

En las diferentes áreas de Intervención, se plantean distintas estrategias para abordar las situaciones:

<u>Área de investigación:</u>

- Estudio para conocer la zona y problemas específicos.

[102] Lic. Bozzi, María Natalia. Descripción Institucional. "Hospital Interzonal General de Agudos". Dr. Oscar Alende. UNMdP.

- Captación de los factores de riesgo para la planificación de los diversos programas de Salud.

Área de Prevención:

- Información y contacto del Hospital y de sus servicios con las demás Instituciones y Servicios de Área Sanitaria. Coordinación.
- Promoción Social, individual y grupal, para que sean agentes de su recuperación a través de una educación sanitaria.
- Prevención de futuras necesidades (altas hospitalarias, tratamiento hospitalario o en domicilio, ayuda domiciliaria).

Área Asistencial:

- Gestión y aplicación de los recursos existentes para satisfacer necesidades del paciente o de su familia.
- Intervención en las fases agudas de la enfermedad. Valoración de la urgencia.
- Trabajo a Nivel Individual y/o Familiar.

Seguimiento familiar:

- Garantizar la continuidad de los casos en el medio social de los pacientes, para evitar la institucionalización innecesaria.
- Valoración social que contribuya a un diagnóstico de Equipo más objetivo.
- Terapias de apoyo.
- Coordinación con otros servicios que garanticen y ayuden al tratamiento.
- Atención directa al usuario. Valoración de su demanda.

Área Rehabilitación:

- Promoción y utilización de recursos adecuados para cada situación concreta que sirva de apoyo social y contribuyan a mejorar las condiciones de vida de los usuarios y sus familiares.
- Potenciar y apoyar la creación de recursos que brinden cobertura a las situaciones sociales más vulnerables.

Las funciones en estas áreas consisten en:

- *"Mediatizar los intereses de la Institución, de los pacientes y de su grupo familiar.*
- *Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas implementados en la Institución.*
- *Coordinar las acciones intra e interinstitucional.*
- *Gestionar y aplicar los recursos existentes.*
- *Formar parte de la red institucional de la comunidad"* [103].

❖ **Equipo de Profesionales de la Guardia del HIGA**

Se encuentra conformado por los siguientes profesionales:

- Lic. Trabajo Social
- Médico Clínico
- Cirujano
- Lic. Enfermería
- Ginecólogos
- Traumatólogos

[103] Ídem.

- Administrativos
- Personal de mantenimiento

### ❖ Servicio Social

Se sitúa en la planta baja de la Institución, a la izquierda de la entrada principal. Es de fácil reconocimiento y cuenta con un ambiente dividido por mamparas que dan lugar a tres oficinas, un cuarto espacio donde funciona la fotocopiadora y un ambiente de uso común en el que se encuentra la computadora, el guardarropas, entre otros elementos.

Días y horarios de atención:

Atención de las profesionales a cargo de cada Servicio: de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs.

Guardias rotativas: de lunes a viernes de 13:00 a 17:00 hs.

Sábados de 9:00 a 12:00 hs.

Organización interna del Servicio Social:

Jefe del Servicio: Lic. Gabriela Re

Infectología y Oftalmología: Lic. Gabriela Re

Salud Mental: Lic. Laura Larson

Nefrología: Lic. Lia Andividria

Cardiología: Lic. María Marta Re

Neurología: Lic. María Claudia Vidart

Traumatología y Neumonología: Lic. Claudia Bertoli

Oncología y Radioterapia: por ventanilla

Servicio de Guardia: Lic. María José Ullua, Marta Martino y Anahi Scioli

Clínica Médica 3º piso Sección A: Lic. Marcela Arripe

Clínica Médica 3º piso Sección B: Lic. Maria Jose Ulloa

Clínica Médica 4º piso Sección A: Lic. María Claudia Vidart

Terapia Intensiva/ intermedia: A.S. Cristina Telechea

Programa de Internación Domiciliaria: Lic. Jéssica Gallo

Secretarias: Fabiana Backer y Karina Illescas

Residencia de pos y pregrado

- **Objetivos del Trabajador Social**

- *"Trabajar para el mejoramiento de la Salud de la población asistida, a partir de un concepto integral de la Salud, el cual considera a la persona como un sujeto social y protagonista de su proceso vital.*
- *Estimular la participación de todos los miembros de un proyecto interno de Servicio Social, en el cual se identifiquen con los objetivos y se desarrolle a partir de un sentimiento de pertenencia al mismo.*
- *Considerar a la motivación como un objetivo primario, elemento que motoriza al compromiso de contenido y sentido a la tarea.*
- *Formar parte del Equipo de Salud, con intervenciones teórico metodológicas que retroalimentan la práctica cotidiana.*
- *Establecer una adecuada interrelación con la Red de recursos Institucionales de la ciudad"* [104].

[104]Lic. Martino, Marta. Proyecto: "Inserción del Servicio Social en Área de Emergencias del HIGA Dr. Oscar Alende". 2010.

- **Funciones del Trabajador Social**

- *"Hacer visible las situaciones sociales que obstaculizan los adecuados diagnósticos.*
- *Promover la participación del equipo interdisciplinario para favorecer una mirada integral de la situación del paciente.*
- *Detectar e intervenir en situaciones problemáticas de intervención social.*
- *Favorecer la reconstrucción de redes sociales y familiares de las personas.*
- *Viabilizar la construcción de alternativas y/o estrategias multidisciplinarias e intersectoriales de intervención (Educación – Justicia – Acción social).*
- *Evitar internaciones/reinternaciones innecesarias o prolongadas en la guardia.*
- *Favorecer la continuidad de la atención de la Salud, de acuerdo a las problemáticas sociales presentadas, en los niveles adecuadas del Sistema de Salud.*
- *Dar a conocer la intervención del Trabajador Social al equipo de día de la guardia.*
- *Evitar la fragmentación en las diversas instancias de intervención interdisciplinaria e intersectorial"* [105].

[105] Lic. Retamal, Paula. Documento: "Las Funciones de los Trabajadores Sociales en las Guardias de Hospitales Generales de Agudos".

- **Políticas Públicas de ambas Instituciones**

El desarrollo de las siguientes Políticas, se implementan tanto en el Centro de Salud Nº2 como en el Hospital Interzonal de Agudos; señalando que algunas de ellas, se efectúan exclusivamente en una u otra Institución.

Programas Nacionales:

- Plan nacer
- Remediar
- Proyecto funciones esenciales Programas de Salud Pública

Programas Provinciales:

- Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
- Programa Provincial Salud Sin Humo
- Programa Materno Infantil
- Seguro Público de Salud
- Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano: VHI-SIDA y ETS
- Programa de Ludotopía
- Programa de TBC (tuberculosis)
- Programa de Prevención Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA)
- Programa de Prevención de Epilepsia (PROEPI)
- Programa de Prevenciones del Asma Infantil (PROBAS)
- Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones (PROPAL)

- Programa de Prevención de Cáncer genito–mamario (PROGEMA)
- Programa Salud en Movimiento para la Provincia.
- Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud.
- Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y de Asistencia a las Víctimas.
- Programa de Educación permanente en Salud y Seguridad en el Trabajo
- Programa Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos
- Programa Salud y Deporte

Programas Municipales:

- Programa ACERCAR: acciones en los barrios
- Vacunación y castración de mascota
- Control de riesgo cardiovascular
- Vacunación
- Control oftalmológico
- Control odontológico
- Charlas y talleres sobre: Dengue, Control de plagas, Tenencia responsable de mascotas, Salud y Adolescencia, Educación Vial, Parasitosis, Primeros auxilios, Salud bucal, Violencia Familiar. VIH/SIDA, Lactancia Materna, Manipulación de Alimentos, Hemodonación, Donación de Órganos, Prevención, Protección de Incendios, Relación Padres e Hijos.

## ❖ Políticas Sociales Nacionales

Plan Nacer: Es una cobertura de Salud para embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no posean Obra Social. Tiene como objetivo:

- Reducir la mortalidad materno-infantil en la Provincia de Buenos Aires.
- Aumentar el acceso y la cobertura formal de la población en materia de Salud.
- Fortalecer la capacidad del primer nivel de atención en las jurisdicciones asistidas.
- Promover la participación social.

Remediar: Propone fortalecer la capacidad de respuesta del Nivel Sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud.

El Programa Remediar, inicia sus acciones en el mes de octubre de 2002, con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población, cuya cobertura médica es exclusivamente pública. Llegar de manera directa a más de 6.956 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP): Se trata de una herramienta de fortalecimiento institucional que se utiliza en áreas estratégicas de gestión del Ministerio de Salud de la Nación y de las Provincias. Tiene como propósito, mejorar la Salud de la población con una mirada integral dirigida a aumentar las capacidades de los Sistemas de Salud, prevención y promoción de la Salud, como también, la participación comunitaria y la inclusión social.

Las actividades que dicho Proyecto lleva a cabo para la reducción de los

factores de riesgo de la población, se encuentran: la formación de personal, el desarrollo de sistemas de información, la formulación de Políticas de Salud Pública e Investigación y la financiación en base a resultados de desempeño.

Programa Federal de Salud (PROFE): Es un programa de prestaciones médicas, no es una obra social, y la cobertura se brinda a través del efector público hospitalario de la Provincia. Su cobertura médica es destinada a personas que poseen una pensión No Contributiva (PNC) o Una Pensión Graciable.

- **Políticas Sociales Provinciales**

Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable: Procura dar respuesta al problema de la mortalidad materna en consecuencia de los abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de distintas enfermedades de trasmisión sexual. Se basa en la autonomía de las personas para elegir libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de información y asesoramiento; un método anticonceptivo adecuado, para reducir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener. Está dirigido tanto a varones como mujeres, de todas las edades. A su vez, se favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y HIV. Se hace entrega en todas las jurisdicciones del material e insumos necesarios para llevar a cabo el programa; realizándose promoción del acceso gratuito a los métodos anticonceptivos hormonales (orales combinados, orales para lactancia, inyectables), dispositivos intrauterinos (diu), ligadura tuvaria, vasectomía y preservativos.

Programa para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas: Desarrolla acciones de prevención con el fin de sensibilizar a la población en el tema de Violencia Familiar y Sexual, concientizando a las

mujeres y niños en la defensa de sus Derechos. Realiza acciones de atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual.

Programa Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos: Mejora la atención que se brinda a la comunidad en los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires, desde una concepción basada en las necesidades de los usuarios. Crea condiciones para que los Trabajadores de la Salud se apropien del modelo de atención basado en el usuario.

Programa Salud Sin Humo: Con el apoyo médico y psicosocial se facilitan y trasmiten distintas habilidades a fin de disminuir y llegar a abandonar el hábito de fumar. Es mediante la estrategia terapéutica de grupo, que puede brindarse a los fumadores apoyo emocional, instrumental e informativo, ayudándolos a sentirse contenidos, acompañados y reflejados en el otro, lo que permitirá avanzar y continuar en el proceso para dejar el consumo. Con el programa se apunta a proteger a los fumadores pasivos, promoviendo la certificación de espacios libres de humo, promover la cesación tabáquica en los fumadores y reducir la iniciación tabáquica en jóvenes.

Programa Materno Infantil: Tiene como finalidad reducir la morbilidad y mortalidad de la población materno- infantil; e implementar propuestas para la promoción del desarrollo infantil en el marco de la salud integral del niño.

Sub Programa de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años: Orientado a contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de los niños. Se apunta a mejorar la cobertura y calidad de la atención del niño en forma integral incorporando la mirada del desarrollo infantil en las tareas regulares del equipo de salud, como en el abordaje de las patologías prevalentes. Para la atención del niño sano se impulsa la atención planificada centrada en la prevención y promoción de la salud. Implica reorganizar la oferta y la demanda a partir de una atención programada dependiendo de la cantidad de controles adecuados

para cada niño en función de la edad. Se promueve mejorar la calidad del control del crecimiento, la vacunación completa para la edad, el seguimiento del desarrollo, y la detección temprana y seguimiento de desnutridos.

Para el abordaje de las patologías ocurrentes en la infancia, las acciones tendientes a mejorar la calidad de atención, están enfocadas en:

Sub Programas de Infecciones Respiratorias Agudas

Sub Programas de Enfermedad Diarreica

Sub Programa del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante

Sub Programa de Salud Integral del Niño en Edad Escolar

Sub Programa Salud Sexual

Sub Programa Perinatología y Lactancia Materna: Tiene como objetivo promover la salud de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio; y la de sus hijos durante el periodo fetal y neonatal, para disminuir la morbimortalidad. En todas las jurisdicciones se distribuye la leche fortificada y que globalmente cubre el mayor porcentaje de las necesidades de embarazadas- madres amamantando a niños de 0 a 6 meses- niños eutróficos de 6 a 24 meses- niños desnutridos de 0 a 5 años.

Programa de Prevención del Asma Infantil (PROBAS): Está dirigido a todos los chicos desde el nacimiento hasta los 18 años que padecen la enfermedad; se entrega en forma totalmente gratuita las drogas contra el asma Salbutamol, Meprednisona y Budesonide, las que se retiran de las farmacias hospitalarias con la presentación de un carnet del programa que garantiza el tratamiento por un año con posibilidad de renovación.

Programa de Prevención de Cáncer Génito-Mamario (PROGEMA): Tiene como objetivos diagnosticar nuevos carcinomas mamarios en estadios subclínicos; informar y educar a la población femenina; divulgar la importancia y las

ventajas de la realización del autoexamen mamario; evaluación de los métodos diagnósticos, radiológicos y ecográfico; valorar el riesgo epidemiológico; evaluar los factores de riesgo y el costo-beneficio.

Programa de Prevención de la Epilepsia (PROEPI): Se dirige a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura social ni recursos para acceder a los medicamentos.

Programa de Prevención de Diabetes (PRODIABA): Es un Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético. Está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tengan cobertura de Obra Social.

Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano: VHI-SIDA y ETS: Dirigido a toda la población bonaerense y se ocupa del control de la distribución de los medicamentos antirretrovirales (a cargo del Estado Nacional) para aquellas personas que conviven con dicha enfermedad y carecen de cobertura de obra social.

Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones (PROPAL): Es responsabilidad del Estado la protección de la Salud Pública, regularla, vigilarla y promoverla, debido a que es deber del Sector Salud, tomar medidas que promuevan acciones orientadas a disminuir la vulnerabilidad individual y social; así como también, promover acciones que logren una adecuada sensibilización y educación al ciudadano en prevención de lesiones.

Programa Salud en Movimiento para la Provincia: El Programa busca promover la articulación e integración de los programas y políticas de Salud Municipal, Provincial y Nacional, para la planificación y el desarrollo de acciones en forma conjunta entre actores sociales de la Salud y de la comunidad.

Programa Provincial de Neuromodulación (PPNM): El objetivo del Programa es extender y ampliar la aplicación del conjunto de la metodología de alta complejidad, organizando y optimizando los recursos ya existentes en el territorio Provincial y seleccionando aquellos pacientes posibles de ser aliviados.

Salud y Deporte: Fomentar una mejor calidad de vida a través de la actividad física y el deporte en los distintos niveles y en todos los grupos etarios, brindando asesoramiento específico para la realización de dichas actividades.

- **Políticas Sociales de Desarrollo Social**

**Políticas Nacionales:**

Asignación Universal por Hijo (AUH): Política que otorga una prestación no contributiva similar a la que reciben los hijos de los trabajadores formales a aquellos niños, niñas y adolescentes, que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente ley y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal, beneficio que sería financiado con recursos del ANSES.

Plan Federal de Vivienda: Este programa tiene como objetivo disminuir el déficit habitacional existente en el país, facilitando el acceso a la vivienda digna y a diferentes soluciones de infraestructura básica y lograr de este modo, una mejor calidad de vida para todos los ciudadanos.

**Políticas Provinciales:**

Centros Provinciales de Atención (CPA): La Red Pública de Atención,

conformada por CPA con diversas modalidades de intervención, ofrece orientación, tratamientos ambulatorios y de internación a personas con problemas por su adicción a todo tipo de sustancias psicoactivas y, a través de los mismos, se implementan los Programas preventivos con inserción comunitaria y territorial.

**Políticas Municipales:**

Programa Plan Más Vida: Cuyo objetivo es mejorar las condiciones de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población materno-infantil, fortaleciendo las capacidades de las familias y consolidando redes sociales. La implementación del Plan se compone de tres ejes: Alimentario, Salud y Organización Comunitaria.

Programa Asistencias Alimentarias Especiales: Se implementan con el objetivo de atender a la población vulnerable que por diferentes patologías necesita asistencia alimentaria especial, tales como personas con VIH/SIDA/ETS, Celíacos, Leches Especiales.

Programa Unidades de Desarrollo Infantil: Brinda atención alimentaria, estimulación y apoyo al proceso enseñanza-aprendizaje de niños de 0 a 14 años, complementando las acciones de la familia y la escuela en instituciones provinciales, municipales y no gubernamentales (Jardines Maternales, Casas del Niño, Centros de Atención Integral y Comedores Infantiles).

Programa Pro Huerta: Promueve el acceso a una alimentación saludable, variada y equilibrada, mediante la asistencia técnica, capacitación, acompañamiento y provisión de insumos para la producción de huertas y granjas orgánicas que posibiliten el autoconsumo a nivel familiar, escolar, comunitario e institucional. El Proyecto “Huertas familiares y comunitarias” es

llevado a cabo por profesionales del Centro, un Ingeniero Agrónomo del INTA, promotores comunitarios y miembros de la comunidad.

Programa Hábitat: Se orienta a la reparación y completamiento de viviendas y servicios básicos de familias de los sectores populares en situación de riesgo habitacional. Trabaja en la perspectiva de brindar soluciones habitacionales, respetando lo preexistente, por etapas, desde una jerarquización de riesgo habitacional y análisis de la capacidad operativa, recursos disponibles y potencial familiar. Está orientado en tres ejes: participación de las familias, capacitación y acuerdos de partes.

Programa de Seguridad Alimentaria: El objetivo es posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país. La seguridad alimentaria de una familia o comunidad contempla, según lo establece la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), los siguientes componentes: disponibilidad de alimentos; acceso suficiente a los alimentos; buena selección; correcta elaboración, manipulación y conservación; adecuada distribución dentro del grupo familiar; y buen aprovechamiento por el organismo.

- **Trabajo de Campo realizado en Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA)**

  - **Aspectos metodológicos del trabajo de Campo**

A continuación se presentan los Objetivos del presente trabajo y la metodología empleada para la realización del mismo.

- *OBJETIVOS GENERALES:*

  Sistematizar el Rol del Trabajador Social en los Equipos de Salud del Centro de Salud Nº2 "Dr. Arturo Oñativia" y la Guardia del "Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende" (H.I.G.A); durante el período de Mayo - Diciembre del 2011.

- *OBJETIVOS ESPECÍFICOS:*
  - Identificar la especificidad del Rol del Trabajador Social en las distintas Instituciones elegidas.
  - Describir las Instituciones de Salud del Nivel Primario y Secundario de Atención.
  - Conocer las modalidades de trabajo de los Equipos de profesionales que intervienen en cada una de las Instituciones.
  - Indagar las metodologías de intervención utilizadas por los Trabajadores Sociales de cada Institución.

Variables:

1. Rol
2. Modalidades de trabajo
3. Metodología/s

Conceptualización de las variables:

1. *Rol:* Papel que desarrollan los integrantes de un equipo, dependiendo de la dinámica que se produce en el interjuego de las relaciones entre los miembros; y no de las características personales de cada sujeto.

2. *Modalidades de trabajo:* Son las distintas formas en que se aborda un problema, que contienen reglas y mecanismos por lo que no son libres ni espontáneas.

3. *Metodología/s:* Integra los supuestos teóricos y filosóficos que fundamentan la perspectiva de la realidad sobre la que se va a actuar.

Metodología:

El presente trabajo posee características de investigación cualitativa de tipo exploratoria descriptiva, para el cual se ha utilizado un muestreo no probabilístico (no al azar) intencional o de conveniencia. *"La selección de unidades muestrales responde a criterios subjetivos acordes con los objetivos de la investigación. Se utiliza especialmente cuando no se busca la representatividad estadística, y es muy usado en investigación cualitativa (...)".*[106]

El universo o población de esta investigación diagnóstica son los profesionales de la Salud que tengan una relación cotidiana con los Trabajadores Sociales de la Guardia del HIGA y Centro de Salud N° 2.

[106] Cortazzo, Inés. "Muestreo". Material de cátedra Investigación Social I. 2001.

Para llevar a cabo dicho trabajo se ha seleccionado una muestra, definida como una parte convenientemente seleccionada de una población o como el subconjunto del universo, con la cual se debe lograr una cierta representatividad (no específicamente estadística).

En esta muestra se ha seleccionado a los Jefes de Guardia, Jefes de Enfermería de Guardia, Jefes del Área Programática, Médico Clínico, Residentes de Trabajo Social, Trabajadores Sociales, Coordinador del Centro de Salud Nº 2, Pediatra, Enfermera/o, Terapista Ocupacional, Obstetra, Ginecóloga/o, Psicóloga/o, Psiquiatra, Psicopedagoga/o, Traumatólogo, Fonoaudióloga/o, Nutricionista, Odontóloga/o, Ingeniero Agrónomo.

Se ha confeccionado una encuesta semi–estructurada como instrumento para la recolección de datos. La misma contiene los siguientes ejes: Roles y Funciones del Trabajador Social, modalidades de trabajo de los Equipos de Salud, criterios empleados para realizar una interconsulta, metodología/s de intervención y técnicas utilizadas por los Trabajadores Sociales.

Resulta pertinente señalar que nuestra participación en dicha investigación, se realiza a partir de haber llevado a cabo las residencias pre-profesionales durante el año 2011, es decir, conformada a partir de las observaciones externas como así también, de las experiencias cotidianas de trabajo que hemos llevado a cabo y compartido con los Equipos de Salud de ambas Instituciones.

**Encuesta a los Profesionales del Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA)**

PROFESIÓN /ÁREA:_____FECHA: _____/_____/_____

**1-¿Cuál es el Rol–Función del Trabajador Social?** (Indique con una (X) la/s respuesta/s que considere permitentes)

- ☐ **Educador** (Brinda las herramientas necesarias y suficientes para crear distintas destrezas y habilidades)
- ☐ **Planificador** (Formula planes, proyectos y programas dirigidos a solucionar una carencia detectada)
- ☐ **Coordinador** (cumple la función de coordinar las actividades)
- ☐ **Mediador** (Busca encontrar el mejor acuerdo entre las partes involucradas en una situación problema)
- ☐ **Asesor-Orientador-Consultor** (Busca alternativas que permitan poner en práctica la capacidad de autogestión)
- ☐ **Gestor** (Gestiona los recursos necesarios)

**2-¿Cuál es el Rol del Trabajador Social en la Guardia del HIGA?**

_____

_____

**3-¿Realiza interconsultas con el Trabajador Social?** (Indique con una (X) la opción que considere pertinente)

☐ SI ¿Cuándo?

_____

_____

☐ NO ¿Por qué?

_____

_____

**4- ¿Trabaja en Equipo junto con el Trabajador Social?** (Indique con una X la opción que considere pertinente)

☐ SI ¿En qué situaciones?

_____

_____

☐ NO ¿Por qué motivo?

_____

_____

**Encuesta a los Profesionales del Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende.**

PROFESIÓN/ÁREA:_____FECHA: _____/_____/_____

**1-¿Cuál es el Rol–Función del Trabajador Social?** (Indique con una X la/s respuesta/s que considere permitentes)

- ☐ **Educador** (Brinda las herramientas necesarias y suficientes para crear distintas destrezas y habilidades)
- ☐ **Planificador** (Formula planes, proyectos y programas dirigidos a solucionar una carencia detectada)
- ☐ **Coordinador** (cumple la función de coordinar las actividades)
- ☐ **Mediador** (Busca encontrar el mejor acuerdo entre las partes involucradas en una situación problema)
- ☐ **Asesor-Orientador-Consultor** (Busca alternativas que permitan poner en práctica la capacidad de autogestión)
- ☐ **Gestor** (Gestiona los recursos necesarios)

**2-¿Cuál es el Rol del Trabajador Social en el Centro de Salud Nº2?**

_____

_____

**3-¿Realiza interconsultas con el Trabajador Social?** (Indique con una X la opción que considere pertinente)

☐ SI ¿Cuándo?

_____

_____

☐ NO ¿Por qué?

_____

_____

**4- ¿Trabaja en Equipo junto con el Trabajador Social?** (Indique con una X la opción que considere pertinente)

☐ SI ¿En qué situaciones?

_____

_____

☐ NO ¿Por qué motivo?

_____

_____

**Encuesta a los Trabajadores Sociales del Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende.**

PROFESIÓN/ÁREA:_____FECHA: _____/_____/_____

**1-¿Cuál es el Rol–Función del Trabajador Social?** (Indique con una (X) la/s respuesta/s que considere permitentes)

- ☐ **Educador** (Brinda las herramientas necesarias y suficientes para crear distintas destrezas y habilidades)
- ☐ **Planificador** (Formula planes, proyectos y programas dirigidos a solucionar una carencia detectada)
- ☐ **Coordinador** (cumple la función de coordinar las actividades)
- ☐ **Mediador** (Busca encontrar el mejor acuerdo entre las partes involucradas en una situación problema)
- ☐ **Asesor-Orientador-Consultor** (Busca alternativas que permitan poner en práctica la capacidad de autogestión)
- ☐ **Gestor** (Gestiona los recursos necesarios)

**2- ¿Qué Rol o Roles desarrolla como Trabajador Social en la Institución?**

_____

_____

**3- ¿Existe predisposición por parte de los profesionales para trabajar con el Trabajador Social? ¿Qué profesionales?**

_____

_____

**4- ¿Qué Metodología/s utiliza para desempeñar su Rol en la Institución?**

_____

_____

**5-¿Qué técnicas utiliza?**

_____

_____

- **Presentación y Análisis de los resultados**

A continuación se presenta el desarrollo de los resultados obtenidos, a partir de las encuestas construidas a tal fin, las cuales han sido expuestas anteriormente.

Se plantean los **Roles del Trabajador Social del Centro de Salud Nº2 y del Hospital Interzonal General de Agudos**, asignados por los distintos profesionales encuestados, teniendo en cuenta el marco teórico desarrollado en la Parte I de la presente tesis.

| Institución | Profesionales | Trabajadores Sociales | Total |
|---|---|---|---|
| **CAPS Nº2** | 13 | 2 | 15 |
| **HIGA** | 4 | 3 | 7 |
| **Total** | 17 | 5 | 22 |

**El total de profesionales encuestados en ambas Instituciones, son 22.**

Se da comienzo a la exposición de los resultados a partir de la respuesta a la primera pregunta formulada a los Trabajadores Sociales de ambas Instituciones, referida a los **Roles que se les atribuyen en su quehacer cotidiano**.

La pregunta se refiere a las categorías planteadas por Ander-Egg:

- **Educador**
- **Planificador**
- **Coordinador**
- **Mediador**
- **Asesor-Orientador-Consultor**
- **Gestor**

Es importante destacar, que si bien, existe la posibilidad de seleccionar la cantidad de categorizaciones que cada profesional considera pertinente; se observa que todos coinciden en señalar la totalidad de la misma. De esta manera, se puede visualizar la existencia del **reconocimiento de las distintas funciones que lleva a cabo el Trabajador Social** pertenecientes a Niveles de Atención diferentes.

De la totalidad de los Trabajadores Sociales encuestados (5), todos coinciden en asignar al Trabajador Social en las Instituciones de Salud las funciones de: **Educador**, **Planificador, Coordinador, Mediador, Asesor-Orientador-Consultor y Gestor.**

Haciendo referencia a las encuestas realizadas a los Equipos de Salud de ambas Instituciones, se destaca la respuesta de cinco profesionales del Equipo del Centro N°2 y un profesional de la Guardia del HIGA, que coinciden con la respuesta anteriormente expresada. De esta manera, dichos profesionales logran identificar los distintos Roles de los Trabajadores Sociales, infiriendo que poseen una amplia mirada hacia las funciones y tareas que los mismos llevan a cabo.

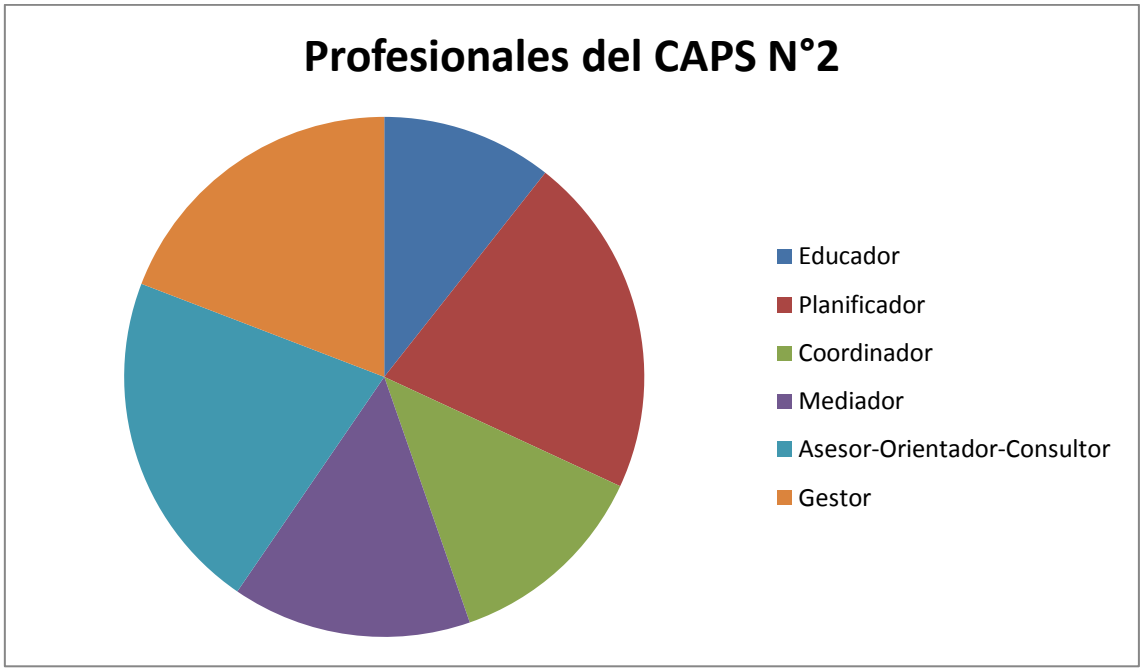
La respuesta con cuatro categorías marcadas (**Planificador, Mediador, Asesor-Orientador-Consultor, Gestor**) corresponde a un profesional de la Guardia del HIGA; tres profesionales del Centro N°2 marcan cada uno tres categorías, en algunos casos coindice la respuesta de la siguiente manera: tres respuestas indican **Asesor-Orientador-Consultor**, dos **Planificador**, dos **Mediador**; y por último, un profesional señala el Rol de **Coordinador** y otro el Rol de **Gestor**.

Tres profesionales del Centro de Salud indican dos categorías; dos de las respuestas coinciden con el Rol de **Planificador**, dos con **Asesor-Orientador-Consultor** y dos con **Gestor**. Mientras que en la Guardia del HIGA, sólo un profesional marca dos categorías (**Planificador y Mediador**).

Resulta interesante observar que dos de los profesionales del Centro de Salud, seleccionaron sólo una de las seis categorías (**Gestor y Planificador**); y un profesional del HIGA elige el Rol de **Gestor**.

Resultados de encuestas realizadas en el CAPS

| Categorías | % Profesionales del CAPS N°2 |
|---|---|
| Educador | 10,63 |
| Planificador | 21,27 |
| Coordinador | 12,76 |
| Mediador | 14,89 |
| Asesor-Orientador-Consultor | 21,27 |
| Gestor | 19,17 |




Se puede decir que desde el punto de vista de los profesionales consultados del CAPS, las categorías que predominan en las funciones del Trabajador Social son **Planificador y Asesor-Orientador-Consultor.**

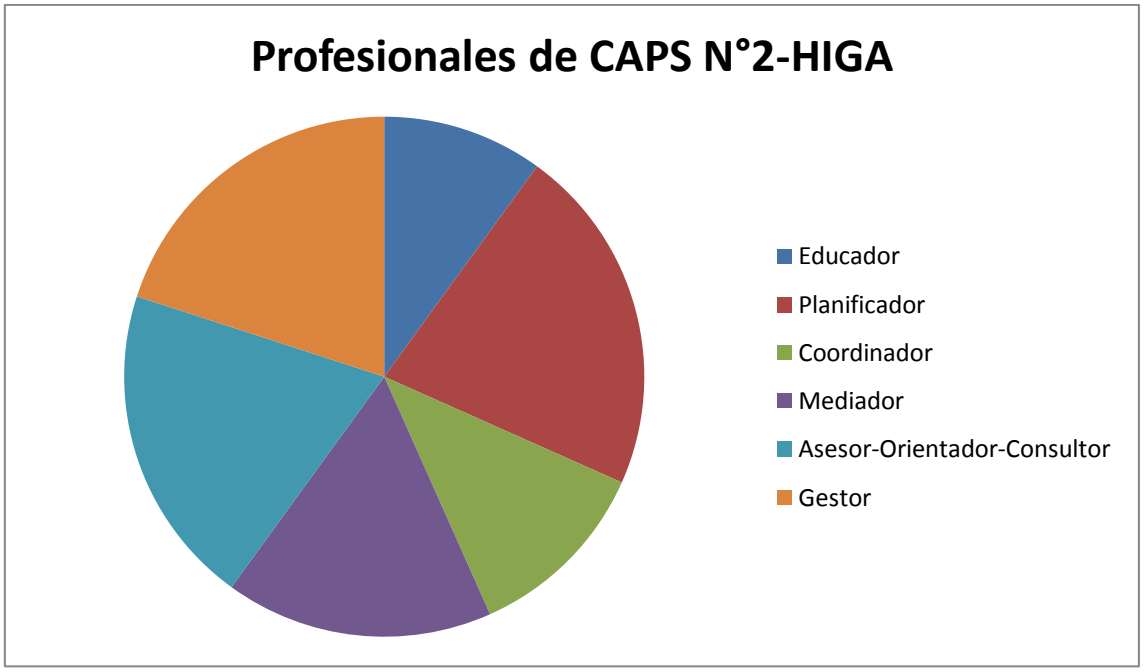
Resultados de encuestas realizadas en el HIGA

| Categorías | % Profesionales del HIGA |
|---|---|
| Educador | 7,7 |
| Planificador | 23,07 |
| Coordinador | 7,7 |
| Mediador | 23,07 |
| Asesor-Orientador-Consultor | 15,4 |
| Gestor | 23,07 |

En el HIGA, en cambio, predominan las funciones del Trabajador Social **Planificador, Mediador y Gestor.**

Resultado de encuestas realizadas a los Profesionales de ambas Instituciones

| Categorías | % Profesionales de CAPS N°2-HIGA |
|---|---|
| Educador | 10 |
| Planificador | 21,66 |
| Coordinador | 11,66 |
| Mediador | 16,66 |
| Asesor-Orientador-Consultor | 20 |
| Gestor | 20 |




De las encuestas realizadas a los Profesionales de ambas Instituciones, se observa que las categorías predominantes acerca de las funciones de los Trabajadores Sociales son la de **Planificador, Asesor-Orientador-Consultor y Gestor.**

Con respecto a la segunda pregunta, la cual hace referencia al **Rol que desempeña el Trabajador Social en su propia Institución**.

Los Trabajadores Sociales del Centro de Salud N°2 responden a través de la

categorización planteada en la primer pregunta, sin ampliar el análisis de la misma. Sin embargo, en el HIGA, los profesionales responden a lo solicitado visualizado en las siguientes citas:

*"…aporta al Equipo de Salud la vida cotidiana de las personas en relación al proceso Salud-Enfermedad-Atención…";*

*"…aportando los diferentes Roles de manera integral…".*

Uno de los profesionales logra identificar los Roles dentro de las Intervenciones Directa e Indirecta a través de la siguiente división:

*"En la Intervención Directa: Educador, Orientador, Mediador y Facilitador. En la Intervención Indirecta: Coordinador, Gestor y Planificador".*

La respuesta obtenida por los distintos profesionales del Centro de Salud en relación a dicha pregunta, se segmenta de la siguiente manera: cinco profesionales, repiten la respuesta de la primera pregunta; es decir, redundan en las seis categorías mencionadas anteriormente. Siete de trece profesionales expresan los Roles que para ellos desempeñan los Trabajadores Sociales.

*"…aporta información…";*

*"…detecta, analiza situaciones de riesgo social (…). Realiza acciones de promoción y prevención";*

*"Asesora a los pacientes en una problemática personal de forma individual…";*

*"Informar sobre planes y proyectos, acompañar a las personas en su gestión, investigar problemáticas sociales";*

*"Orientar en tramitación a los pacientes y a veces a los profesionales. Favorecer el trabajo con grupos, familiares, problema";*

*"…orientación, gestión, intervención en problemática social";*

*“Coordinar actividades, atención al público, observar y elevar necesidades de la gente, asesorar”.*

Por último, se agrega que uno de los profesionales no brinda respuesta a dicha pregunta.

En relación a la tercera pregunta, la cual hace referencia a la **predisposición del resto de los profesionales para trabajar con el Trabajador Social y qué disciplinas se destacan**.

En las respuestas de los Trabajadores Sociales del Centro de Salud se plantea que existe una **amplia predisposición** por parte del resto del Equipo para trabajar en forma conjunta; esto puede verse reflejado en las siguientes citas:

*“La mayoría de los profesionales de la Sala. Existiendo mayor demanda desde pediatría, psicología, clínica médica y fonoaudiología”;*

*“Si bien se trabaja con todos los profesionales de la Sala, específicamente hay estrecha relación con el Equipo de pediatría…”.*

Las respuestas brindadas por los Trabajadores Sociales de la Guardia del HIGA, refieren a una **mayor dificultad para la integración** de los Trabajador Social al Equipo de Salud; y en los Equipos que se logra dicha predisposición, el número de miembros es más reducido. Del mismo modo, puede observarse, que fomentar la predisposición del resto de los integrantes, recae o depende de los espacios generados por los Trabajadores Sociales. Lo anteriormente dicho, se puede visualizar desde los siguientes comentarios:

*“Si bien existe dificultad para la integración para el Trabajador Social al Equipo de Salud, existe una necesidad casi permanente de clarificar nuestro encuadre”;*

*“En ocasiones. (…) Le corresponde al mismo ir generando estos espacios de*

*intercambios";*

*"En este Servicio sí, médicos, terapista ocupacional y técnicos".*

La cuarta pregunta indaga sobre las **Metodologías utilizadas de los Trabajadores Sociales** en ambas Instituciones.

Por un lado, en el Centro N°2, las respuestas hacen referencia a las Metodologías de Caso Individual, Familiar y Socio comunitario.

*"Desde el trabajo individual, familiar, grupal, comunitario. Desarrollamos talleres, reuniones en red para incluir a todos en general y tener un radio de mayor llegada".*

Por otro lado, los profesionales del HIGA sostienen la misma respuesta en relación a la Metodología utilizada, planteando al Estudio de Caso y el Trabajo en Red como su forma de abordaje.

La última pregunta realizada a dichos profesionales, hace referencia a las **Técnicas** empleadas por los mismos. Las respuestas obtenidas indican la variedad de Técnicas utilizadas, entre las cuales existen coincidencias entre los profesionales de las diferentes Instituciones. En las expresiones se destacan la **observación**, la **entrevista individual**, las **visitas domiciliarias**, los **registros**, los **cuestionarios**, las **técnicas audiovisuales** y las **redes interinstitucionales**.

Retomando las respuestas de los Equipos de Salud de ambas Instituciones, se hace referencia a la tercera pregunta que indaga sobre la realización de **Interconsultas con el Trabajador Social**.

Dentro del Centro de Salud, las respuestas obtenidas refieren en su mayoría de forma **afirmativa**, expresando las diferentes situaciones en las cuales

requieren de la interconsulta con el Trabajador Social. Estas situaciones, dependen de la disciplina del profesional que se trate, definiendo el pedido, requerimiento o tipo de trabajo que se establezca entre ambos profesionales.

Se destaca como ejemplo, las siguientes respuestas que engloban la totalidad de las expresiones obtenidas:

*"Cuando hay una problemática que fluye naturalmente en la anamnesis de la historia clínica los derivo a Servicio Social, o cuando hay algún problema de Salud especifico de odontología que puede ser de utilidad para pacientes que van directamente a Servicio Social a averiguar y así pongo en conocimiento de la existencia de dichos programas para que puedan ser utilizados por dichos pacientes (ej. prótesis dental gratuita en Casa del Niño)";*

*"Cuando es necesario localizar a parientes por abandono de tratamiento, para consultas, asesoramiento sobre Instituciones jurídicas, escolares, etc.".*

En la Guardia del HIGA, las respuestas, en su mayoría también son **afirmativas**, las cuales giran en torno a la obtención de diferentes materiales y medicamentos; del mismo modo, predominan las interconsultas con el objetivo de establecer el contacto y la re-vinculación del paciente con sus familiares.

Las expresiones que abalan lo anteriormente planteado, se pueden reconocer en los siguientes comentarios:

*"Pedido de materiales o medicamentos. Evaluar núcleo familiar, vivienda o solicitar la presencia de pacientes o familiar";*

*"Cuando hay pacientes con problemas familiares, de abandono o violencia y carencia de necesidades básicas".*

La última pregunta realizada, hace referencia al **Trabajo en Equipo** de las diferentes disciplinas con el Trabajador Social.

Los resultados obtenidos en el Centro N°2 a dicha pregunta, coindicen en su mayoría a que **es posible el trabajo en Equipo**, a excepción de un sólo profesional quien expresa:

*"No soy requerido por el Equipo".*

El resto de los integrantes, manifiestan las situaciones en las cuales trabajan conjuntamente, expresando las tareas específicas que les permiten desarrollar su quehacer cotidiano de forma interdisciplinaria.

Algunas de las tareas desarrolladas en las encuestas se plasman a través de las siguientes expresiones:

*"Se trabaja junto con Trabajo Social en todos los controles prenatales, cursos o charlas de embarazo y planificación familiar";*

*"Talleres, programas de Salud. De forma particular por casos específicos, por problemáticas de pacientes detectados en la anamnesis de la historia clínica".*

Dentro de la Guardia del HIGA, tres de las respuestas obtenidas indican que trabajan en Equipo junto con los Trabajadores Sociales, indicando específica y acotadamente la situación en que se efectiviza el trabajo en conjunto.

*"En el programa de internación domiciliaria";*

*"Cuando hay pacientes con problemas familiares, de abandono o violencia y carencia de necesidades básicas".*

Uno de los profesionales expresa en su respuesta que no trabaja en Equipo y en el momento de especificar los motivos indica:

*"Creo que se debe en la mayoría de los casos a desconocimiento".*

- **Conclusión del Trabajo de Campo realizado en Centro de Salud Nº2 Dr. Arturo Oñativia y Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA)**

Se destaca que ha sido posible llevar a cabo las encuestas formuladas a los Equipos de Salud de ambas Instituciones, gracias a la participación y cooperación de los profesionales de las distintas disciplinas; de esta forma se logra la obtención de los datos necesarios para realizar el posterior análisis y conclusión.

A través de la exposición de los resultados, se logra comprender de una manera más visible la mirada que poseen los profesionales de otras disciplinas sobre el funcionamiento del Trabajador Social en su quehacer cotidiano. Como así también, el reconocimiento del mismo profesional y los diversos Roles que desempeña en ambas Instituciones; lo cual pudo ser vivenciado durante el período de residencias de pregrado realizado en la cátedra de Supervisión.

Se considera importante destacar que la categoría de mayor elección que se obtuvo por parte de los distintos profesionales, hace referencia a la capacidad y el conocimiento teórico que posee el Trabajador Social para elaborar Planes, Proyectos y Programas. Los mismos pueden visualizarse a través de diferentes estrategias tales como: talleres, mediaciones entre distintos actores gubernamentales, entre otros; que se implementan para lograr los objetivos y buscar soluciones a las diversas necesidades que se presentan en la vida cotidiana de las personas con quienes se interviene.

Las categorías elegidas en segundo lugar, hacen referencia a la capacidad de autogestión del profesional para poder abordar las necesidades de la población; lo cual exige un trabajo conjunto con las personas, utilizando adecuadamente los recursos sociales disponibles en la comunidad. Esto puede visualizarse en el trabajo en red que realizan los Trabajadores Sociales con distintas Instituciones y profesionales de la ciudad, a fin de poder dar respuesta a las distintas problemáticas o necesidades que los sujetos o la comunidad solicita. Como así también, se ve reflejado en aquellas intervenciones en las cuales el Trabajador Social actúa como facilitador de las solicitudes realizadas

por los sujetos, a fin de obtener recursos tales como: prótesis, anteojos, pasajes, bolsa de alimentos, entre otros.

Resulta importante destacar el interés de los Trabajadores Sociales a trabajar en Equipo con el resto de los profesionales de la Salud. Es posible observar las diferentes respuestas que brindan los distintos profesionales en relación a la predisposición a llevar a cabo una tarea en conjunto; la cual se vincula con el espacio, los tiempos, la permanencia y la rotación de los profesionales en cada área de trabajo.

Por un lado, si bien existe un reconocimiento por parte de los profesionales acerca de la importancia y la necesidad de trabajar en Equipo; es real que motivar dicho trabajo recae en el propio Trabajador Social, más notoriamente en el HIGA. Sin embargo, si bien se observan los distintos obstáculos que impiden concretar dicho labor, diariamente se plantea como objetivo a alcanzar en forma conjunta por los diversos profesionales que integran la Guardia del Hospital. Por otro lado, es posible visualizar que en el CAPS, los profesionales trabajan de manera interdisciplinaria; siendo ésta, la metodología utilizada para intervenir en los distintos casos que aborda la Institución. Se puede observar, que a pesar de las particularidades que presenta cada Equipo de trabajo de ambas Instituciones; los profesionales de las distintas disciplinas realizan interconsultas con los Trabajadores Sociales, reconociendo la especificidad de su Rol profesional al momento de intervenir.

Haciendo referencia a las últimas preguntas realizadas en las encuestas, es importante destacar que; si bien ambas Instituciones corresponden a Niveles de Atención diferentes, existe coincidencia en las metodologías y las técnicas que utilizan los Trabajadores Sociales para llevar a cabo el abordaje de las distintas problemáticas. La utilización de las mismas, varía en relación a la necesidad, complejidad y problemática a resolver de cada caso particular.

Se concluye, que teniendo en cuenta el objetivo general y los objetivos específicos planteados en el apartado anterior de la presente tesis, los mismos han sido alcanzados de manera satisfactoria, a partir de la información brindada por los profesionales en las encuestas realizadas a tal fin.

# *CUARTA PARTE*

# ***Conclusión Final***

Para elaborar la Tesis final de la Licenciatura en Servicio Social, elegimos realizar una Sistematización; ya que a partir de las experiencias de las prácticas de pregrado, es que nos pareció interesante indagar y profundizar sobre el Rol del Trabajador Social en las Instituciones de Salud; del mismo modo, que conocer como éste es reconocido por el resto de los integrantes del Equipo.

Los contenidos teóricos expuestos se realizaron a partir de una selección bibliográfica de autores que posibilitó la construcción del presente trabajo y enriquecieron la problemática planteada. Asimismo, pudimos visualizar que las distintas Intervenciones de los profesionales, estuvieron atravesadas por el pensamiento de la Complejidad; debido a las diversas características que presentan dichas Intervenciones, es que no pueden ser abordadas desde una sólo disciplina; es decir, desde un saber lineal, capaz de provocar una disyunción y reducción del conocimiento.

Consideramos que las situaciones de Complejidad, que se presentan en el Campo de la Salud, pueden ser visualizadas en las dificultades de accesibilidad al Sistema, la falta de insumos y de recursos humanos, el surgimiento de múltiples problemáticas relacionadas con la exclusión social y la situación de calle, el aumento de demandas vinculadas con el uso de sustancias tóxicas, intentos de suicido, personas relacionadas con situaciones delictivas, el reconocimiento de las diferentes formas de violencia, entre otras. Pudimos observar que se trata de un contexto heterogéneo donde las distintas problemáticas de Salud, adquieren nuevos significados; en el cual dicho Campo, se encuentra interrelacionado e influenciado por el medio social, con recursos económicos y financieros limitados, y diversos intereses sectoriales. Es a partir de la realidad compleja, que creemos que los problemas de Salud en los que intervienen los profesionales, deben ser estudiados, analizados y abordados de forma cooperativa e interdisciplinaria, intercambiando los saberes que poseen las distintas disciplinas.

Pensamos que el Trabajador Social, por medio a su formación académica, se encuentra preparado para integrar diferentes saberes en su práctica cotidiana; como así también, emprender un trabajo interdisciplinario en los Equipos que

integra. Nos resulta valioso reconocer que si bien, muchas disciplinas no poseen dicha formación; actualmente, se está gestando un cambio de paradigma en la manera de trabajar dentro de las Instituciones, lo cual pudimos observar en el momento de incorporarnos a los Equipos de Salud de distintos Niveles de Atención, cada uno de ellos con sus características particulares. Por lo tanto, revalorizamos la existencia de los Equipos de Salud, los proyectos, talleres y experiencias que sus integrantes comparten en su quehacer cotidiano; donde cada uno de ellos, de manera conjunta y colectiva, recuperan una mirada integral de la Salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos. De este modo, destacamos el reconocimiento por parte de los profesionales a preservar el Derecho a la Salud, a la información, a no ser internado contra la voluntad; de resguardar la privacidad de la historia clínica, el respeto a la intimidad y la confidencialidad dentro del vínculo y la relación que establece el profesional con el sujeto con quien interviene.

Nos resulta importante señalar, que el Trabajador Social se inserta dentro del Equipo también con una mirada integral, valorando la Salud de los sujetos, teniendo en cuenta las costumbres, creencias y formas de vida de cada uno en particular; como así también, involucrando a los mismos en la toma de sus propias decisiones y acciones a realizar.

Por un lado, en relación al Centro de Salud Nº 2, pudimos observar el reconocimiento hacia la profesión del Trabajador Social, el respeto por el Rol y las funciones que desempeña en dicha Institución. Por otra parte, también es importante señalar que es posible un trabajo articulado entre los distintos profesionales y actores del CAPS, donde se respetan las especialidades y funciones de cada integrante; como así también, se visualiza la comunicación de manera horizontal y respetuosa entre cada uno de ellos. Cabe destacar que el Equipo se encuentra dispuesto a incorporar programas y proyectos, a fin de que se implementen en la Institución, algunos de los cuales se realiza con modalidades de talleres y cuenta con la participación de profesionales de distintas disciplinas. De esta manera, comprendemos que el trabajo en el Centro de Salud se lleva a cabo de manera interdisciplinaria, donde los profesionales trabajan de forma coordinada y cooperativa.

Por otro lado, señalamos que la reciente inserción del Trabajador Social en la Guardia del HIGA requiere de un valioso esfuerzo ya que se trabaja con lo inesperado, en un tiempo realmente acotado que implica el “aquí” y “ahora”, con situaciones complejas de abordar. Al tratarse de un nuevo espacio de intervención, inevitablemente genera incertidumbres, errores, adversidades y mayores esfuerzos para que el profesional despliegue su Rol, dentro de un sector que históricamente se encontraba conformado por otras disciplinas.

Para el Trabajo Social, es un gran avance el espacio profesional obtenido a partir de los nombramientos de Trabajadores Sociales para integrar la Guardia de dicho Hospital. Sin embargo, se trata de un espacio a continuar construyendo, consolidando y expandiendo por parte del profesional.

Debido a las características que presenta el cuadrilátero, las problemáticas que allí se abordan y las diferentes disciplinas positivistas que históricamente integran dicho sector; es que observamos que el Equipo de la Guardia trabaja de manera multidisciplinaria.

Si bien observamos que, las dificultades que surgen en el trabajo diario complejiza la posibilidad de intercambiar saberes y de realizar una interpretación integral de las problemáticas, considerando que cada disciplina analiza y comprende las intervenciones desde su saber específico. Sin embargo, nos resulta importante señalar, que el objetivo que persiguen los integrantes del Equipo en su labor cotidiano, es realizar el abordaje de forma interdisciplinaria, incorporando las diferentes miradas de los profesionales y efectuando una comprensión integral, de esta manera se podrían diseñar estrategias de intervención de manera conjunta.

Consideramos que el Sistema de Salud, para lograr sus metas y objetivos, necesita el desarrollo de Políticas y Programas que contemplen al sujeto como protagonista de las acciones y decisiones que se toman desde el Área de Salud. Por tal motivo, es que planteamos las Políticas Sociales que existen actualmente y que coinciden con tal exposición; las cuales atraviesan ambas Instituciones y son puestas en práctica por los profesionales que guiaron nuestras residencias de pregrado.

A lo largo de la elaboración de dicho trabajo, hemos tenido la posibilidad como

estudiantes y futuras profesionales, de acceder y desarrollar un proceso de aprendizaje; integrando tanto los conocimientos teóricos adquiridos en el transcurso de nuestra formación, como los conocimientos prácticos obtenidos a lo largo del año en que realizamos las prácticas Institucionales. De este modo, pudimos realizar una integración de forma global de los conocimientos teóricos y prácticos, resultando sumamente enriquecedor para nuestra formación académica.

Es importante destacar, que el material teórico brindado por nuestra Directora de Tesis, la Cátedra de Supervisión y la búsqueda bibliográfica que realizamos, nos fue de gran utilidad para dicho desarrollo; ya que la lectura de diversos autores, nos permitió realizar un análisis comprensivo de los distintos temas y conceptos que nos habíamos propuesto desarrollar. Por tal motivo, esperamos que dicho documento, constituya un aporte valioso sobre el Rol del Trabajador Social en el ámbito de Salud, y al escaso material existente sobre el desempeño de los Trabajadores Sociales en las Guardias Hospitalarias.

Podemos afirmar, que a partir de la lectura y elaboración teórica, la obtención y el análisis de los resultados de las encuestas, y la experiencia de las prácticas realizadas en el Centro de Salud Nº2 y en la Guardia del HIGA; logramos dar respuesta y alcanzar los objetivos que guiaron la construcción de nuestro trabajo final.

# ***Anexo***

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS**

**ENTRADA A LA GUARDIA DEL HIGA**

**PASILLO QUE COMUNICA AL HOSPITAL CON LA GUARDIA**

**ESPACIO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE LA GUARDIA**

**CUADRILATERO DE GUARDIA**

**CENTRO DE SALUD N°2**

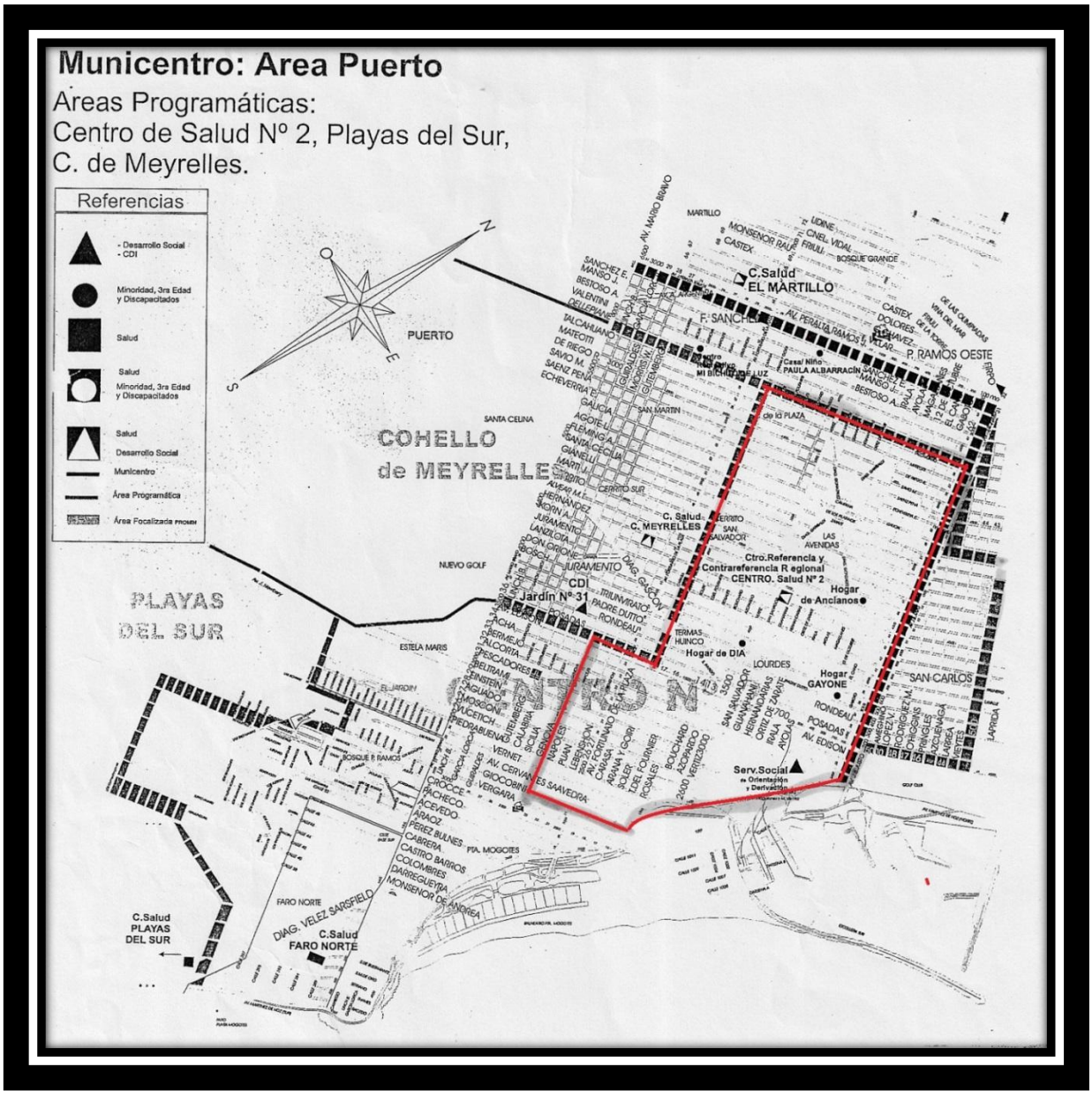
**TALLER DEL NIÑO SANO**

**TALLER SALUD INTEGRAL DE LA EMBARAZADA**

**TALLER HUERTAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS**

**REUNION DEL PROGRAMA HABITAT**

**RED INSTITUCIONAL**




**AREA PROGRAMATICA DEL CENTRO DE SALUD N°2**

# ***Bibliografía***

- Acevedo, Patricia. “XXIV Congreso Nacional de Trabajo Social”. Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social. Colegio de Trabajadores Sociales de Mendoza. Argentina. 2007.
- Aguirre Virginia y Colaboradores. “La Intervención Profesional en una Guardia Hospitalaria ante situaciones de Violencia basada en Género en la Pareja”. Margen Nº 63. 2011.
- Álvarez, Abriana; Reynoso, Daniel. “Médicos e Instituciones de Salud”. Ed. HISA. UNMdP. 1995.
- Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Ed. Brujas. Argentina. 2009.
- Arellano Gault, David. “Gestión Estratégica para el Sector Público”. Del Pensamiento Estratégico al Cambio Organizacional. Ed. Fondo de cultura económica. México. 2004.
- Asamblea del Espacio Carta Abierta. “Políticas de Salud para el Proyecto Popular”. 2011.
- Attardo, Clara. “Por qué Incluir la Perspectiva de Género en el Campo de la Promoción de la Salud”. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2011.
- Bonanno, Anastasia y Colaboradores. “Diagnóstico del Centro de Salud Nº 2”. Mar del Plata. 2011.
- Bonanno, Anastasia y Colaboradores. “Evaluación año 2010”. Centro de Salud Nº 2. Mar del Plata. 2010.
- Bonanno, Anastasia y Colaboradores. “Proyecto año 2010. Evaluación y planificación”. Centro de Salud Nº 2. Mar del Plata. 2010.
- Bozzi, Maria Natalia. Descripción Institucional. “Hospital Interzonal General de Agudos”. Dr. Oscar Alende. UNMdP.
- Calienni, Mónica y Colaboradores. “Ponencia: Trabajo Social, Complejidad e Interdisciplina”. UNMdP. 2008.
- Campara, Melisa; Garma, María E. “Los Caminos Conceptuales para dar Cuenta del Sobre Qué en la Formación Profesional de Trabajadores

Sociales en la UNR". Revista Cátedra paralela Nº3. 2006.

- Carballeda, Alfredo Juan Manuel. "Escuchar las Prácticas". Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina. 2007.
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel. "La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas". Revista Escenarios Nº2. Escuela Superior de La Plata. UNLP. La Plata. 1997.
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel. "La Intervención en lo Social". Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2002.
- Cazzaniga, Susana. "El Abordaje desde la Singularidad". Facultad de Trabajo Social. UNER. 1997.
- Cazzaniga, Susana. "Metodología y Trabajo Social" (1ºParte). Facultad de Trabajo Social. UNER.1995.
- Cazzaniga, Susana. "Trabajo Social como objeto de análisis". Facultad de Trabajo Social. UNER. 1998.
- Cecilini, G. A.; Guerrini, M.E.; Novoa, P.L. "La Nueva Pobreza en el ámbito Hospitalario". Cap. I "Los Derechos Humanos, la cuestión social y la salud estatal". Cap. II "Ciudadanía y Salud". Ed. Espacio. Buenos Aires. 2007.
- Cortazzo, Inés. "Muestreo". Material de Cátedra Investigación Social I. 2001.
- Czeresnia, Dina. Promoción de la Salud. Cap. "El Concepto de Salud y la Diferencia entre Prevención y Promoción". Ed. Lugar. Buenos Aires. Argentina. 2006.
- De Quirós, Ana M; Rodríguez M. Del Pilar. "La Sistematización como Forma de Producción de Conocimiento Científico, desde una Perspectiva no Positivista". Revista Confluencia. Argentina. 2004.
- Declaración de Alma-Ata. "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Eroles, Carlos. "De Araxá a Mar del Plata. 35 años de Trabajo Social

Latinoamericano". Congreso de Trabajo Social. Mar del Plata - AdeCS. Argentina. 2004.

- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
- Fernández, Arturo y Rozas Pagazas, Margarita. "Políticas Sociales y Trabajo Social". Ed. Hvmanitas. Buenos aires. Argentina.1988.
- Ferrara, Floreal. "Teoría Social y Salud". Cap. I. Ed. Catálogos.1993.
- Gagneten, María Mercedes. "Hacia una Metodología de Sistematización de la Práctica". Buenos Aires. Argentina. Ed. Humanitas.1990.
- Gonzalez- Saibene, Alicia. "El Objeto de Intervención Profesional". Un mito del Trabajo Social. Revista Umbral, Prácticas y Ciencias Sociales desde el Sur. Santa Fe. Argentina. 2000.
- Grassi, Estela. "La Mujer y la Profesión de Asistente Social". El Control de la Vida Cotidiana. Ed. Hvmanitas. Buenos Aires. Argentina.1989.
- Guntin, Verónica. "Atención Primaria de la Salud". Una Herramienta para la Intervención Comunitaria". Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen21/guntin.html
- Jara, Oscar. "Dilemas y Desafíos de Sistematización de Experiencias". Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Costa Rica. 2001.
- Kirnerman, Natalio. "Salud Publica y Trabajo Social". Ed. Humanitas Buenos Aires. Argentina.1987.
- Kisnerman Natalio. "Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el constructivismo". Ed. Lumen-Humanitas. Bs As. Argentina 1998.
- Kornblit, Ana Lía; Mendes Díz, Ana María. "La salud y la Enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales". Ed. Aique. Buenos Aires. Argentina. 2000.
- Lagos, Griselda Alid. "Rol del Asistente Social en el Ámbito Local". Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.1.htm
- López, Susana. El sistema de salud Argentino. Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social. UNLP. 2006. Disponible en www.ms.gba.gov.ar
- Martino, Marta. "Caracterización de las personas que demandan

atención en el servicio de emergencia del HIGA, una mirada a través del cuadrilátero". Mar del Plata. 2009.

- Martino, Marta. Proyecto: "Inserción del Servicio Social en Área de Emergencias del HIGA Dr. Oscar Alende". 2010.
- Maté, Virginia. Investigación: "Representaciones Sociales". Mar del Plata. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 1: "Salud y Sociedad". Presidencia de la Nación. Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5: "Políticas de Salud". Presidencia de la Nación. Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 8: "Trabajo en Equipo en Salud. Presidencia de la Nación. Cuidad Autónoma de Buenos Aires. 2007.
- Mira JJ, Aranaz J. "La Satisfacción del Paciente como una Medida del Resultado de la Atención Sanitaria". Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. España. 2000.
- Montaño, Carlos. "La naturaleza del Servicio Social". Un Ensayo sobre su Génesis, su Especificidad y su Reproducción. Ed. Cortes. San Pablo, Brasil. 2000.
- Morin, Edgar. "Introducción al Pensamiento Complejo". Ed. Gedisa. 1994.
- Netto, José Paulo y Colaboradores. "Nuevos Escenarios y Práctica Profesional". Una Mirada Crítica desde el Trabajo Social. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina. 2004.
- OMS. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html
- Parra, Gustavo. "El Objeto y el Trabajo Social". Algunas Aproximaciones

a la Problemática del Objeto en el Trabajo Social. Disponible en: www.ts.ucr.ac.cr

- Programa de Servicio Social en Atención Primaria de la Salud. Disponible en: http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm
- Retamal, Paula. Documento: "Las Funciones de los Trabajadores Sociales en las Guardias de Hospitales Generales de Agudos". Buenos Aires. Argentina.
- Ronda Pupo, Guillermo. "Cuáles son los Valores Finales de la Organización". 2002. Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/35/valores1.htm
- Róvere, Mario. Blog Carta Abierta. 2010.
- Rozas Pagaza, Margarita y Fernández, Arturo. "Políticas Sociales y Trabajo Social". Ed. Hvmanitas. Buenos Aires. 1988.
- Rozas Pagaza, Margarita. "La Intervención Profesional en Relación con la Cuestión Social. El Caso del Trabajo Social". Ed. Espacio. Buenos Aires.2001.
- Rozas Pagaza, Margarita. "Una Perspectiva Teórico Metodológica de la Intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio. 2002.
- Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social". Buenos Aires. Argentina. Ed. Espacio. 2001.
- Spinelli, Hugo. "Las Dimensiones del Campo de la Salud en Argentina". Disponible en: http://www.scielo.org.ar
- Stolkiner, Alicia. La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". Revista El Campo Psi. Buenos Aires. 1999.
- Tobar, Federico. "Breve Historia de la Prestación del Servicio de Salud en la Argentina". 1997.
- Vargas, Pilar. "El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma". Módulo I Programa de Capacitación en Salud Pública y Ética Profesional. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos. Aires. 2003.
- Vélez Restrepo, Olga Lucia. "Reconfigurando el Trabajo Social". Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio. Buenos

Aires. Argentina. 2003.

- **BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA**


- Abel Lidia y Colaboradores. Interrogantes de la práctica profesional en el dispositivo de Guardia de Servicio Social en el Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos. Dr. Alejandro Korn. 2006.
- Aguirre del Busto RL y Macías Llanes ME. "Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad". Revista Humanidades Médicas. 2002.
- Anguiano Molina, Ana María y Colaboradores. "Reflexionar sobre la sistematización; una preocupación del profesional de Trabajo Social". Edición Margen N° 52. 2009.
- Bonanno, Anastasia y Colaboradores. "Diagnóstico del Centro de Salud Nº 2". Mar del Plata. 2010.
- Bonanno, Anastasia y Colaboradores. "Programa de ayuda al fumador". Centro de Salud Nº 2. Mar del Plata.
- Bonanno, Anastasia y Colaboradores. "Proyecto Huertas Familiares y Comunitarias". Centro de Salud Nº 2. Mar del Plata. 2006.
- Carballeda, Alfredo. "Salud e Intervención en lo Social". Colección cuadernos de Margen. Buenos Aires. Ed. Espacio. 2008.
- Di María, Ana Clara. Ponencia: "La construcción del rol profesional en la guardia". Edición Nº 53. 2009.
- Diéguez, Alberto. "Gestión Social en la comunidad. Guía de análisis institucional y de organizaciones comunitarias". Mar del Plata. 1994.
- Eco, Humberto. "Cómo se hace una tesis". Barcelona. Ed. Gedisa. 2001.
- Retamal, Paula. "Abordaje de los equipos profesionales de centros infanto juveniles en salud mental". Buenos Aires. Argentina.
- Retamal, Paula. La Intervención del Trabajo Social en Guardia

Hospitalaria. Buenos Aires. Argentina.

- Romero Pérez, Clara. “Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimiento educativo”. Disponible en: www.uhu.es/.../numeros/06/06-articulos/monografico/pdf_6/clara
- Sandra Madeira y Colaboradores.” El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero”. Buenos Aires. Argentina.
- Severini, Sonia. “Trabajo Social y Compromiso Ético: Asistencia o Resistencia”. Buenos Aires. Ed. Espacio. 2000.