

2011

El vínculo profesional en escenarios de interculturalidad : la importancia de la construcción del vinculo en la interacción con población boliviana en el ámbito de salud

Bridda, Anabella

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/443>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TESIS DE LICENCIATURA

“El Vínculo Profesional en escenarios de interculturalidad”.
La importancia de la construcción del vínculo en la interacción con
población Boliviana en el ámbito de salud.

Directora: Magister Elsa Samperio.

Co-Directora: Lic. Silvia Lucifora

ALUMNAS:

Bridda Anabella.

Portillo Andrea.

Torres Mariela.

Año 2011

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura Top
4255	
Vol.:	Ejemplar
Universidad Nacional de Mar del Plata	

19 NOV 2012

Agradecemos de forma general....

A todos los que de alguna manera colaboraron
desinteresadamente con nosotras.

A la familia y a los amigos por el apoyo incondicional.

A nuestra directora Elsa Samperio y nuestra Co- directora
Silvia Lucifora por sus orientaciones, sugerencias, apoyo
y buena predisposición.

A los profesionales que prestaron su tiempo y compartieron
su experiencia de trabajo con nosotras.

Simplemente gracias a todos aquellos que fueron testigos
de nuestro esfuerzo.

Anabella, Mariela y Luli

Índice de temas:

Fundamentación.....Pág. 1

Objetivo general y objetivos específicos del presente trabajo.....Pág. 4

Conclusiones..... Pág.5

↳ Capítulo Primero

Proceso Migratorio y Globalización.....Pág.11

Trasformaciones en los desplazamientos poblacionales.....Pág.12

Los Procesos Migratorios en la Argentina.....Pág.15

Los Procesos Migratorios a nivel Local (M.D.P)..... Pág.17

- Características de la zonas receptora.....Pág.19

↳ Capítulo Segundo.

Perspectiva de Trabajo Social en la intervención Profesional.....Pág.21

La persona como sujeto de intervención del trabajo Social.....Pág.22

El ambiente y la perspectiva de redes.....Pág.26

↳ Capítulo Tercero.

Instituciones y la política de salud Pública.

Orígenes y característica de las instituciones.....Pág. 27

-Las instituciones de salud.....Pág.28

La política de salud Publica.....Pág.30

-Inicios de la atención Primaria de la salud.....Pág.31

Historia de la atención Primaria de la salud.....Pág.32

-Orígenes y evolución de la APS en Argentina.....Pág.33

-Centros de atención Primaria de la Salud en M.d.P (CAPS).....Pág.35

-Las Postas Sanitarias.....Pág.35

Capítulo Cuarto.

Cultura definiciones y Usos.....	Pág.37
Interculturalidad.....	Pag.38
La diversidad desde la perspectiva de Salud.....	Pag.40

Capítulo Quinto.

El vínculo.....	Pág.41
El vinculo en la intervención.....	Pág.44
La estrategia en la intervención.....	Pág.46

Capítulo Sexto.

Aspectos Metodológicos.....	Pág.48
-Selección de la muestra.....	Pág.48
-Técnicas.....	Pág.48
- unidad de Análisis.....	Pág.49

Capítulo Séptimo:

Desarrollo del trabajo de Investigación:

*Análisis de las entrevistas realizadas a los Centro de Atención Primaria en relación a las variables elegidas.....	Pág50
-Trabajo interdisciplinario.....	Pág.50
-Modo de Intervención.....	Pág.52
-Rol del Trabajador Social- Perfil Profesional.....	Pag.58
- Demanda Intereses y Problemáticas.....	Pág.63
*Análisis de las entrevistas realizadas a las instituciones de Alta Complejidad en relación a las variables elegidas.....	Pág.67
*Análisis comparativo de las entrevistas realizadas a CAPS en relación a los objetivos propuesto.....	Pág.76

↓ Anexo:

Entrevistas realizadas en la unidad Sanitaria la Peregrina.....Pág. 83

Observaciones realizadas en las sala de espera de los CAPS.....Pág. 99

Entrevista de consulta realizada en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE)..... Pág. 102

Mapa referencial donde se encuentran los centros de Salud donde se realizo el presente estudioPag.114

↓ Mención Bibliográfica.....Pág.115

Fundamentación

Fundamentación

El motivo que impulsó la temática a investigar, surge vinculada a la experiencia previa de las practicas pre-profesionales dictadas desde la "Unidad de Práctica Integrada" de la Carrera de Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las mismas fueron llevadas a cabo en el ámbito educativo, en una escuela rural a la que concurren en su mayoría alumnos de nacionalidad Boliviana. Dicha institución está ubicada en la zona del paraje El Coyunco en las cercanías del Barrio Sierra de los Padres.

Esta experiencia nos permitió establecer contacto con familias de origen Boliviano que residen en esta zona, pudiendo detectar allí diversas situaciones e interactuar con otras instituciones a partir de demandas específicas. Esto nos permitió vincularnos con el Centro de Atención Primaria de la Salud, pudiendo identificar diversas temáticas de interés, donde el factor relacional emerge como inquietud. Se observó que ***dicha comunidad en la interacción con el otro presenta cierto grado de distanciamiento cultural que interfiere directamente en el proceso de acercamiento y vinculación.***

Al analizar esta situación, es necesario hacerlo también desde el marco de las instituciones de salud. Esto nos hace considerar que este distanciamiento es expresado muchas veces a través de conductas de retraimiento que no solo puede responder a características de su comportamiento cultural, sino también puede estar influenciado por el contexto institucional. En las instituciones de salud este contexto está caracterizado por la presencia de una lógica implícita y explícita de saber y poder, no solo establecido por las relaciones jerárquicas de los profesionales y su investidura sino también extendida hacia las relaciones con el usuario demandante del servicio.

En este marco institucional consideramos que el retraimiento y la sumisión no solo pueden responder a características propias de la cultura boliviana sino también a las características institucionales y profesionales que lo condicionan a optar por una postura pasiva y retraída que facilite la adaptación/aceptación e integración, tan hegemónicamente declamadas por la sociedad.

Por lo tanto, nuestra preocupación, está orientada a identificar aspectos de la relación que se establece entre la comunidad boliviana y los profesionales que se encuentran en contacto cotidiano con los mismos. Como así también las dificultades que se puedan presentar, teniendo en cuenta los escenarios de interculturalidad. Se considerará las dificultades vinculares, que los profesionales desde su rol encuentran en el abordaje institucional, para lo cual se intentará analizar el vínculo que se establece teniendo en cuenta las estrategias de intervención, que los profesionales despliegan para favorecer al mismo.

El tipo de relación se convierte en un aspecto fundamental en la interacción con el otro.

La formación de un vínculo a partir del contacto y el interjuego con el sujeto, se convierte en una ***herramienta fundamental para el abordaje y la acción profesional***. La creación de un vínculo satisfactorio nos posibilitará aproximarnos a los sujetos y a los significados que le asignan a la realidad en la que interactúan y comparten con el otro.

Comunicarse y establecer por lo tanto un vínculo pertinente con los actores de la acción profesional, constituye una fuente de indagación y comprensión sobre el contexto particular de la vida cotidiana de los sujetos. En definitiva son aspectos necesarios e ineludibles a tener en cuenta para darle contenido y significado a la práctica.

Se eligió el ámbito de la Salud, tomando como unidad de estudio los Centros de Atención Primaria "La Peregrina", "Batan" y La Posta Sanitaria "Santa Paula", como así también otras instituciones de consulta, siendo estos escenarios donde se evidencia la presencia de dicha problemática.

Dentro de los Equipos profesionales, el Trabajador Social es quien tiene la posibilidad de aportar una perspectiva enriquecedora, ya que, es éste quien posee, desde su formación, un saber habilitante que le posibilita trabajar desde y con la diversidad cultural, pudiendo fomentar la creación de un vínculo satisfactorio que constituirá un aspecto fundamental para la tarea de cualquier profesional.

Siendo así, resulta ineludible para el Trabajador Social conocer acerca de las raíces y pautas culturales que posibilitan la comprensión del otro. Es el Trabajador Social quien tiene la posibilidad de oficiar por su capacidad profesional como nexo facilitador de estas cuestiones, ya que sin duda es quien debe aportar una mirada holística que permita favorecer a la creación de un vínculo gratificante que contribuya a disminuir los obstáculos que la relación profesional pueda presentar con la comunidad boliviana.

Se seleccionó como área de estudio la zona rural de El Coyunco, Santa Paula y Batán, donde se encuentran ubicados los respectivos Centro de Atención Primaria, que dan respuestas a las demandas en lo referente a la Salud. Estos Centros se encuentran ubicados en zonas donde residen gran cantidad de familias de nacionalidad Boliviana. Dicha área comparte características productivas similares, en donde el desarrollo de la actividad hortícola junto a la minería son las de mayor importancia. La mano de obra requerida para tales actividades es cubierta en gran parte por familias bolivianas.

Se tomaron como material bibliográfico, trabajos y estudios previos relacionados con el tema, contribuyendo los mismos al aporte, guía y sustento de las cuestiones que el trabajo de tesis quiere llevar adelante. Tales como el que realizó la Lic. Silvia G. Lucifora que en su trabajo "Cultura y Salud. Interrogantes posibles para una mirada integral", pone énfasis en la interculturalidad en el Centro de Atención Primaria ubicado en la zona rural que atiende familias de nacionalidad Boliviana. Este trabajo se inscribe en el marco de un proyecto de investigación de la Facultad de Ciencia de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con inicio en el año 2004.

Otro aporte significativo a tener en cuenta es la tesis de la Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, de las alumnas Aab Claudia, Brusco María de los Ángeles y Rodríguez Rita, quienes investigaron sobre el Trabajo Social y la diversidad cultural, Año 2000.

También se tomará la investigación que realizaron para la maestría en Ciencias Sociales FLACSO por las Lic. Alicia Ruszkowski y Cristina Suárez, "Migrantes de países limítrofes en Mar del Plata: un intento de síntesis del proceso migratorio actual". UNMDP, año 1995.

Objetivo General:

- Indagar acerca de las estrategias de intervención que desarrollan los profesionales que trabajan e interactúan con poblaciones bolivianas.

Objetivos Específicos:

- Conocer las estrategias de intervención que los profesionales de Trabajo Social desarrollan en los Centros de Atención Primaria de la zona rural que comprende el cordón hortícola, y en otras instituciones que reciben población Boliviana.
 - Indagar acerca de los obstáculos relacionales presentes en el vínculo que establece el profesional con la comunidad boliviana.
 - Identificar estrategias de intervención de los diferentes profesionales.
-

Conclusiones

**Cabe aclarar que las conclusiones se presentan al inicio
de la Tesis ya que se consideró apropiado
y atractivo para el Interés del lector,
que las mismas pudieran ser conocidas
con anterioridad a la lectura general del presente
trabajo de investigación.**

Conclusiones:

En primer lugar, intentaremos aproximarnos a dar respuesta a los objetivos que guiaron nuestro estudio, para luego, hacer hincapié también en aquellos aportes más relevantes generados en los espacios de entrevista que enriquecieron aun más nuestro Trabajo de Tesis.

Las respuestas, que a continuación compartiremos, no se agotan en ésta presentación y muchos interrogantes llegarán a ser resueltos en próximas investigaciones, tomando tal vez los aportes de esta tesis como antecedente y material de indagación.

Al finalizar nuestro trabajo de investigación nos pareció indispensable, situarnos en el punto de partida que despertó la curiosidad en nosotras para llevar a cabo tal investigación:

"Indagar acerca de las estrategias de intervención que desarrollan los profesionales que trabajan e interactúan con poblaciones bolivianas favoreciendo al desarrollo de un vínculo satisfactorio."

Estamos en condiciones de afirmar que la construcción de un vínculo satisfactorio con el sujeto de intervención es fundamental para cualquier relación profesional. Sin bien el vínculo analizado, para el presente estudio, fue el que establecen los profesionales de Trabajo Social de los CAPS, sean ellos " La Peregrina", Posta Sanitaria "Santa Paula" y "Batan", con la comunidad Boliviana, también de igual modo, esta afirmación es extensiva por la importancia que representa el vínculo, a éste y otros ámbitos o campos de intervención profesional.

Sin duda el vínculo juega un papel fundamental en las relaciones, pues a partir de este estudio podemos aseverar que la construcción de ese vínculo esta explícito en el propio trabajo profesional del que se dio cuenta en las entrevistas. Se pudo constatar como los profesionales trabajan en pos del mismo, desde la implementación de diversas estrategias, las cuales tiene diferentes fines y propósitos según la situación, pero que sin embargo

colaboran implícitamente en la construcción de ese vínculo satisfactorio, el cual hace que la relación profesional- sujeto de intervención se vea fortalecida.

Cada intervención desplegada contribuye sin duda a la mejoría de la situación problema que afecta al individuo, familia y/o comunidad. Dicho bienestar o mejoría alcanzada, por pequeño que sea, hace que el sujeto sienta que el profesional se compromete en la resolución de dicha situación, creando esto un clima de confianza y empatía, escuchando y respetando los tiempos y silencios del otro, comunicándose de manera, que el sujeto pueda entender e interpretar lo que el profesional quiere transmitir, esto favorece la construcción vincular analizada.

Así mismo, y sumado a lo anterior, se reconoce como relevante que de igual manera contribuye a la construcción vincular, *conocer las características propias de la comunidad, su cultura, costumbres y saberes, siendo de importancia también el tiempo y la continuidad que el profesional tenga transcurrido y el camino andado en el lugar o institución.* Todas estas variables, lo metodológico, el conocimiento de la comunidad y el tiempo en la institución hacen que el profesional *desarrolle mayores habilidades y estrategias en la intervención para favorecer al vínculo profesional.*

Las *Estrategias de Intervención* que despliegan con los sujetos de la comunidad boliviana que acuden a los Centros de Atención Primaria de la Salud y a las Instituciones de Consulta escogidos para este estudio, se asemejan en su mayoría, siendo cada acción estratégica acorde a la realidad y al contexto en que se encuentran insertos los sujetos, sin apartarse de la comunidad de la que forman parte. *Por lo tanto, es la creación de un vínculo satisfactorio con el sujeto de la intervención la única manera de dinamizar y posibilitar el abordaje de la acción profesional.*

Las estrategias que despliegan los Trabajadoras Sociales que se desempeñan cotidianamente con esta comunidad, no solo son similares entre sí, sino también coinciden en los relatos de las profesionales al afirmar que no existen estrategias de intervención muy diferenciadas para distintos grupos étnico - social poblacional, o por nacionalidad. Las estrategias surgen y van

acompañadas de la persona que tienen delante, respetando su singularidad, su unicidad. Por ello, las estrategias utilizadas para lograr el acercamiento y vinculación con esta población van cambiando de acuerdo se vaya logrando la relación con el sujeto, como se da en cualquier intervención con cualquier tipo poblacional diferente, sean Argentinos, Bolivianos, Peruanos o Chinos, sean adolescente, ancianos, enfermos de HIV o mamás adolescentes. Las estrategias no son exclusivas de una determinada circunstancia ni para un determinado grupo de población, no hay estrategias para Argentinos o Bolivianos. Las estrategias que utilizan los profesionales son las mismas, se van adaptando y buscando nuevas a medida que transcurre el proceso de intervención. Por lo tanto, los Trabajadores Sociales al desempeñarse en espacios interculturales, deben tratar lo diferente como diferente sin que esa diferencia marque discriminación ni conductas etnocéntricas, deben respetar en cada intervención su cultura, sus costumbres y saberes porque ello ayuda a acercarnos al sujeto de nuestra acción profesional, que es diferente, pero que es igual al resto de cada uno de nosotros en derechos y posibilidades. Se debe tratar lo diferente como diferente, sino se estaría reforzando la diferencia.

Entonces concluimos que a la hora de desplegar estrategias no hay una automatización por parte del profesional, si no que hay una lectura que va desde lo particular a lo general, partiendo de la persona que el profesional tiene en frente. Pues de igual modo no recorta a la persona de su medio social, familiar, económico y cultural si no que tiene presente el todo, sea su medio social como así también su idiosincrasia y singularidad personal propia de cada individuo. Siendo así podemos afirmar que en las intervenciones no prima la nacionalidad como factor condicionante de dicha intervención.

Cabe aclarar que el término "estrategia" nos permitió abordar nuestro objeto de estudio a partir de ampliar el horizonte significativo del mismo. Implicó reconocer una perspectiva que integra desde el accionar profesional de los Trabajadores Sociales, un contexto institucional, social, cultural, económico y político determinado. Implicó entender las Estrategias como un conjunto de

acciones o comportamientos que despliegan los profesionales dentro de su proceso de intervención.

Cada estrategia desplegada no responde al azar sino que cada una de ellas dio respuesta y persiguió el fin último de la intervención, que es lograr los objetivos de la acción profesional consensuados con el otro.

Estas acciones estratégicas, que llevan adelante en cada intervención los Trabajadores Sociales, fueron identificadas a lo largo del proceso de investigación realizado. En algunas oportunidades los profesionales pudieron dar cuenta de ellas a lo largo de las entrevistas y otras nacen del posterior análisis de sus relatos. Sin embargo no surgen en el relato espontáneo a la respuesta de una pregunta, luego al indagar con profundidad si logran reconocer acciones estratégicas.

También podemos afirmar, de acuerdo a sus relatos y posteriores análisis, la importancia que representa el *cómo intervenir de cada profesional, los aspectos metodológicos y la modalidad de intervención que desarrollan con dicha comunidad*, ya que los Trabajadores Sociales entrevistados se posicionan desde un abordaje participativo y consensuado con el sujeto afectado, siendo de forma conjunta la definición de la situación problema, abandonando así las intervenciones verticalistas.

Lo metodológico, el conocimiento de comunidad y el tiempo en la institución hacen que el profesional *desarrolle mayores habilidades y estrategias en la intervención para favorecer al vínculo profesional*.

Con respecto al trabajo interdisciplinario es tomado por los profesionales en sí mismo como una estrategia de intervención siendo visto como generador de riqueza, no solo porque conlleva un abordaje rico en contenido de las diferentes disciplinas, sino también por que propicia un acercamiento más acabado del sujeto, porque este mismo conocimiento que brinda la interdisciplina, es utilizado como herramienta para generar y concretar un vínculo con el sujeto.

Para favorecer el trabajo interdisciplinario los Trabajadores Sociales desempeñan un rol primordial, tomando parte activa para que dicha modalidad

de abordaje se concrete, oficiando de nexo facilitador generando espacios de encuentros con las demás disciplinas. Esto responde no solo a la experiencia en los ámbitos que se desempeñan cotidianamente sino también a su formación y a su capacidad práctico académica.

El reconocimiento y la valoración de la labor de los Trabajadores Sociales en ambos conjuntos de instituciones, ya sea en los CAPS como en las instituciones de consulta es desigual. Mientras en las primeras se recurre al Trabajador Social, en la mayoría de los procesos de atención por parte de otras disciplinas, para intercambiar saberes y conocimientos específicos, en las instituciones de consulta se acude al Servicio Social cuando se encuentran sobrepasados por las circunstancias y la demanda, restándole importancia a las intervenciones interdisciplinarias.

Se destaca que si bien el trabajo interdisciplinario no está implementado en condiciones "ideales", la predisposición por parte de los trabajadores sociales es identificada como factor común en los centros de salud analizados, se reconoce que la existencia del trabajo interdisciplinario incrementa las posibilidades de éxito en la intervención.

Para concluir, consideramos que es de suma importancia para los profesionales del trabajo social en general y en referencia a nuestro trabajo de investigación puntualmente, la comprensión, aprensión e internalización de la realidad en que se encuentran inmersos los actores de la comunidad en la cual se va a intervenir. Esto aumenta notoriamente las posibilidades de concretar un vínculo satisfactorio entre el profesional y el sujeto.

Como se expreso en la hipótesis, es el trabajador social, un profesional altamente idóneo para trabajar en escenarios interculturales, ya que podemos comprobar que el mismo brinda aportes que llevan a enriquecer las posibilidades de éxito en la intervención por medio de la utilización y diseño de estrategias y metodologías apropiadas para el trabajo con este tipo de población.

Los profesionales con los que tomamos contactos son capaces de valerse de los aportes de otras disciplinas, de estar abiertos a otras propuestas que llevan a mejorar la situación del individuo, pero en si podemos aseverar de forma clara que el éxito de toda intervención con cualquier tipo de población siempre estará más cerca de ser alcanzado, si se logra antes establecer un vinculo satisfactorio. Pues para lograrlo es necesario poner capacidad personal, profesional, autocrítica, y sentido a la acción profesional, teniendo claro cuál es la situación que se quiere atender.

Capítulo Primero

El Proceso Migratorio y la Globalización

En la actualidad el fenómeno migratorio aparece como centro de preocupación de la comunidad internacional. Un tema que en los últimos 40 años había sido tratado coyunturalmente, se instaló como punto prioritario en las agendas de discusión de los gobiernos a escala internacional.

El contexto político, económico, social y cultural que se vislumbra hace ya unas décadas, tiene características particulares y peculiares, que el Trabajador Social al igual que otros profesionales, no deben omitir para poder intervenir comprendiendo de forma integral los procesos migratorios y las diversas situaciones que estos generan. Temas de interés fundamental para el presente trabajo.

Consideramos que los intercambios que se suscitan en la actualidad, ya sean, económicos, tecnológicos y poblacionales se enmarcan dentro de las grandes transformaciones ocasionadas por el creciente proceso de globalización. Este debe ser comprendido desde distintas perspectivas, de lo cultural, pasando por lo político, por lo geográfico, económico y tecnológico.

La globalización, como analiza Saavedra¹ debe ser entendida como un proceso abierto en constante transformación, teniendo en cuenta los diferentes enfoques y perspectivas, siendo importante para su abordaje desde diversas disciplinas profesionales, para evitar caer en análisis monocausales. Lechner² define a la globalización como un proceso de internacionalización de los mercados, donde los circuitos productivos, comerciales, financieros y tecnológicos conforman una compleja red planetaria. Pero, además, se globalizan las pautas y expectativas de consumo, los campos culturales y, por sobre todo, se configura un consenso global sobre el marco normativo de la acción política, los derechos humanos, la igualdad de género, la defensa del medio ambiente, la lucha contra la extrema pobreza y la democracia.

Siguiendo el análisis del autor, junto con la globalización se da un proceso paralelo de *fragmentación*. Se acentúa la segmentación económica entre los países, pero más grave aún es la acelerada desintegración que se produce al

¹ Saavedra, Eduardo J. "El descenso de la política. Una aproximación a las relaciones entre globalización, estado y voluntad política" en "Geopolítica y Globalización". Buenos Aires. 2001. Editorial Eudeba.

² Lechner, N., El debate sobre Estado y Mercado. FLACSCO, 1992.

interior de cada país. En Europa Central resurge el nacionalismo; en cambio en América Latina se acentúa la fragmentación social, un tercio de la población está excluida del desarrollo y relegada a situaciones de pobreza. Al mismo tiempo que grupos sociales en diferentes países comparten el mismo estilo de vida, aumenta la distancia social dentro de una misma región.

El proceso de globalización provoca y agrava la creciente descomposición social. La segmentación se hace más rígida, dificultando los mecanismos de movilización y ascenso social.

"La globalización de la economía; la internacionalización y concentración del capital, en manos de un pequeño número de corporaciones transnacionales; la hipermovilidad del capital; la interdependencia de las economías regionales, han modificado el escenario político, económico y social, en detrimento de vastos sectores. Ello genera más pobreza, marginación, exclusión y por lo tanto un desplazamiento poblacional creciente".³

En este contexto el Trabajo Social es una de las profesiones que cuenta con los mayores desafíos, oportunidades y debilidades del proceso globalizador.

Transformaciones en los desplazamientos poblacionales.

El fenómeno migratorio ha sufrido cambios a fines del siglo XX, debido a los cambios sociales, tecnológicos y económicos de los últimos cincuenta años, producto del creciente proceso de Globalización e integración regional. Estos han afectado desde diversos aspectos al fenómeno migratorio, entre los que es necesario mencionar:

a) La distribución de las migraciones.

La disminución en los costos del transporte, ha implicado un cambio en las características de los migrantes, aumentando su número en términos absolutos, si bien porcentualmente su participación en la población mundial se ha mantenido en un porcentaje pequeño. Por otra parte, este cambio ha permitido también que las migraciones se conviertan en un fenómeno global,

³ Dieguez Alberto. "Perspectivas del Mercosur". Departamento de Servicio Social. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. UNMDP. 1993.

en el cual todos los países están involucrados, ya sea como países de envío, recepción, tránsito o como combinación de estos.

b) La duración de las migraciones.

Actualmente la movilidad poblacional es por períodos de tiempos más cortos, estando, por tanto, siempre la posibilidad de volver a su país, una vez que las condicionantes de las migraciones hayan sido resueltas.

c) Los cambios en los componentes demográficos, culturales y económicos.

Es posible dar tres ideas fuerza:

- Se observa una feminización de los movimientos migratorios;
- Se observa también, por una parte, una mayor cantidad de estados receptores que deberían tender a convertirse en Estados pluriculturales; y por otra el mantenimiento de parte de los migrantes de su identidad cultural en el país de destino.
- Se observa una mayor participación de los inmigrantes en la economía, mediante lo que se ha conocido como el establecimiento de "negocios étnicos".⁴

Las migraciones internacionales son tan antiguas como la existencia del hombre, pero sin duda en este fin de siglo han sido potenciadas y dinamizadas por la multiplicación de las áreas demográficamente repulsivas. Los adelantos tecnológicos que han reducido la dimensión del mundo en distancia y en tiempo, haciendo evidentes a todas luces las disparidades en los modos y en las calidades de vida de la población en unos y otros países. Las migraciones se han transformado en una respuesta accesible para superar las grandes brechas económicas, culturales, sociales y políticas que separan cada vez más a los habitantes de la tierra, reforzando las posibilidades de coexistencia de pueblos y grupos diferentes.⁵

⁴ OIM "Las migraciones internacionales: análisis y perspectiva para una política migratoria". (2003) - Santiago- Chile.

⁵ Cozzani de Palmada, M. R. Migraciones en Argentina. "Inmigrantes limítrofes en Argentina. ¿Tolerancia o rechazo?". CONICET Universidad Nacional de Cuyo Mendoza Argentina. 2000.

El Trabajador Social en su ejercicio profesional, no deja de estar ajeno a las temáticas relacionadas con los procesos migratorios. Estos son abordados a diario por los profesionales en los diferentes ámbitos, teniendo estas intervenciones en común, la atención de los excluidos del proceso de globalización, que tienen su expresión más clara en diversas situaciones de marginalidad, inequidad, vulnerabilidad y pobreza.

Cabe considerar, que en América Latina las problemáticas relacionadas con las migraciones tienen sus raíces en las condiciones estructurales de desarrollo económico y social desigual que ha caracterizado a esta región.⁶

La instrumentación de políticas neoliberales en los últimos decenios del siglo XX significó la ejecución de reformas estructurales que impactaron fuertemente en la calidad de vida de importantes sectores de las sociedades de América Latina.

La adopción, mantenimiento y profundización de este modelo, que en los noventa se había extendido prácticamente por toda la región, supuso la aplicación de políticas regresivas para la gran mayoría de la población, situación que se tradujo en un significativo aumento de los niveles de desempleo, un crecimiento de los índices de pobreza, una precarización del trabajo asalariado y una marcada desigualdad en la distribución del ingreso, agudizándose las diferencias sociales en buena parte de los países latinoamericanos.

El traslado de mano de obra barata, no calificada e indocumentada, de un país a otro, causa diversos conflictos, algunos con características xenofóbicas, trabajo precario, bajos salarios, peores condiciones sociales y marginación social.

En América Latina los principales países receptores son Argentina, Venezuela, y los de mayor emigración son Bolivia, Colombia y Paraguay, en este último caso se estima que el 50% de la PEA reside fuera del país. Con respecto a

⁶ Aab, C. Brusco, M., Rodríguez, R. Tesis " Trabajo Social y diversidad cultural" UNMDP. 2000

Chile y Uruguay, a la migración por razones económicas, se le sumó la migración forzada por la persecución política de las dictaduras militares de la década del 70.⁷

La República Argentina se ha constituido social y culturalmente a partir de la llegada de migración proveniente de distintos lugares del mundo en distintos momentos históricos.

Actualmente, Argentina y generalmente toda Latinoamérica, atrae poca migración Europea; ha dejado de ser foco polarizador y se ha convertido incluso en expulsor de jóvenes, hacia los países mas desarrollados. Esto es producto de las condiciones socioeconómicas desfavorables que afecta la región Latinoamericana.

La desmantelación del ya endeble sistema productivo boliviano como consecuencia de la ejecución de las políticas neoliberales profundizó la fragmentación y segmentación social existente en ese país. En este contexto, la migración se convirtió en una alternativa para miles de personas hacia países que podían ofrecer una solución a estos problemas. Argentina ha sido desde siempre un destino atractivo para los bolivianos, sin embargo, en los últimos tiempos la orientación de este flujo se diversificó y algunos países de los denominados centrales, como Estados Unidos y España, se convirtieron en receptores de población migrante boliviana.

Los procesos migratorios en la Argentina.

La población Argentina, está conformada por numerosos grupos humanos provenientes de diferentes países, que han encontrado en nuestra tierra una política generosa y abierta para facilitar la integración de los grandes contingentes de migrantes.

A lo largo de la historia de nuestro país la afluencia de grupos migrantes ha tenido diferentes perfiles que han variado desde principios de siglo XX a la actualidad.

⁷ Ruzkowski, A, Suárez C. " Migrantes de países limítrofes en Mar del Plata: Un intento de síntesis del proceso migratorio actual". FLACSO.UNMDP, 1995.

Desde 1850 hasta 1930 aproximadamente, el territorio argentino se pobló con la gran inmigración transoceánica. Después de una considerable disminución de esta migración, en 1950 comienza tomar gran significación la llegada de migración cuyo lugar de origen son los países limítrofes. Si bien las migraciones provenientes de países limítrofes se encuentran registradas desde el primer censo nacional, es a partir de la década del '50 que toman una mayor relevancia estas migraciones frente a otras.

A principios de siglo XX, las migraciones cumplían una función de compensación entre un mundo que tenía un exceso de mano de obra y otro donde había una demanda insatisfecha. Así funcionaron las migraciones masivas de Europeos hacia toda América y hacia nuestro país.

En líneas generales fue un fenómeno bien visto por los que migraban y por los países receptores. En nuestro país se implementaron políticas migratorias que facilitaban ampliamente la llegada y radicación de importantes contingentes poblacionales que traían nuevos oficios y profesiones, acompañando el crecimiento de las ciudades y también de algunos núcleos rurales.

Nuestro país recibe nuevas oleadas migratorias desde Europa después de la Segunda Guerra Mundial, las consecuencias destructivas habían generado en la población la necesidad de trasladarse a lugares donde se les garantizara cierta tranquilidad y posibilidades de progreso.

Este proceso coincide con la fase de expansión del capitalismo, donde estos contingentes se engrosan con un constante flujo migratorio de los países limítrofes y movimientos internos que se producían en nuestro país donde la población del interior, especialmente de las provincias del norte se trasladaban a los centros urbanos que iban creciendo de manera notable y proporcionaban posibilidades de trabajo mejor remunerados como otros servicios sociales de educación, salud y facilidades para el acceso para la vivienda digna.

Esta fase de expansión coincide a nivel económico con el inicio de la primera etapa de sustitución de importaciones, donde comienza el proceso de industrialización continuado, reforzado a nivel político con la consolidación de

un Estado Benefactor, que facilita la integración de la sociedad tanto nativa como migrante en este nuevo modelo de desarrollo.

Este proceso comienza a interrumpirse a partir de la década del 70 con la gran crisis del capitalismo que culmina con un modelo de desarrollo basado en la utilización de petróleo como energía barata, interrumpiendo 30 años de un continuo estilo ascendente. Esta situación repercute en los flujos migratorios de los países limítrofes, ya que la crisis impacta en las condiciones de vida, tanto en los países de origen como en los de destino de los migrantes.

En la actualidad, la mayoría de las personas que deciden migrar son producto de la exclusión de un modelo económico y social que no los contempla.⁸

Los procesos Migratorios a nivel Local (Mar del Plata)

El área de estudio del presente trabajo se ubica en el Partido de General Pueyrredon en la zona rural de Batán y Sierra de los Padres, y sus áreas de influencia. Dicha zona es considerada polo de atracción por la población de origen boliviano por sus características productivas. Por tal razón, la importancia de la elección del área de estudio para el presente trabajo.

En esta zona se han percibido diferentes procesos migratorios a lo largo del siglo XX.

El proceso migratorio en Mar del Plata es de larga data. La inserción dinámica de la ciudad en particular y del partido en general dentro de la economía nacional impulso, entre otros aspectos, el arribo de inmigrantes.

Si bien el proceso fue paulatino, la etapa que comienza luego de la crisis de 1930, va a marcar un punto de inflexión no solo en el desarrollo económico sino también desde el punto de vista demográfico.

Es en este marco donde comienzan a aparecer de forma considerable las migraciones bolivianas. De ahí en más la presencia de esta población vecina, a sido permanente en esta ciudad.

La crisis económica de los 30 modifica radicalmente la economía mundial. El desarrollo fronteras adentro también conocido como etapa de sustitución de importaciones, tiene como eje articulador la consolidación del proyecto

⁸ Idem cita 8.

industrializador, esto va a generar un cambio sustancial en el proceso migratorio.

El incremento de población en la ciudad requirió de una nueva gama de servicios para estos nuevos habitantes. Implico no solo la generación de empleo industrial sino también el crecimiento del sector terciario. Justamente con esa migración interna, existe la presencia de desplazamientos internacionales pero no ya de ultramar sino que son reemplazados por mano de obra limítrofe.

Por esta época no solo se visualizan cambios desde los sectores económicos más dinámicos y la consecuente revalorización espacial sino que las condiciones de los trabajadores también se van a ver mejoradas. El surgimiento del estado Keynesiano como garante de ciertas seguridades y propiciador del consumo va a marcar un antes y un después de la historia de la ciudad. Ya no se puede hablar de Mar del Plata como ciudad balnearia de la clase aristocrática que muchos soñaron a principios de siglo

Es dentro de estas corrientes donde se observa la presencia importante de la migración boliviana y es en el área rural donde va a establecer su residencia.

Este proceso migratorio va a ser funcional al modelo económico que se estaba gestando. Dos son las actividades principales que van a desarrollar, una es en las canteras donde se producen ladrillos asociados a la expansión del sector de la construcción. La segunda es la inclusión en el sector hortícola.

A mediados de la década de 1970, comenzaron a asentarse en el sudeste bonaerense familias provenientes de los valles centrales bolivianos, promoviendo un desarrollo del sector.

Esta emigración inicialmente fue un desplazamiento rural - rural, que opero como una sustitución de mano de obra nativa que ya por 1950 comenzó a emigrar hacia la zona industrial, conformada alrededor de la ciudad de Buenos Aires.

A comienzos de los 60 el proceso de tecnificación que sufrió el sudeste bonaerense impacta en la zafra azucarera la cual también experimenta una mecanización con el consiguiente ahorro de mano de obra boliviana; donde las operaciones de corte, pelado y juntado comienzan a realizarse con maquinaria.

Así, la búsqueda de nuevos mercados laborales por parte de las familias bolivianas, ocupadas hasta el momento en los ingenios, y viéndose recortada esta posibilidad por la introducción de tecnología en las distintas fases de producción, ha coincidido temporalmente con el crecimiento de un mercado en el Partido de General Pueyrredon que demanda mayor producción hortícola.

El tipo de migraciones fue desde el primer momento, de tipo familiar y las familias objetos de estudio, funcionan como un conjunto económico en el cual la producción ampliada está relacionada con la cantidad de fuerza de trabajo disponible, que es el fondo de trabajo de sus miembros como único recurso aprovechable por parte de las unidades domésticas.⁹

Características productivas de la zona receptora.

Entre 1980 - 1990 se produce el proceso de globalización y en este contexto los países del Cono Sur llevan a cabo profundos cambios centralizados a partir de la desregulación de la economía y la apertura externa, donde se reafirma el papel fundamental del mercado y se trata de lograr una mayor inserción en el marco internacional. En la economía abierta no solo debe pensarse el papel de los productores nacionales en el mercado externo, sino también en el mercado interno, ya que la competencia internacional se internaliza en la economía nacional, tanto por el establecimiento de empresas extranjeras como por la importación de productos.

En el cordón hortícola del Partido de General Pueyrredon la producción de hortalizas está a cargo, en un alto porcentaje, de los migrantes bolivianos, que de acuerdo al proceso de producción ampliada, anteriormente descrito, han logrado posicionarse como propietarios, condición esta que no modifica la orientación de su producción hacia el mercado interno, ni la organización del trabajo familiar que la sustenta.

El ser propietario les ha posibilitado acceder al control de la comercialización de sus productos en puestos de ferias y mercados de abastecimientos.

⁹ Lic. Silvia Graciela Lucifora. UNMDP. "Presencias andinas en el sudeste bonaerense: Horticultores y Ladrilleros". V Congreso de Antropología Social. La Plata - Argentina. 1997. Equipo NayA.

La producción hortícola en la Argentina sufrió cambios de importancia en las últimas décadas; cambios que estuvieron marcados por las tendencias generales en la producción, distribución y consumo de alimentos. Entre los componentes de estas modificaciones podemos encontrar algunos de los siguientes elementos: expansión de la producción, incorporación de tecnología, nuevos hábitos de consumo, diferenciación de productos, nuevas formas de distribución, "novedosas" formas de organización del trabajo.

Las familias bolivianas han acompañado este proceso de reestructuración de la horticultura desde mediados de los setenta hasta la actualidad, y podría decirse que constituyeron una pieza clave de la estrategia productiva necesaria para sostener el proceso de acumulación capitalista que se dio en este tipo de cultivos, de acuerdo con los parámetros de productividad y calidad exigidos por la nueva economía.

Capítulo Segundo

La perspectiva del Trabajo Social en la intervención profesional

El lugar teórico en el cual nos posicionamos es el enfoque humanista, por el cual el Trabajo Social contiene y se inspira en la valoración de la igualdad humana.

"La igualdad así como la interpreta el Trabajo Social, consiste en el reconocimiento a todo ser humano del derecho a darse sus propias orientaciones de valor y vida, dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad. Esto se asocia al derecho de todo ser humano de contar con las condiciones de bienestar, propias a ser persona.

Por otra parte el Trabajo Social, contiene la idea que el sujeto es en gran parte producto de su historia, que es diferente a los otros. Esto vale tanto para una cultura, un pueblo, una región, etc." ¹⁰

El Trabajo social en cuanto práctica profesional enmarca relaciones interpersonales de ayuda y acompañamiento en las que se trabaja con sujetos-personas, familias, grupos, y comunidades que requieren un tratamiento compatible con su dignidad fundamental y sus derechos inalienables, a cuyo servicio debe estar el Trabajo Social.

Las Intervenciones desde el Trabajo Social se da en escenarios singulares, circunstancias que implican una serie de cuestiones que hacen necesaria una mirada profunda hacia las nuevas formas de la singularidad.

Es decir, es necesario que el Trabajador Social tenga un conocimiento detallado de los escenarios y de las características de los diversos actores sociales que circulan en ellos, en tanto como comprenden, construyen y explican el mundo en que viven.

De esta manera, el Trabajo Social busca y necesita de una modalidad de conocimiento mucho más integrada y completa de la realidad, en tanto su expresión en lo micro social como así también un conocimiento profundo en lo macro social.

¹⁰ Di Carlo, E y EIEM, Trabajo Social Profesional: El método de la Comunicación Racional. Ed. Humanitas. M.D.P 1996.

Desde esta perspectiva, el modelo de intervención trata de recuperar la palabra, la visión de los problemas sociales que son reconocidos por el sujeto de la intervención. En definitiva, este modelo implica una mirada a la subjetividad, intenta comprender socialmente el "sentido de la acción".

El lugar de la Intervención en Lo Social se relaciona con la vida cotidiana, pero en definitiva el mismo se vincula con los espacios micros sociales. Esta cuestión implica una mirada a lo macro social desde allí y especialmente desde la palabra de ese otro que se convierte en el centro de la acción. No de manera individual. En otras palabras, esta visión del otro implica reconocerlo como sujeto histórico social.

La persona como sujeto de intervención del Trabajo Social.

El trabajo social profesional se ha nutrido y se nutre aun hoy del pensamiento de Mary Richmond. En su obra "Caso Social Individual" plantea criterios básicos que deben contener el Trabajo Social Profesional. Nos detenemos en los aportes de este texto para recrear el concepto de persona que desarrolla la autora, considerándola un clásico en la teorización del Servicio Social y cuyos aportes subyacen desde los inicios de sistematización de la disciplina hasta el presente.

Mary Richmond en principio concibe a la persona desde la capacidad que lo distingue del resto de los animales: su posibilidad inteligente, aun en las condiciones extremas de limitación física, anímica o social. Esta es la esencia de potencialidad de lo humano que subyace en cada uno.

Toda existencia está marcada por la capacidad de aprender conductas y actitudes socialmente transmitidas, en este proceso se va desarrollando la capacidad reflexiva que implica una serie de procedimientos de ensayo y error, de experimentación que permiten conducirse en el mundo de diferentes maneras.

La base de la relación profesional es el educar, el desarrollar personas reflexivas, a través de un proceso de estimulación de las capacidades

consciente. La acción de motivar el pensamiento del otro implica la confianza en el otro como persona.

Esta visión marca una clara diferencia con las corrientes filantrópicas que están centradas en la carencia, la dificultad, la falta de recursos y la obtención del mismo. Marca que el otro tiene potencialidades propias de transformación en cuanto puede pensarse y encontrar su ser como persona, descubrir su independencia y su igualdad en cuanto sujeto de derecho.

Es una realidad que las circunstancias adversas de la vida no posibilitan en ocasiones el desarrollo de una personalidad crítica reflexiva. Las carencias, frustraciones y limitaciones de toda índole provocan un abatimiento que no permiten la ideación de posibilidades mejores, la concreción de deseos, la formulación de necesidades nuevas y más elevadas.

Cuando la costumbre o la rutina logra acallar los intereses, los dones naturales, la idiosincrasia y las capacidades, se pone en peligro la expresión de la individualidad, no puede lograrse el desarrollo de la personalidad.

Mary Richmond funda el trabajo social, en cuanto disciplina, a partir de este concepto de persona como ser inteligente, perfectible enmarcado en un contexto de realidad que incluye obstáculos concretos para su desarrollo; el eje está planteado en la capacidad humana de pensar y pensarse en tales circunstancias, imaginando posibilidades futuras como aspiración de cambio. Esta postura encierra en sí misma una clara diferencia con la actitud compasiva, que es el "creer que el otro es capaz" que tiene esa potencialidad, y que lo que atraviesa es una circunstancia de la vida, condicionada por múltiples factores (individuales y sociales) que deben en principio comprender, superar o reconocer los obstáculos y trabajar sobre ellos, es creer que el otro es protagonista y generador de su propio proceso de cambio. La misión del trabajador social busca el impulsar esa capacidad reflexiva en el otro, con la convicción que el pensamiento es preparativo de la acción. El protagonista es el otro, es la unidad consiente y actuante del ser persona.

La intervención del Trabajo social se constituye en un proceso de reflexión crítica, donde se complementan y enriquecen mutuamente el saber científico y el saber popular, es una acción participativa. Osvaldo San Giacomo expresa que... "la esencia del trabajo social consiste en la apropiación de un

conocimiento objetivo de la realidad, conocer desde un vínculo cercano con los sujetos involucrados, a fin de avanzar hacia un cambio positivo en las condiciones de existencia. Para ello, el Trabajador Social utiliza métodos y técnicas con la incorporación de las personas a los procesos de conocimiento y transformación de la realidad”¹¹

Para el Trabajo Social es siempre importante establecer relaciones, Helen H. Perlman¹² entiende la relación como instrumento fundamental que emplea conscientemente el profesional como clima catalizador para la resolución.

El profesional al ayudar a la persona a expresar su situación problema y al demostrar comprensión va creando un vínculo emocional que constituye una vía de comunicación. Pues así Kadushin¹³ afirma que la relación es el puente por donde pasa el mensaje y la buena relación posibilita suavizar los problemas de comunicación.

Se trata de comprender la lógicas de los acontecimientos, es decir, la interrelación entre el cambio de situación, la intencionalidad, la habilidad y los antecedentes motivacionales y normativos. Esta comprensión permite aproximaciones sucesivas cada vez más profundas y fieles a la realidad, en el proceso de Trabajo Social.

El establecimiento del vínculo y la empatía son la base de esta comprensión: “La empatía es la capacidad de un individuo para ponerse en el lugar del otro, de captar sus sentimientos, de comprender sus reacciones y de contemplar el mundo desde la perspectiva del otro. La comprensión empática consiste en la capacidad de participar (en mayor o menor medida) en las realidades personales ajenas comprendiendo las conductas de los demás, sus motivaciones profundas y sus perspectivas vitales. Esto permite a su vez penetrar en los sentimientos, ideas y perspectivas del otro, y por lo tanto comprender al otro en lo que este es y comunica”.¹⁴

“Nos comunicamos con los demás y en esta comunicación, colaboramos para que el otro (individuo o grupo) llegue a expresarnos lo que le sucede (problemas, limitaciones, necesidades, vínculos, temores, deseos,

¹¹ San Giacomo, O., en Di Carlo, E. y EDEM, “Trabajo Social Profesional”. Ed. Humanitas. M.d.P. 1996.

¹² Helen Perlman. “El Trabajo Social Individualizado”. Edit. RIALP. Madrid. 1965

¹³ Kadushin, A. “La Entrevista en Trabajo Social” Ed. Extemporáneos 4ta Edición 1983.

¹⁴ Ander Egg, Ezequiel, “El Trabajo Social como Acción Liberadora”, Ed Humanitas, Bs As. 1989.

expectativas, etc.), y en ese expresarnos el propio sujeto comienza a ponerse en claro también a sí mismo el asunto que lo afecta. Se lo apoya y comienza a clarificar el asunto en el proceso comunicativo con el profesional”¹⁵

El trabajador social centra el accionar profesional en la persona, buscando que ésta sea partícipe y protagonista de las intervenciones sociales que la conciernen. “La persona no debe ser objeto de la intervención, sino sujeto de la acción, debe tomar parte de todas las decisiones que refieren a su *situación* y en todas las gestiones que se realicen para mejorarlas. Sus capacidades deben ser consideradas como centrales y reconocidas como determinantes en el proceso de ayuda”.

La persona es un todo, opera como una entidad física psíquica y social sobre el problema. Es un producto en proceso de su modo de ser constitucional, de su ambiente físico y social, de sus experiencias pasadas, de sus percepciones y reacciones presentes e incluso de sus aspiraciones futuras. Esta configuración física psíquica y social (pasada, presente y futura) es lo que lleva consigo en cualquiera de las situaciones que la vida le hace afrontar.

Siguiendo esta línea de pensamiento, San Giacomo considera al hombre capaz de pensar y conocer más allá de los problemas que enfrenta. No sólo condicionado por la realidad sino como su constructor. Es un ser activo capaz de transformar la realidad y participar en los problemas a resolver. Desde esta visión, plantea una propuesta que tiende a evitar el establecimiento de un vínculo de autoridad profesional, por el conocimiento que tiene el trabajador social y que ubica a la persona en un plano más pasivo.

El Trabajador Social debe saber captar la naturaleza del problema que plantea el cliente y la naturaleza del lugar en que se pueden hallar los medios de resolverlo.

¹⁵ Di Carlo, E y EIEM, Op. Cit.

El ambiente y las perspectivas de redes

El hombre sólo puede llegar a ser persona y desarrollarse como tal, al insertarse en un ambiente donde se interrelaciona permanentemente con otros hombres. Entendiendo esto, podemos afirmar que las personas se dan en relación, ello nos habla de movimiento, modos diferentes de dar y obtener sostén; y de satisfacer deseos y necesidades. Por ende situaciones nuevas surgen a cada momento que deben ser cuestionadas, analizadas, interpretadas, evaluadas, para complejizar la intervención profesional. Entre estas situaciones nuevas, un fenómeno para destacar son las llamadas redes. Las redes sociales, son definidas como entidades relacionales complejas de carácter colectivo, que tienen atributos^a morfológicos e interactivos que le son propios; su fin es la satisfacción de las necesidades afectivas, informativas y materiales de los miembros que las integran.

Se prioriza dentro de las redes contemporáneas la presencia de sectores como la familia, los amigos, los vecinos, compañeros de trabajo, de estudio, organizaciones comunitarias, organizaciones societarias. En cuanto a los sectores y vínculos, estos se han ido resignificando, se han diferenciado, individualizados, cumpliendo diferentes funciones y generando vínculos que les son característicos.

^a (Los atributos pueden diferenciarse en estructurales, funcionales y relacionales, varían en su calidad y cantidad, evolucionan en tiempo-espacio. Su análisis permite comprender las características que distinguen y particularizan a las redes).

Capítulo Tercero

Las Instituciones y la Política de salud Pública

Las Instituciones: sus orígenes, características.

Según Berger y Luckman las instituciones son construcciones sociales que resultan del parcelamiento del terreno social y que originariamente se crean para responder a diferentes necesidades sociales. Como las sociedades van transformando sus necesidades y sus formas de resolverlas, las instituciones también cambian.

Las instituciones son las respuestas aceptadas y a las que los individuos recurren para dar solución a sus problemas. Ellas garantizan a los sujetos un patrón de soluciones que facilitan la conducción de los mismos en la sociedad en que viven.

Una institución es parte de una estructura social y la reproduce, es concreta, histórica y compleja. Son las instituciones espacios en los que desarrollamos gran parte de nuestra existencia.

La palabra institución hace referencia a normas y valores de alta significación para la vida de un determinado grupo social, fuertemente definidas y sancionadas (formalizadas en el caso de las leyes) con amplio alcance y penetración en la vida de los individuos.

Se caracteriza por un sistema de actividades, racional y con coordinación consiente. Su esencia es el grupo humano que actúa dentro de un contexto temporo-espacial concreto, artificial y deliberadamente constituido. Su estructura es un conjunto de relaciones dirigidas al logro de objetivos y/o fines condicionados por su interacción en el contexto político, económico, cultural y social donde se encuentra inmerso.

El término institución puede adoptar diferentes significados de acuerdo a la ciencia y al autor que lo trate. Desde un análisis social se puede decir que el hombre se desarrolla y actúa en un entorno social donde se acepta la existencia de normas que regulan la convivencia. La institución más pequeña en el orden social es la familia y la de mayor cobertura es el Estado.

Desde un enfoque histórico se toma la institución como modelo básico para el análisis de la realidad histórica; y desde las ciencias jurídicas como un conjunto

de normas establecidas por la ley relativa a un mismo objeto y a las mismas funciones que forman un todo coordinado.

Según Tau Ansuategui todas las instituciones tienen elementos que sirven de fundamento y son:

Uso social: una institución es tal cuando una sociedad la acepta, la usa.

Valoración: una institución debe estar apoyada en preceptos morales y éticos.

Regulación: el derecho debe regular el funcionamiento de la institución.

Las instituciones sociales son conjuntos culturales, simbólicos e imaginarios que aspiran a imprimir un sello en el cuerpo, el pensamiento y la psiquis de cada uno de sus miembros.

Culturales: porque transmiten una cultura que va a condicionar el comportamiento de quienes forman parte de ella a fin de garantizar la identidad a la que aspiran.

Simbólicos: porque la acción de sus integrantes tienen sentido y es legitimada a través de mitos y ritos.

Las Instituciones de Salud.

Las Instituciones públicas donde se prestan servicios de salud y que alcanzan su máxima complejidad en los Hospitales, integrando también clínicas, centros de salud, Unidades Sanitarias son instituciones donde la sociedad asiste regularmente para obtener la atención integral de la salud, reconocida como un derecho.

Desde una lectura social, se entiende que estas instituciones en su funcionamiento y complejidad pueden ir mucho más allá de su nivel organizativo y/o de su capacidad resolutoria ya que las mismas dan respuestas a necesidades vitales para el desarrollo del ser humano.

Comúnmente los servicios de salud son estructuras sociales más estratificadas y rígidas en lo que ha movilidad horizontal y sobre todo vertical se refiere.

En las instituciones de salud puede vislumbrarse una estructuración de redes de poder, autoridad y legitimidad que da lugar a una caracterización propia de estos centros.

La población en general tiene formado e incorporado un imaginario sobre los servicios de salud que lleva implícito ciertas concepciones del trabajo, del trabajador, de las relaciones de poder, de la participación, de la naturaleza de los contratos de trabajo formales e informales que predeterminan o presuponen los espacios permitidos, los estilos educacionales, los contenidos y las características de las demandas específicamente. Este imaginario es una construcción social histórica de la realidad, sostenida a través del tiempo el cual se legitima en el funcionamiento cotidiano de las instituciones de salud.

En tal caso es necesario entender que las intervenciones que se realizan desde el ámbito de la salud se instalan por definición en y dentro de instituciones, y estas operan sobre estructuras de poder formal e informal ya establecidas, sobre grupos con su propia dinámica de liderazgo, legitimidad e influencia, en definitiva sobre un entramado de relaciones de poder estructurada y reforzada por una determinada cultura.

Dentro de las instituciones debe entenderse de forma clara que existe una estrecha relación y reforzamiento recíproco entre saber y poder, que propicia una circulación dialéctica, provocando que ciertas intervenciones que legitimen unos saberes y deslegitiman otros. Planteando e interpretando de este modo al ámbito de la salud como una actividad técnica pero simultáneamente política.

La revisión del campo de la salud convoca, en consecuencia, a una serie de autores que pueden ayudar a resignificar las formas como circula (o no circula) el conocimiento en los servicios de salud, entre estos y la población.

En referencia a la naturaleza política del conocimiento, Foucault y Nietzsche, coinciden en plantear que por detrás de todo saber o conocimiento lo que está en juego es una lucha de poder.

El poder político no está ausente del saber, por el contrario está entramado con éste.

Foucault amplía esta concepción remarcando que "cada sociedad tiene su régimen de verdad, su política general de la verdad': es decir, los tipos de discurso que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero."

Esto se aplica de una manera sustantiva a la construcción social de las profesiones de salud. Las profesiones generan un discurso científico avalado en universidades, academias, colegios, etc.

El desempeño del profesional en nuestro imaginario siempre irá acompañado por comportamientos, conductas y hasta ciertos movimientos esperados.

Como señala Foucault las tecnologías de adiestramiento, disciplinamiento y poder sobre los cuerpos (aquí también presentes) no solo están estrechamente interrelacionadas entre sí, sino que incluso viajan de un tipo de institución a otra. Así hoy como en otro momento histórico las innovaciones disciplinarias de la escuela, del ejército, de la cárcel, del hospital o de la fábrica, se intercambian para hacer más eficaz la acción productiva.

La Política de salud pública.

La atención primaria de la salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, como condición básica para el desarrollo social y económico de la comunidad.

Las políticas de Salud Públicas se encargan de brindar la asistencia sanitaria esencial a través de equipos de profesionales calificados, para poner al alcance de todos servicios básicos a un costo que el país pueda sustentar.

La política de atención de la salud pública, ha sido pensada para atender las necesidades de la comunidad en sus diferentes edades, por ese motivo existen diversos Programas dirigidos a grupos de niños, adultos y ancianos.

Los inicios de la Atención Primaria de La Salud.

El término Atención primaria de la Salud (APS) surge a partir de una política de salud definida en la asamblea de la OMS en 1977, para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica a la que se llamó APS.

En 1978 los expertos de Salud Pública de 140 países se reunieron en Alma Ata y es allí donde se sientan las bases de la APS.

Era de esperar que establecido este compromiso, se produjeran avances en este campo, pero el desarrollo de la APS ha sido lento y ha tomado diferentes matices según países y regiones.

Los principales problemas parecen ser conceptuales, conductuales y organizativos, no obstante en esta conceptualización de la APS se considera al Equipo de Salud como pieza fundamental.

Por lo tanto la APS es la coordinación de los sistemas de apoyo (suministro, transporte, comunicaciones, sistema de información, mantenimiento), recursos humanos apropiados y apoyo comunitario (aceptación, organización apropiada, capacidad de decisión autónoma) para cumplir con una política de salud "Proporcionar el bienestar general en una región en un lapso prefijado".

Desde el punto de vista asistencial, la APS es considerada como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud.

El primer nivel asistencial de salud, con variantes en distintos países, está integrado por Médicos clínicos, Médicos generalistas, Pediatras,

Obstetras y Ginecólogos, Psicólogos, Enfermeros, Asistentes sociales, etc.

Se pueden analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes.

- 1- Como un conjunto de actividades.
- 2- Como un nivel de asistencia.
- 3- Como una estrategia.
- 4- Como una filosofía.

La APS debe ser entendida **como un conjunto de actividades que** requiere, para ser aplicada como tal, la inclusión de las premisas de educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad de agua, saneamiento

básico, cuidados maternos infantiles, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos.

Desde el punto de vista **asistencial** la APS debe ser considerada como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, este primer punto de contacto debe ser interactivo promoviendo acercamientos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potenciando el auto cuidado individual y colectivo respecto de su propia salud, a través de actividades de promoción y educación sanitaria realizadas en las consultas y en el seno de la propia comunidad.

La APS **como estrategia** de organización de los servicios sanitarios, hace referencia que éstos deben ser diseñados y coordinados para poder atender a toda la población.

Potenciar la estrategia de la APS significa proceder a una adecuada redistribución de los recursos totales empleados en el sistema sanitario, tanto humanos, materiales, como financieros.

La APS **como política o filosofía de salud** implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud de las personas garantizando su defensa y respondiendo a criterios de justicia e igualdad de acceso.

No debemos confundir la APS con el primer nivel de salud. Este último responde a criterios de complejidad de la asistencia y debería cumplir determinadas características organizativas para que puedan desarrollarse los principios de la APS.

La historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.

Se tomará como referente los aportes y definiciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) proponen en sus conferencias y escritos.

“La Atención Primaria forma parte dentro del sistema nacional de salud del que se constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social

y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud".¹⁶

Orígenes y evolución de la APS en la Argentina.

En, **1967**, en la provincia de Jujuy, se registra el primer antecedente válido de Atención Primaria de la Salud en la Argentina, se integraba en esa época en el Plan de Salud Rural, se trataba de programas para las áreas de frontera, preparados a nivel central e implementados con recursos humanos locales, casi siempre de limitadas posibilidades.

Consistía en una estrategia sencilla y adecuada sobre la base de las ideas del Doctor Carlos Alberto Alvarado (Ministro de Bienestar Social de la provincia de Jujuy).

El Doctor Allende durante su mandato de gobierno de la provincia de Bs As en la **década del 60**, impulsó a través de su Ministerio de Salud Pública, un programa de Atención Básica, basado en la habilitación de "Centros de Salud" que eran las unidades operativas del sistema. Este programa estaba coordinado por un Director, ubicadas estas unidades en las villas de emergencias del conurbano, operaban como satélites de los centros de atención locales y de los hospitales regionales.

A fines de **1983** y con el advenimiento del sistema democrático se retoman e impulsan las actividades de la APS incorporándolas al Proyecto del Seguro Nacional de Salud. Elevadas a consideración parlamentaria por el entonces Ministro de Salud y acción Social, Dr. Aldo Neri. Algunas de estas actividades se implementaron a través del presupuesto anual de la Secretaría de Salud de la Nación, por el cual 2 millones de personas residentes en zonas rurales y 200.000 de zonas peri urbanas y urbanas estaban cubiertas por el Programa de Atención Primaria, siendo las metas para el comienzo de los '90 la cobertura de más de tres millones de personas, con el objetivo de un mejor estado sanitario. Para ello cobra importancia la capacitación de 3.000 agentes sanitarios surgidos de la propia comunidad, los cuales realizan tareas de

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. "Conferencia de la Organización Mundial de la Salud", Ottawa. 1978.

promoción y protección de la salud y orientan hacia el puesto sanitario más cercano a las personas que requieran consultas programadas de medicina y odontología. A partir de la implementación de estas políticas públicas en salud se comenzó a registrar un descenso de la mortalidad infantil de 1 a 4 años y de la mortalidad materna y general, y de las tasas morbimortalidad de las enfermedades prevenibles.

La Política de Salud Pública en Mar del Plata.

En **Mar del Plata** Municipalidad del Partido de General Pueyrredon, comienza la organización de la APS por el año **1986**. Se reúnen entonces las autoridades de la Provincia, Municipio y Nación para formalizar un documento y acciones orientadas sobre la base de la Atención Primaria.

Se construyen en forma descentralizada unidades sanitarias, y se comienza a trabajar con un programa prioritario de Salud Materno Infantil. Sin embargo, debido a los cambios políticos y la falta de continuidad en la planificación de la Salud, las acciones en conjunto se diluyen, pasando a permanecer en el sistema público Municipal, acciones y esfuerzos sin una planificación sustentable en el tiempo.

En **1996** y con la presencia del entonces Secretario de Salud SR. Vicente Fernández, comienza un cambio, que reorienta el sistema de salud vigente a ese momento, hacia un sistema basado en la APS, priorizando, el trabajo en equipo, la participación comunitaria, la prevención y promoción de la Salud, la capacitación de agentes comunitarios, así como los programas de alto impacto sobre la calidad de vida de los habitantes de la ciudad de MDP jerarquizando y ampliando el Programa Materno Infantil (de 0 a 2 años a 0 a 6 años), reorganizando los programas de Clínica Médica, Salud Mental, como así también reforzando los programas existentes, de vacunación (PAI), vacunación antirrábica, medicina preventiva, e incorporando por primera vez la rotación por las distintas Unidades Sanitarias de Médicos Generalistas.

Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en Mar del Plata.

Los Centros de Atención Primaria (CAP), son centros dependientes del Partido de General Pueyrredón. Constituyen un sistema descentralizado de salud.

Estos Centros se definen como un establecimiento de salud de primer contacto con la población, donde se desarrollan actividades de atención de la salud, con énfasis en aspectos preventivos - promocionales y con la participación activa de la comunidad. Ante situaciones de mayor gravedad se dará derivación a los Centros de Salud de mayor complejidad en la atención.

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad, para que todos puedan contar con un Centro de Atención cercano a su domicilio. Para acceder a la atención médica gratuita, sólo es necesario dirigirse al Centro de Salud más cercano y solicitar turno.

La comuna se encarga de brindar la asistencia sanitaria esencial a través de equipos de profesionales calificados, para poner al alcance de todos servicios básicos a un costo que el gobierno local y el país pueden soportar.

Sus funciones son las de integrar los equipos de salud, elaborar y desarrollar los programas y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud existentes y realizar los diagnósticos sociales de las familias, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales que inciden en la salud de la misma.¹⁷

Los Centros de Atención Primaria que se tomarán como unidad de estudio además de las funciones mencionadas, dan respuestas a las demandas y necesidades que la población de zonas rurales y alejadas de los núcleos urbanos presentan, ante la ausencia y el distanciamiento de centros de salud urbanos más complejos.

Las Postas Sanitarias en Mar del Plata.

Se define como un establecimiento de salud de primer nivel, es el de más baja complejidad donde se desarrollan actividades de atención de la salud, con

¹⁷ Lucifora, Silvia G. "Cultura y Salud. Interrogantes posibles para una mirada integral". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 2004.

énfasis en aspectos preventivos - promocionales y con la participación activa de la comunidad. Esta bajo la supervisión del Centro de Salud de la zona de influencia, que será el lugar de derivación ante casos que requieran mayor complejidad en la atención.

El Objetivo general de las Posta Sanitarias es contribuir a mejorar la salud de la población del partido, favoreciendo un mayor acceso y cobertura sanitaria.

Capítulo Cuarto

Cultura definiciones y usos

Se considera que la cultura constituye un nivel específico del sistema social y no puede ser estudiada aisladamente no solo porque está determinada por lo social, sino además porque está inserta en todo hecho socio económico. Néstor García Canclini la define como "el conjunto de procesos donde se elabora la significación de las estructuras sociales, se la reproduce y transforma mediante operaciones simbólicas"¹⁸, Es a través de la cultura que podemos llegar a descubrir las acciones de los actores sociales, el sentido y las significaciones que ellos mismos les confieren.¹⁹

La cultura le da sentido a la vida cotidiana, entonces, si el trabajador social se relaciona con el sujeto social, desde su cotidianeidad, es decir desde su forma de concebir y vivir la vida, no puede desconocer las normas, valores, costumbres, tradiciones familiares y de su grupo social, pautas culturales, su forma de inserción laboral, entre otros factores. Estos indicadores reflejan la forma en que el sujeto se relaciona con el otro, con su familia y con su entorno social. Posibilita además, captar la forma de vida de la población, para que las acciones del profesional no se alejen de las necesidades reales de la persona, familia, grupo y/o comunidad con que trabaja. El sujeto vive inserto en un mundo histórico y social, que absorbe en cierto modo a través de su comportamiento cultural..

El trabajador social se desempeña en contextos socioculturales, donde la multiplicidad de factores históricos, económicos, familiares, se entrelaza y manifiestan una realidad compleja, diferente a la que el profesional percibe en un primer momento, desde su encuadre cultural.

Este contexto socio-histórico-cultura-familiar, intercultural determina las posibilidades del desarrollo humano, la organización y los obstáculos estructurales, coyunturales, sociales, culturales-socio-políticos, familiares y de interacción entre los conjuntos sociales.

¹⁸ Néstor García Canclini, "Introducción. Políticas culturales y crisis de desarrollo: un balance latinoamericano", en Néstor García Canclini, (coord.), *Políticas culturales en América Latina*, Grújalbo, México, 1989.

¹⁹ García Canclini, N, "Cultura y Sociaedad: una introducción", Sec. De Educación Pública, México, 1985.

Interculturalidad

Se analiza la interculturalidad tomando los aportes de Liliana Tamagno²⁰ quien plantea, desde una mirada superadora, "que la verdadera interculturalidad se dará cuando nos relacionemos con el "otro", el diferente, no ya como inferior, como carente, como ignorante, sino como otro sujeto social.

Esto nos coloca frente a la posibilidad de analizar la interculturalidad como dadora de riqueza a la existencia humana y no como un problema que atenta contra la supuesta homogeneidad de los estados.

En las relaciones interculturales se planea la necesidad de valorar la multiplicidad del ser. Nos insta a aprender a convivir con la diferencia, aceptando que la diversidad constituye una de las mayores riquezas de nuestra especie.

"La interculturalidad entendida de esta manera supera la idea de crisol de razas, se opone a la visión integracionista y propone un diálogo entre culturas. La interculturalidad finalmente se opone a toda forma de pensamiento único, permitiéndonos valorar los diferentes modos en que diferentes sociedades en diferente tiempo y diferente lugar han resuelto y/o resuelven su existencia".²¹

La Interculturalidad es vista como una relación de intercambio de culturas diferentes en la que permite relativizar lo propio y relativizar lo de otros, abriendo así posibilidades de renovación, búsqueda y comunicación, valorando la diversidad, abandonando la certidumbre y resistiendo la incertidumbre, desarrollando una autonomía crítica. Resultando así, la interculturalidad un imperativo filosófico, suponiendo que las diferencias incompatibles no son reductibles, pero si comunicables.

"Es necesario insistir en la necesidad de un elemento integrador que busque el reconocimiento de las minorías por parte de las mayorías y viceversa, es decir, el reconocimiento mutuo de cada uno y cada una y el derecho a realizar esta

²⁰ Tamagno Liliana Ester, "Pensar la interculturalidad desde y con los pueblos indígenas". Laboratorio de Investigaciones en Antropología Social LIAS. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata.

²¹ Ident cita 20

combinación con un discurso del pasado y con un Discurso Cultural específico”²².

Lo que propugna Touraine como lo menciona anteriormente es el reconocimiento del otro, del otro como semejante y diferente, y reitera, semejante porque todos tenemos que incorporamos a la misma economía que es lo que tenemos en común- y diferente por sus idiosincrasias específicas, y lo más importante, todo esto debe ser entendido a la luz de lo que ya existe. Touraine reconoce la idea de “homogeneidad social” como lo peor, como un “totalitarismo horroroso” y que no debemos tolerar personas que se identifiquen con valores universalistas y particularistas, llevando a la eliminación del grupo o el racismo.

Entonces, interculturalidad significa entre cultura, no es la simple coexistencia de culturas diferentes, sino la convivencia de estas en su diferencia y la convivencia sólo es posible desde la vivencia de la propia vida cotidiana entre diversos pueblos culturalmente diferenciados y con sentidos propios y distintos de la existencia. Es una realidad que aún no existe en su totalidad pues se trata de un proceso a alcanzar que deba ser construido.

Este enfoque implica la deconstrucción de los paradigmas homogeneizantes impuestos por la sociedad occidental, la valoración de la diversidad cultural como riqueza al mismo tiempo que la igualdad de todos los seres humanos.

El Trabajo Social tiene un papel importante dado sus permanentes contactos con los sectores populares, fijando como objetivo transformar la Multiculturalidad en interculturalidad, desarrollando procesos de encuentros y comunicación entre las personas y grupos diferente de integración, buscando que los nuevos residentes se incorporen activamente a la vida de la sociedad de acogida con iguales derechos y obligaciones que los nacionales.

²² Touraine Alan. *La Discusión Pendiente. El Destino del Hombre en l Aldea Global.* 1996. Bs As. Ed Fondo de Cultura Económico

La diversidad desde la perspectiva de la salud.

Los conceptos de salud y enfermedad son una construcción social que responde a una forma particular de ver y vivir la vida. No hay formas universales de construir y experimentar los conceptos, aunque ellos sean definidos de manera muy específica por diversas ramas del saber. Todo pueblo construye sus conceptos tácita o explícitamente de acuerdo con su cultura y su propio saber. En la mayoría de los países donde la inmigración es un fenómeno importante las legislaciones de estos no discriminan a estas personas y las consideran como sujetos de derechos, el proceso de aceptación en las diversas sociedades no se ha dado por completo. Más que aceptación, la generalidad es hacia el rechazo a los migrantes y a la vez a una invisibilización de esta y a sus necesidades. El dolor, el miedo, la soledad, la incertidumbre y el desarraigo que sufren estas personas son elementos que se entrecruzan en el drama del inmigrante; que en su mayoría o no escogieron migrar o lo hicieron como una alternativa no siempre deseable.

Pensar en el respeto por la diversidad cultural en salud significa que el profesional se interese en conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y las necesidades de los pacientes, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de esa diversidad.

En este sentido el profesional debe luchar para alcanzar la habilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de un paciente, una familia o una comunidad.

Atender la salud desde la diversidad/desigualdad cultural significa abandonar la atención paternalista verticalista profesional –paciente para pasar a una relación dialógica comunicativa, reconocer al otro como poseedor de saberes diferentes y con quien se comparten algunos elementos comunes del mundo de la vida. La práctica de los profesionales de la salud debiera contemplar la diversidad/desigualdad cultural de los pacientes, como así también la necesidad del conocimiento, comprensión y respeto por parte del profesional hacia las formas como culturalmente se configura el cuidado de la salud de estas personas inmigrantes.

Capítulo Quinto

El vínculo

Al hablar de vínculo se toman los aportes de Enrique Pichón Riviére quien desarrolla y analiza la importancia del mismo, ya que posibilita tener un acercamiento más objetivo de la realidad cultural del otro.

Es fundamental el concepto de vínculo como esa estructura compleja multidimensional que alberga sistemas de pensamientos, afectos y modelos de acción, maneras de pensar, sentir y hacer con el otro, que constituyen las primeras apoyaturas del sujeto y las primeras estructuras identificatorias que dan comienzo a la realidad psíquica. La trama vincular es una apoyatura ineludible para la confirmación de nuestra identidad.²³

Pichón Riviére, define al vínculo como la manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento.

Se trata de un sujeto situado y sitiado en el sentido que su subjetividad es configurada en un espacio y un momento histórico social específico que le otorga todo un universo de posibilidades, pero le significa a su vez una cierta clausura de las posibilidades de representación simbólica.

La subjetividad debe ser planteada como una estructura en permanente cambio. Es por ello que se necesita mirar esta como un sistema abierto, singular en cada sujeto y dispuesto a ser modificado respecto a las diferentes relaciones que establece el sujeto en sus diferentes campos, de ahí su naturaleza social.

La subjetividad es al mismo tiempo singular y emergente de las tramas vinculares que lo trascienden, por tanto como dice Enrique Pichón Riviére el sujeto es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan.

²³ Pichón Riviére, Enrique. "Teoría del vínculo". Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1985.

La construcción pichoniana se apoya en el método dialéctico materialista y su realización práctico conceptual tiene como eje la interacción de los sujetos orientada al cambio social planificado.

Si tenemos en cuenta su concepción del sujeto E. P. Rivière lo concibe no en una relación armónica con su realidad social sino en una permanente relación mutuamente transformante con el mundo. Su "implacable interjuego" implica una inevitable transformación del mundo, fundamentalmente vincular y social, para el logro de sus deseos y propósitos, logro que a su vez tendrá efectos de transformación del sujeto.

Cuando E. Pichón Rivière piensa al sujeto lo hace en términos de "sistema abierto" (en rigor no hay nada que no sea pensado por él en término de sistema abierto: el individuo, los grupos, las instituciones, las sociedades, el ECRO). En relación al sujeto se trata de un sistema que no es autónomo en sí mismo, se trata de un sistema incompleto que "hace sistema con el mundo".

Es un sujeto situado y sitiado que está contextualizado. No es una abstracción. Es un sujeto histórico. No se trata del hombre o la sociedad, el ser humano nace en una trama vincular que en el mejor de los casos, se halla aguardando su llegada con un nombre para él y un cúmulo de expectativas y deseos. Las tramas vinculares humanas son las que sostienen nuestro proceso de socialización, nuestro prolongado proceso de socialización o de endoculturación.

Es en esta sociedad marcada por el cambio, el ser humano debe construir un marco referencial, un "aparato para pensar la realidad" que le permita posicionarse y pertenecer a un campo simbólico propio de su cultura y la subcultura en la que está inserto.

Este esquema referencial, este "aparato para pensar" nos permite percibir, distinguir, sentir, organizar y operar en la realidad. A partir de un largo proceso de identificaciones con rasgos de las estructuras vinculares en las cuales estamos inmersos construimos, este esquema referencial que nos estabiliza una cierta manera de concebir al mundo, que de no ser así, emergería en su

condición de desmesura, inabarcabilidad y caos.

Esto hace que Pichón Rivière visualice el sujeto en una permanente interrelación dialéctica con el mundo, única condición para que este sujeto pueda construir una lectura adecuada de su realidad.

Por ello plantea que así como necesitamos un esquema conceptual, un sistema de ideas que guíen nuestra acción en el mundo necesitamos que este sistema de ideas, este aparato para pensar opere también como un sistema abierto que permita su modificación. Es la interrelación dialéctica mutuamente transformante con el medio lo que guiará la ratificación o rectificación del marco referencial subjetivo.

Dicho autor al referirse al vínculo plantea que existe una relación con el objeto que es la estructura interna del vínculo, por lo tanto un vínculo es un tipo particular de relación de objeto; la relación de objeto está constituida por una estructura que funciona de una determinada manera. Es una estructura dinámica en continuo movimiento, que funciona accionada o movida por factores instintivos, por motivaciones psicológicas. El vínculo incluye la conducta. Dice el autor que se puede definir al vínculo como una relación particular con un objeto, de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la que forma una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto

El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados. El vínculo se relaciona luego con la noción de rol de status y de comunicación. Se entiende, que toda actividad mental está dedicada a establecer una comunicación y que para establecerla se necesita depositar parte de uno en el otro, nuestra labor será la de poder captar la comunicación, hacemos cargo de ella y trabajar con ella. Para esto debemos colocarnos de una manera particular, como un recipiente abierto, dispuestos a controlar y cuidar lo que nos han depositado y sabiendo que, todo mensaje debe ser interpretado en el aquí – ahora conmigo, o sea que deberá

ser una técnica de tanteo de la realidad y una búsqueda de relaciones a través de un interjuego dialéctico en forma permanente.

El autor distingue diferentes ámbitos de intervención. Los denomina Psicosocial (que corresponde al individuo), Socio dinámico (Grupos) Institucional y Comunitario. Estos ámbitos nos permiten visualizar no solamente los escenarios en los que el proceso de socialización se institucionaliza con el objetivo de producir las subjetividades que nos permiten comprender las distintas lógicas y por lo tanto las distintas metodologías, técnicas y dispositivos de intervención en el momento de operar sobre ellas. Los ámbitos son concebidos como interdependientes como los grandes mediadores de la macro estructura social, en la constitución de la subjetividad. El vínculo o las tramas vinculares en las cuales el sujeto está inmerso nunca es un elemento aislado siempre están concebidos como articulación de esos sucesivos ámbitos grupales institucionales y sociales

El vínculo en la intervención

La formación de un vínculo a partir del contacto y el interjuego con el sujeto, se convierte en una herramienta fundamental para el abordaje y la acción profesional. La creación de un vínculo satisfactorio posibilitará aproximarnos a los sujetos y a los significados que le asignan a la realidad en la que interactúan y comparten con el otro.

Comunicarse y establecer un vínculo pertinente con los actores de la acción profesional, constituye una fuente de indagación y comprensión sobre el contexto particular de la vida cotidiana de los sujetos. En definitiva son aspectos necesarios e ineludibles a tener en cuenta para darle contenido y significado a la práctica.

Se considera la comunicación como un proceso donde los componentes primordiales son los vínculos entre los sujetos, las reflexividades y sus resignificaciones y no la transmisión de información. Esto coloca la producción del sentido en un lugar central.

De esta manera el vínculo se convierte en la herramienta esencial que debe utilizar el profesional, para llegar al otro, desde una interpretación que

contemple el contexto socio cultural. Esto lleva implícito la idea de reflexionar no solo desde una interpretación abstracta del otro, sino también la necesidad de implementarla en la práctica desde el accionar cotidiano.

Toma relevancia aquí el vínculo profesional que se forja a partir del contacto y la interacción con el otro, ya que se busca intencionalmente una influencia desde el rol profesional. Este puede ser un mal o buen vínculo, si nuestra vinculación con él otro no es positiva, de poco van a servir las buenas intencionalidades.

La relación entre sujetos no se producirá desde un vínculo de subordinación de los sujetos y su realidad respecto del profesional, sino desde una relación más igualitaria donde el "nosotros" que se refleja en una forma de comunicación para conocer con él otro a través de un esfuerzo común de objetivación de la realidad.²⁴

En los últimos años existe un desafío para todos aquellos que intervienen de alguna manera en lo social. Cómo interpretar las caras de esta nueva subjetividad, como los cambios sociales, los distintos momentos históricos que nos toca vivir a lo largo de vida tienen un efecto de producción de nuevas subjetividades, de nuevos estilos vinculares que emergen en nuestras organizaciones, nuestra cultura, nuestra cotidianidad.

La emergencia de estas nuevas formaciones y los nuevos síntomas sociales, plantea nuevos retos a la ciencia y obliga a los trabajadores de los saberes humanos a volver la mirada sobre el grupo. Las intervenciones sociales deben orientarse en legitimar, fortalecer los vínculos, los mecanismos y las formas organizativas democráticas entre la población sin distinciones de edades, sexo, etnias, religiones, culturas etc.

Lo anterior confirma como el lenguaje logra plasmar la forma en que cada profesional se sitúa y se concibe a sí mismo frente a los sujetos con los cuales

²⁴ San Giacomo, O., en Di Carlo, y EIEM, "Trabajo Social Profesional: El método de la comunicación racional". Cap. "Construcción del objeto y comunicación racional". Ed. Humanita. MDP. 1996.

trabaja y en consecuencia, determina el trato y el vínculo que los trabajadores sociales establecen con las personas que buscan apoyo.

La estrategia en la intervención

El profesional desde la intervención se propone estrategias dentro del mismo proceso en el que se dan las experiencias. Esto implica tener presente la dialéctica del proceso, y reconocer la posibilidad cambiante del mismo.

Para implementar una estrategia dentro de una intervención debemos tener en cuenta que estas dependen en gran medida de las experiencias pasadas. La experiencia que surge de las acciones pasadas –deliberadas o no- no dejan de hacerse sentir, proyectándose hacia el futuro. Así, el profesional intenta reconocer críticamente lo que ha funcionado y lo que no en el pasado; poseer también un conocimiento de sus capacidades y alcances, teniendo en cuenta el contexto social y político en el que los principales actores, objeto de intervención se encuentran situados. Esto implica no solo reconocer el medio en el que se encuentran inmersos, sino también tener en cuenta sus necesidades, recursos y aspiraciones, intentando acercarnos así a sus valores y prácticas culturales.

El concepto de estrategia ha sido objeto de múltiples interpretaciones, de modo que no existe una única definición. Si bien para el presente trabajo el término estrategia al que hacemos referencia está orientado a una perspectiva que integra desde el accionar profesional un contexto institucional, social, cultural y político determinado. Entenderla de esta manera implica abordarla como un conjunto de acciones o comportamientos, dentro de un proceso de intervención, sea deliberados o no, es decir, la estrategia debiera ser coherente con el comportamiento.

Consiste, no en elegir una posición, sino en arraigar compromisos en las formas de actuar o responder. Es un enfoque integrador de las distintas perspectivas y la toma de posiciones.

Para ello se reconoce la existencia de "estrategias deliberadas" y "estrategias emergentes" como puntos límites de un continuo a lo largo del cual se pueden encontrar las estrategias que se "modelan" en el mundo real.

Sencillamente, las estrategias pueden formarse como respuesta a una situación cambiante, o pueden ser generadas en forma deliberada.

Capítulo Sexto
Aspectos Metodológicos

Aspectos metodológicos:

El presente Trabajo, trata de una investigación en áreas específicas, siendo el diseño de carácter exploratorio

Se utilizó la metodología de investigación cualitativa por su sentido pertinente a la naturaleza del objeto de estudio, es decir, que nuestro trabajo se centró en un estudio de vínculos, por lo tanto entendimos que las técnicas cualitativas eran las más indicadas.

Selección de la muestra:

Se trabajó a partir de la muestra intencionada respecto a las consultas realizadas a los profesionales de Trabajo Social, así mismo se obtuvo información relevante para el presente trabajo.

La muestra seleccionada fue:

Profesionales de Trabajo Social que integran los Centros de Atención Primaria. Ciudadanos de la comunidad Boliviana que concurren a estos Centros, los cuales fueron observados en su interacción cotidiana en los diferentes centros de salud

Profesionales de otras Instituciones (con los cuales se realizó solo consulta).

Técnicas:

Se utilizó para acceder al universo de significación de los actores diferentes técnicas como la *entrevista abierta* semi estructurada a profesionales de Trabajo Social que están en permanente contacto con población boliviana a partir del trabajo que realizan en los centros de salud. Las entrevistas nos permitieron conocer ideas, creencias, valores, representaciones sociales de los actores tanto sean, pasadas o presentes.

Se trabajó también con la observación participante in-situ, que nos permitió validar y dar fiabilidad a los esquemas teóricos propuestos en el presente estudio.

Estuvo presente y fue respetado el *contrato comunicativo* que se realizó entre el entrevistador y el entrevistado (acuerdos y pacto previos que surgieron el encuentro y el diálogo) los mismo fueron de importancia ya que diluyeron o eludieron la situación paradójica, producto de las expresiones íntimas que transmiten las personas con las cuales trabajamos, ya que la información sería remitida a un contexto exterior del propio encuentro, dando salida a la situación de entrevista.

Con los datos obtenidos se realizó una sistematización de la información, utilizando técnicas comparativas para los análisis, los cuales nos permitieron trabajar los contenidos de las entrevistas.

Se elaboró un guión de entrevista reconociendo los objetivos específicos para el universo propuesto.

Unidad de análisis:

Profesionales de Trabajo Social pertenecientes a los Centros de Atención Primaria.

Capítulo Séptimo

*Desarrollo del trabajo de
Investigación*

Análisis de las entrevistas realizadas a los Centros de Atención

Primaria de la Salud.

Se toman como relevante dentro las entrevistas las variables de: trabajo interdisciplinario; modo de intervención-construcción del vínculo; rol del trabajador social, perfil profesional y personal; demandas intereses y problemáticas.

1) Trabajo interdisciplinario

En la entrevista cuando se hace alusión al trabajo interdisciplinario, la profesional del **Centro de Atención Primaria "La Peregrina"** hace referencia a la difícil tarea de sostenerlo, por ello se trabaja más en la inmediatez de la demanda. Es un trabajo conjunto pero sin planificación estructurada. Esta forma de trabajo sin planificación previa responde a la dificultad de poder pautar o destinar encuentros semanales, adoptando esta forma de trabajo que es funcional al tipo de demanda que reciben. La misma se enriquece con las diferentes miradas de los otros profesionales, en donde cada disciplina hace su aporte desde el área que le corresponde. Por ello, los casos no son solo del servicio social.

... "cada cual va hacer su aporte desde su área, los casos no son solo del Servicio Social" ...

... "por ejemplo, si pediatría ve algo desde lo vincular, social, familiar, va a venir en el momento a decirme, no va a pasar a una derivación para dentro de un tiempo" ...

La trabajadora social del **Centro de Atención Primaria "Santa Paula"** señaló que existe una predisposición desde el equipo de salud para el trabajo conjunto. Considera que este se enriquece a partir de los aportes de cada disciplina, en donde cada profesional otorga sus saberes específicos desde el área que le corresponde. Es aquí donde entra en juego la formación y perfil de cada profesional, facilitando el abordaje interdisciplinario.

Esta forma de intervención también es utilizada en la situación de entrevista como estrategia de abordaje grupal, permitiendo dar respuesta de forma conjunta a las diferentes problemáticas que se presentan.

Esta modalidad de acción propicia que ante una demanda específica en el área médica, el resto del equipo de salud participe y contribuya al abordaje si hubiera alguna problemática que así lo requiera.

También especificó que las condiciones edilicias con las que cuentan, es decir, el escaso espacio físico para la atención contribuye a generar encuentros de trabajo conjunto con los otros profesionales. Señalo que esto responde a la necesidad de ajustarse al lugar institucional disponible. Esta situación que la profesional refiere, que en ocasiones actúa como facilitador de encuentros e intervención, al mismo tiempo se presenta como una limitación debido a que el reducido espacio obstaculiza intervenciones más individualizadas que merecen cierta privacidad, donde la presencia de las distintas miradas profesionales suelen resultar invasivas, inhibitorias, angiogenas y limitantes.

... "las entrevistas las hacemos de forma conjunta

... los jueves estamos tratando de dar menos turnos para tener un espacio de encuentro"...

... "estamos tan ajustados con el espacio que nos obliga a trabajar de esta manera... los últimos jueves de cada mes realizamos la entrega de bolsones del programa de alimentos. Este es un espacio de encuentro para realizar los talleres y el trabajo en equipo"

Esta modalidad de intervención interdisciplinaria a la cual hace referencia hace alusión a un estilo de trabajo conjunto sin planificación estructurada, satisfaciendo así la demanda espontánea.

Dentro de los lineamientos institucionales, en lo que respecta a la atención con poblaciones específicas, como puede ser el control de embarazadas, del lactante y el programa de alimentos especificó la trabajadora social que resulta necesario realizar intervenciones interdisciplinarias planificadas a fin de organizar la demanda, por tal motivo se concentran dichas actividades en días previamente estipulados. Dentro de estas actividades también se contempla la posibilidad de organizar por parte del equipo de salud charlas y talleres que favorezcan un espacio de encuentro, reflexión y participación de los diferentes actores de la comunidad.

A nivel interdisciplinario, la profesional del Centro de Salud "Batan" manifiesta que existe una buena predisposición para el trabajo en equipo. Si bien destaca que se dificulta lograr encuentros planificados, no obstante reconoce que es posible mantener reuniones informales de equipo a través de encuentros y contactos continuos que permiten el trabajo interdisciplinario, y el intercambio de información que enriquecen la intervención.

Existen factores condicionantes que dificultan que esta tarea se logre de forma preestablecida ya que el tiempo, las demandas espontaneas y el espacio entorpece la misma.

Esta situación que la profesional refiere se reitera en el trabajo con otras instituciones, si bien la misma reconoce la existencia de un trabajo en red, manifiesta que es difícil de sostener con continuidad. Hay establecidas reuniones semanales que se organizan a nivel local, en las que el servicio no participa con fluidez, pero existe un contacto establecido que se sostiene y permite el intercambio de información a través de canales de comunicación que se establece entre otras instituciones.

También hizo referencia a la importancia del compromiso personal y profesional a la hora de trabajar interdisciplinariamente, ya que reconoce que no existe en todas las situaciones ni con todos los profesionales la misma predisposición y actitud de entrega en su labor de equipo, destacando esto también como una realidad a la hora del trabajo con otras disciplinas.

2) Modo de intervención –construcción del vínculo

La profesional del CAPS la Peregrina, busca en su intervención desde una visión comprensiva, implementar estrategias que faciliten la comunicación y la construcción del vínculo.

Las estrategias permiten el acercamiento y la vinculación con el otro, a través de la escucha, el acompañamiento, identificación de personas-referentes, utilización de recursos materiales como nexos, entre otras utilizadas.

... "los recursos que hay no existen...pero sí a nosotros, nos pueden servir como nexos"...

Cuando identifica un "referente" lo hace en función de poder establecer un acercamiento más eficaz en los casos en que la comunicación con el otro presenta dificultades, o en situaciones en que el lenguaje obstaculice la comunicación, ya sea por el lenguaje de origen de la persona o bien por el lenguaje técnico que utiliza la profesional. No obstante, también cuando sea necesario lograr un acercamiento y ese referente pueda oficiar como nexo con aquella persona o familia con la que se quiere establecer un contacto.

... "al lenguaje no lo veo como una dificultad en la intervención, si no, como algo a trabajar con la persona... si te quedas en la dificultad, eso te va afectar en la intervención"...

Cuando hace mención a los recursos materiales, si bien explica la profesional que son escasos, los considera ricos en sí mismos por la posibilidad de brindar un acercamiento y conocimiento de la persona, tomando a estos también, como una estrategia de intervención.

... "se hace una misma intervención con todas las poblaciones, lo que van cambiando son nuestras estrategias de abordaje"...

Toma como relevante el respeto por los tiempos y la singularidad de la persona, el hablar pausado, ya que mantiene presente las características de la población, las cuales hacen necesaria una adaptación en su manera de intervención. La misma no es planificada, sino que es adaptada a los fines de la población y al momento.

La Trabajadora Social plantea propuestas y metas acorde a las características propias de la población y de la realidad en la que interviene. Prioriza en función de objetivos claros y precisos, que le permitan facilitar la demanda.

... "las intervenciones van acomodadas al tipo de característica que tiene esta población"...

... "si hacemos un planteo de la intervención muy amplio y empezamos por todo junto, sabemos que no va a funcionar. Es empezar a pensar algo y priorizar"...

... "vas poniendo objetivos claros y precisas, no podemos empezar con grandes propuestas por qué podes generar una frustración"...

... "a veces nos encontramos con resistencias del otro que son más que lógicas, o sea, debemos mostrarles y después empezar elegir. Que pueda elegir sabiendo lo que se quiere o no"...

La profesional del CAPS Santa Paula, manifestó que al concentrar las actividades en un día a la semana modifico su manera de intervenir dificultando el seguimiento de casos. Estas intervenciones no solo se adecuan a las necesidades y demandan que se presenten, sino también a las posibilidades profesionales. Es por ello que la intervención esta mas dirigida a la contención y apuntalamiento de las personas.

... "es difícil hacer un seguimiento de los casos, nos abocamos mas a la contención y apuntalamiento"...
... "las intervenciones fueron cambiando, no solo por las necesidades sino también por las posibilidades"...

La contención se realiza en el marco de una entrevista de confianza a través de un espacio de escucha y apertura al dialogo que permita que la persona exponga una situación.

La trabajadora social utiliza el apuntalamiento como herramienta/estrategia de intervención a fin de orientar y asesorar en relación a la problemática que afecten alguna dimensión de la persona.

La profesional toma como relevante a la hora de intervenir las características propias de esta población, realizando adaptaciones en su abordaje.

Dentro de las estrategias que implementa, resalta la importancia de respetar los tiempos del otro. Plantea que las intervenciones deben ser más dirigidas reconociendo sus dificultades para exponer una situación con claridad, es decir, cual es la necesidad que quieren solucionar, por lo tanto la intervención es de carácter focalizada.

... "el tema de los tiempos es fundamental, las intervenciones son mas dirigidas, ellos no van a poder expresar la cuestión de corrido, que es lo que los está perturbando, molestando, cual es la necesidad que quieren solucionar, entonces la intervención es mas focalizada"...

Es por ello que los encuentros deben ser breves, y los profesionales deben ser concretos y prácticos en lo que pretenden transmitir, si no se repara en estas cuestiones la intervención posiblemente no sea exitosa y la recepción de la información estaría obstaculizada.

... "Cada vez que las personas se acercan a la Posta, aprovechemos ese momento, el ahí, y ese encuentro debe ser breve, no podemos decirle ocho mil cosas"...

... "Esto es algo que se trabaja con el equipo. Tenemos que ser muy concretos y prácticos con lo que queremos decir, porque sino no llega el mensaje"...

Teniendo en cuenta estas consideraciones, al momento de entablar un vinculo con el otro, la profesional plantea que éste se construye en el transcurso de varias entrevistas, los primeros encuentros por lo general son muy breves, en parte responde a las características personales de la comunidad Boliviana, ya que los mismos se muestran tímidos, retraídos pero destaca que son muy receptivos y respetuosos. Ante el abordaje profesional no manifiestan una mala predisposición, una negación o una resistencia. Considera la profesional que esto tiene que ver con el perfil de sumisión que ellos tienen.

... "Tal vez entablar un vinculo lleva más de una entrevista. Debemos respetar sus tiempos. Las primeras entrevistas por lo general son muy breves. Generalmente cuando vienen a la consulta y estoy en la sala, hago dos o tres preguntas, me presento, los saludo y deajo..., y la próxima ahí sí. Para que no sea tan traumático"...

Cuando la trabajadora social interviene de forma conjunta durante la atención medica utiliza la repregunta como herramienta que vehiculice la comunicación y decodifique cierta información que se quiere transmitir y que la persona logre incorporarlo e internalizarlo.

Al indagar a la profesional del CAPS Batán, acerca del modo de intervención del servicio, la misma manifestó que está centrada en una propuesta de trabajo innovadora que se puso en práctica hace varios años como prueba piloto en el

Centro de Salud de Batán para posteriormente ser implementada en el resto de los centros de salud de Mar del Plata. Luego por varias razones esta propuesta no pudo continuar siendo aplicada, sin embargo, el servicio social la adoptó y la mantiene empleando como metodología de abordaje para la intervención, ya que la misma resultó eficaz para la obtención y organización de información permitiendo dinamizar el trabajo que conlleva la intervención, obteniendo así resultados esperados por el servicio.

... "Con esta nueva forma de trabajo teníamos una primera entrevista acá y después hacíamos una entrevista en domicilio. Esto nos permitía tener un conocimiento que es totalmente distinto, datos realmente importantes que te permiten conocer en profundidad a la familia, y después en la entrevista domiciliaria, de terreno, identificábamos un grupo de riesgo y categorizábamos a las familias. Con las familias más vulnerables hacíamos otro seguimiento"...

... "Esta forma de trabajo evita ir detrás del problema, normalmente desde los demás servicios, atendés al paciente y después salís a partir del problema que se presenta, en general al tener las visitas ya realizadas, si bien los datos a través del tiempo pueden variar, ya contás con datos importantes"...

La profesional rescata, de este modelo de abordaje, la importancia de concretar no solo entrevistas en sede, sino también pensar que la intervención no solo se agota en estas, ya que las entrevistas domiciliarias favorecen y posibilitan conocer aun más al grupo familiar, como así también adelantarse al reconocimiento de posibles situaciones problemáticas.

Cuando la profesional refiere al contacto que establece en la intervención con familias de origen boliviano, resalta la importancia de la escucha como uno de los sentidos que más debe entrenarse a nivel profesional ya que esto facilita una mejor comprensión, favoreciendo la comunicación y la interacción, en aquellas situaciones donde se enfrentan a dificultades que se ven atravesadas por factores culturales. La profesional hace evidente en su relato la necesidad de implementar estrategias de intervención para sortear las mismas.

Este mismo modo de acercamiento también es transmitido al resto del equipo de salud, para que los profesionales al encontrarse frente a estas situaciones tengan las herramientas que contribuyan a optimizar su labor. No obstante, el Servicio Social también actúa como mediador en situaciones donde es necesaria su intervención, esto se da a través de la posibilidad que tienen los

profesionales del servicio de estar más entrenados en estas cuestiones de la comunicación intercultural.

La profesional reconoce logros significativos en el resto de los profesionales del equipo de salud en su abordaje profesional, en cuestiones que tienen que ver con la interacción que establecen con sus pacientes, ya que el servicio ha contribuido a identificar aquellas cuestiones que obstaculizaban, no solo la comunicación sino también las indicaciones dadas por el profesional en la intervención y su adherencia al tratamiento.

... "El contacto con familias Bolivianas es difícil. Por un lado tenés aquella familia que son analfabetos, que tienen dificultad con el lenguaje, que tienen dificultad en la comunicación entonces nosotros por ahí como tenemos el oído más entrenado podemos entenderlos, pero les tenés que estar diciendo "háblame más pausado que no te entiendo" ...

... " Es una población que se vincula mucho con nosotros, que vienen a consultar porque a veces el médico con su letra le indica algo, pero claro, después ellos quizás no lo saben leer, entonces vienen y como nosotras estamos más entrenadas para abordar a esta población le decimos "tu hijo que va a la escuela decile que te lo lea", el mayor suponte" ...

... " Ahora algunas cosas han mejorado con los médicos, nosotros conversamos con ellos y les decimos, chicos ustedes le dan esto y la persona no sabe leer, la explicación que vos le das es muy rápida y ellos no te la llegan a entender, y a veces por timidez no repreguntan" ...

En la labor de equipo, la Trabajadora Social manifestó que existe una fluida comunicación entre las profesionales que integran el servicio en cuanto al intercambio de información de los casos en los que intervienen, que permite que ambas estén al tanto de los mismos.

Si bien los casos son del servicio se reconoce un respeto por la elección que pudiera llegar hacer la persona por alguna de las profesionales del Servicio para la intervención, estando esta elección asociada a la confianza que pueda tener con alguna de los profesionales.

... " en el servicio, nosotros comentamos mucho los casos, entonces salvo los casos muy graves, si el paciente tiene preferencia por una, igual conocemos todo, porque los casos no son del profesional sino que son del servicio" ...

3) Rol del Trabajador Social - Perfil profesional y personal

La Trabajadora Social de **La Peregrina** se sitúa en su rol profesional desde un enfoque humanista. Mostrando una apertura al cambio ante la problemáticas que las personas presentan, asumiendo un compromiso profesional. Se posiciona desde una actitud positiva que le permite organizarse en función de las necesidades y demandas que ésta, junto a la personan identifican como tales. Esta identificación conjunta intenta evitar que el profesional sea el que identifique las necesidades desde un lugar de imposición, si no que surjan del trabajo conjunto con el otro, partiendo de la reflexión y de la lectura de la realidad. Esto denota la visión comprometida de la profesional.

Asumir compromisos es para ella comprometerse no solo desde su quehacer profesional, si no desde lo personal y humano, tomando con seriedad la responsabilidad que conlleva el trabajo de intervenir con las singularidades de las personas. Trabajar con la singularidad es intervenir con el otro tal cual es, pues la intención no será cambiarlo en función de los deseos del profesional, si no que el desafío para ella es intervenir desde su propia historia, su cultura, desde lo que trae cada uno, sin negar las particularidades que lo hacen único. Esto plantea una actitud de respeto en un sentido amplio, no solo respetar su singularidad sino también sus tiempos, espacios, silencios. Esto conlleva a un análisis de la comunidad en la cual trabaja donde es necesario conocer sus comportamientos, sus rutinas laborales, su dinámica familiar, sus tiempos verbales, sus formas de vinculación entre ellos y con los otros etc.

La profesional manifestó que la entrevista es el espacio de encuentro que permite estar con el otro, asumir sus particularidades, poniendo en práctica todas las estrategias que permitan llegar eficazmente a ellos. Por ello reconoce que la intervención será eficaz si se tiene en cuenta estas singularidades de la comunidad en este caso la boliviana, si bien podría ser otra.

En cada encuentro una estrategia central será la escucha detenida, interpretaciones adecuadas de lo que las personas expresan, hacer devoluciones e interpretaciones técnicas que requieran una clarificación de la información. También es necesario la adecuación por parte del profesional de los tiempos verbales, llevando adelante un dialogo pausado, breve, preciso, que permita al otro la comprensión y apropiación del mensaje, contribuyendo a la construcción del vinculo satisfactorio.

En la intervención se plantea metas y compromisos que sabe de antemano podrá lograr. Establecer el alcance de la intervención dilucidara dudas y ansiedades en cuanto a la expectativa que se tiene de la intervención en sí.

Tanto la trabajadora social como el equipo de salud reconocen que existen diferentes modos de entender la medicina. Estos modos responden a diferentes lógicas, la medicina científica que impera en nuestro sistema de salud y la medicina tradicional que es característica de la comunidad: saberes populares, curanderismo, etc.

Al momento de intervenir se trata de conjugar ambos conocimientos, no negar la realidad y la historia del otro, priorizando su cultura y al mismo tiempo que puedan incorporar y elegir esta nueva posibilidad que les brinda nuestro sistema de salud.

... “Creo que nuestra obligación es mostrar como trabajamos, como es el sistema de salud acá, pero como personas tienen el derecho de seguir eligiendo, mostrándoles también cuales pueden ser los riesgos, riesgos nuestros que a lo mejor no están en la comunidad de riesgos de ellos, este conjugar no es imponer”...

La profesional resalta la oportunidad de abrir espacios al trabajo conjunto con otras instituciones de la zona, a partir de demandas requeridas. Esto se aborda desde la realización de talleres, charlas, donde participa el equipo de salud y actores de la comunidad. Tomando en cuenta los distintos aportes de las diferentes disciplinas que enriquecen el trabajo conjunto.

... "Desde el Servicio Social se organizan talleres y charlas porque estamos en continuo contacto con otras instituciones de la zona. Es algo innato para nosotros los T.S esto de organizar encuentros "...

..." trabajamos con las inquietudes de las diferentes instituciones de la comunidad, y ahí es cuando se hacen los diferentes proyectos"...

La trabajadora social considera que la articulación con otras instituciones responde a las incumbencias propias del trabajador social.

Posibilita salir del ámbito institucional para interactuar con otras instituciones y de esta manera ampliar, profundizar sobre la realidad de los actores sociales de esta comunidad. Esto permite tener una visión holística, integral, propiciando la búsqueda de intervenciones contextualizadas y evitando caer en intervenciones de carácter simplista.

Este trabajo permite comprender el inter juego en el que participan las personas involucradas en las diferentes instituciones y que forman parte de un mismo entramado social.

La trabajadora social de **La Posta Sanitaria Santa Paula**, desde su rol profesional plantea su intervención desde una acción participativa, es decir, no trabaja para él otro, si no que trabaja con él otro. Se posiciona respetando y valorando las posiciones que cada uno adopta, todo aquello que la persona identifica de manera conjunta como la problemática que lo afecta. La profesional manifiesta que tiene la tarea de clarificar y decodificar, ve y escucha, participa con el otro en la comprensión de su realidad. Entonces la trabajadora social parte de un consenso, a partir de la lectura de la historia particular y contextual de cada persona, para así buscar acuerdos, que le permitan sostener la escucha, y analizar las posibles alternativas para llevar a cabo en una determinada intervención.

La forma de trabajo que plantea la profesional, es llevada adelante por medio de la comunicación dialógica, la cual le posibilita dentro del encuadre de la intervención, llegar al otro, y así es el propio sujeto el que llega junto al profesional a clarificar aquellas cuestiones que lo afectan.

Dentro de este modo de acción, el respeto por la singularidad del otro aparece como significativo en el proceso de intervención, ya que éste es tomado como un aspecto clave para comprender objetivamente la realidad y las situaciones particulares. Es decir la trabajadora social le concede a la persona y su problemática un carácter único y particular que lo diferencia de otros, por lo tanto requiere así por parte de la misma una intervención individualizada. Esta comprensión le permite aproximaciones sucesivas cada vez más profundas y fieles a la realidad que involucra a ambos.

... "el modo de intervención es sumamente participativo, esta cuestión de buscar acuerdos con el otro, desde la comunicación dialógica que nos lleva a que lo que acordamos se pueda sostener, sobre todo la escucha"...

La trabajadora social desde su área específica, intenta aportar a los profesionales del equipo de salud elementos que favorezcan la comprensión de la cuestión social y cultural en sus múltiples dimensiones. Aporta una mirada integral que posibilita una intervención acorde a la realidad en la que se encuentra inmersa la comunidad, permitiendo de esta manera enriquecer la intervención.

La profesional no solo realiza una tarea de contención en su propia intervención con la población, sino también la extiende al resto de los profesionales del equipo, a través del apoyo, el asesoramiento, la escucha y la palabra. Esto permite, en situaciones particulares donde los profesionales se encuentran superados o desbordados, contar con las herramientas y la visión que aporta la perspectiva del trabajo social.

... "en medicina preventiva uno hace el apoyo también al resto de los profesionales porque hay situaciones que los desbordan y no pueden escuchar, no pueden ver, y ahí es donde intervengo yo. Buscan la ayuda de uno"...

La trabajadora social resalta la importancia de plantearse y cuestionarse de manera crítica la capacidad de intervenir con poblaciones con ciertas características que exigen una mirada introspectiva, crítica y reflexiva no solo desde el quehacer profesional sino también desde el aspecto personal.

Considera que reconocer ciertas limitaciones personales optimiza la labor profesional. Sería entonces, la autoevaluación personal la que permitirá tener en cuenta si existen estas limitaciones, contemplando no solo el compromiso profesional sino también la satisfacción personal.

También rescata la necesidad de tener presente en toda intervención "al otro", pero principalmente su circunstancia y su contexto, permitiendo hacer una lectura integral, que a su vez facilite un análisis comprensivo y comprometido con las características de la población.

... "esta población es muy peculiar para abordar. Uno como profesional tiene que sentirse a gusto trabajando con ellos, tiene que ver con el perfil de personalidad del profesional. Esto hace que te sientas capaz de trabajar con ellos, también es válido darte cuenta que no enganchas" ...

...uno tiene que ir adaptándose a las diferentes poblaciones, te acomodas, tiene que ver con la plasticidad que uno tiene que ir desarrollando en esta profesión. Lo fundamental es tener registro de la persona que tenés adelante, con todos no vas a actuar igual, sino ¿qué tipo de intervención singular estamos haciendo en cada momento? Ahí nos estaríamos automatizando" ...

La profesional se posiciona desde una perspectiva empática a la hora de identificar las necesidades y las variables posibles de intervención, ya que reconoce que las necesidades que manifiestan las personas deben ser entendidas desde su realidad, buscando las respuestas dentro de esa misma realidad. Así será posible suspender sus perspectivas individuales para contemplar, en cambio el mundo desde la visión del otro, y así captar sus sentimientos conductas y motivaciones a la luz de sus perspectivas vitales.

La trabajadora social enfatiza en comprender al individuo en lo que "es" y también en lo que comunica. Es a través del diálogo, del encuentro con el otro, que podrá conocer la historia y las necesidades según la percepción de los sujetos involucrados. Adentrándose en su realidad tanto objetiva como subjetiva y en el aspecto cultural como un elemento que no puede ser recortado de la persona.

... "desde la atención las prioridades son otras, me parece como profesionales lo tenemos que entender para no insistir desde un lugar errado. Existe una pirámide de necesidades y todas las personas no tienen esa misma pirámide" ...

... "uno va leyendo la historia que ellos van contando..., uno tiene que ir viendo dentro de las alternativas posibles de su realidad, y ayudarlos a repensar cuál de esas alternativas es la menos grave"...

La profesional del **Centro de Salud Batán** plantea su abordaje profesional desde una visión amplia, ya que reconoce las múltiples posibilidades de acción dentro de una misma intervención. No obstante, considera relevante establecer acuerdos con el otro, que le permitan discernir de forma conjunta entre las diversas problemáticas, para así focalizar en aquellas demandas más sentidas de la cuestión. Para ello la profesional hace hincapié en la importancia de establecer un vínculo con el otro que permita obtener logros y transformaciones satisfactorias.

... " la función del servicio social, si querés es interminable, porque podés trabajar tantos temas y podés abordar tantas cosas, uno trata de tomar aquello que conjuntamente con el paciente consideramos más preocupante, más problemático. A lo mejor la intervención que vemos nosotros es el hábitad y ellos vienen con otra demanda. Lo que tenés que tener es la habilidad de establecer un buen vínculo, nosotros hemos tenido casos de familias Boliviana que han cambiado mucho"...

4) Demanda, intereses y problemáticas.

En lo que respecta a la demanda la trabajadora social de la **Unidad Sanitaria La Peregrina** menciona que las personas se presentan espontáneamente al Servicio Social de la unidad sanitaria ante la necesidad de cubrir cuestiones de carácter asistencial, tales como: medicamentos, alimentos, vestimenta, planes sociales, etc.

... " vemos que hay una gran demanda de alimentos, esta es una de las demandas más recurrentes y tratamos de dar respuestas a través de la bolsa que se entrega una vez al mes. Siempre priorizando las personas que más lo necesiten"...

También es recurrente y no deja de ser una problemática, la regularización de su situación legal a través de la documentación que les permite acceder, y hacer uso pleno de los derechos garantizados por la constitución Nacional que rige para todas aquellas personas que habitan en el territorio Argentino, cuestión que contribuye a evitar padecer situaciones de exclusión.

Este tipo de demanda se encuadra dentro del asesoramiento que realiza la trabajadora social a través de la reflexión con el otro acerca del derecho a la identidad civil, procurando no ocultar ni negar su propia identidad. Destaca que interviene en el asesoramiento e información para la obtención del documento pero no participa en la gestión, si en aquellas cuestiones que contribuyen a facilitarlo.

Específico que otro motivo de mayor consulta, esta relacionado con la existencia de problemáticas que atraviesan la dinámica familiar, como pueden ser cuestiones vinculares, violencia de género, estructuras rígidas de poder depositado en el hombre, subordinación de la mujer, entre otras.

Enfatizó que dichas problemáticas no surgen por demanda espontánea, emergen en le transcurso de varias entrevistas. Cuando logra establecer un vínculo con el profesional en el marco de una entrevista de confianza, ésta habilita el espacio para poder poner en palabras la situación que atraviesa.

...” otro tema son los documento, problemas de salud o dificultades para cumplir con ciertas indicaciones, pero el mayor motivo de consulta es cuando ven una problemática que atraviesa a la familia desde lo vincular”...

...” El equipo deriva cuando ve una disfuncionalidad en la familia, cuando ve algo y se pregunta que le está pasando a esta familia...”

También destacó la importancia de la mirada de los otros profesionales para la detección y pronta derivación de tales casos a consultar con el servicio social, es decir, que los mismos no son exclusivos del Servicio.

En lo que refiere a las problemáticas relacionadas con la violencia de género, plantea una cierta naturalización que responde a parámetros culturales. Se trata de viejas estructura socioculturales arraigadas que continúan reproduciéndose, en las cuales la profesional considera que hay que trabajar, problematizando estas situaciones, desnaturalizarlas a través de la reflexión. La trabajadora social no tiene un planteo determinista, considera que una vez instalada la problemática es desde allí, de donde se puede comenzar a trabajar, mediante intereses consensuados.

Al hablar de las demandas, la trabajadora social de **La Posta Santa Paula** manifiesta desde un análisis crítico las limitaciones en cuanto al tiempo y espacio, las cuales condicionan que a veces la demanda este centrada mas en lo asistencial. Esto lleva a que la profesional deba optimizar los tiempos para dar lugar a otro tipo de intervención orientada al seguimiento y al trabajo conjunto.

Las demandas mas recurrentes se centran en dos aspectos, por un lado las espontaneas y por el otro las programadas. Estas últimas están más abocadas en dar respuesta a necesidades básicas insatisfechas o la implementación de políticas de salud.

En cuanto a la atención de las demandas en general, la profesional suele partir del recurso material para viabilizar, a través del mismo, estrategias de trabajo social que le permitan correrse de la situación de asistencialismo. De esta manera despliega en la práctica acciones de escucha, contención y asesoramiento.

En cuanto a aquellas demandas que exceden la posibilidad de una respuesta en el nivel de atención primaria, la profesional recurre mediante la derivación de casos a instituciones de mayor complejidad o especificidad, que otorguen una respuesta apropiada a la misma. No obstante intentara no desvincularse de estas situaciones y realizar seguimiento en aquellos casos que sea posible.

... "hemos podido lograr desde la Posta el control de salud de los niños, la entrega de alimentos, control de embarazadas y lactante" ...

... "otras de las demandas que recibimos es la regularización de los DNI, este es un tema complejo y siempre es una consulta recurrente" ...

La profesional del **Centro de Salud Batan** al hacer referencia a las demandas que recibe en el servicio social identifica que las mismas son originadas por demanda espontanea, derivaciones de los profesionales del Centro de Salud e incluso de otros profesionales de otras instituciones.

... "Los casos a los que accedemos son por derivación y por demanda espontanea. Hay gente que está muy aferrada al servicio social cualquiera sea el inconveniente, cualquier problema concurren al servicio social, otros vienen puntualmente a demandar algo y otros son derivados por algún otro profesional, otros incluso son derivados por otros profesionales desde otras aéreas" ...

Al indagar acerca de las demandas que reciben con mayor frecuencia el Servicio Social la profesional especifico que las mismas responden a diversas necesidades, ubicando como demandas más recurrentes aquellas necesidades básicas de alimentos e infraestructura. Si bien el Servicio también atiende demandas referidas a gestiones, asesoramientos y cuestiones vinculadas a situaciones de violencia familiar, que suelen ser recurrentes.

Si bien, el Servicio atiende e intenta dar respuesta a la mayor cantidad de demandas, la profesional reconoce, que la falta de recursos, principalmente los referidos a la vivienda, muchas veces excede al servicio y no pueden ser satisfechos en su mayoría.

...'' Lo que la gente demanda mucho es el tema de alimentos y el tema del hábitat, cualquier tipo de reparación de vivienda o vivienda nueva. Recibimos demandas de desagote de pozos, distintas gestiones, documentos, informes para hacer la articulación con el Grillito que es una guardería municipal y también trabajamos muy bien con un comedor comunitario que se llama el Sueño del Pibe. Es muy frecuente recibir demandas a raíz de diversos conflictos, violencia, hay mucho'' ...

...'' A veces con el tema de los materiales como decía, con el tema de la vivienda y los terrenos nos quedamos en la demanda y nada más, hay cosas que no dependen solo de nuestra gestión, si vos gestionas y podés conseguir algo pero bienvenido sea, sería maravilloso, pero a veces no depende de la gestión que uno haga sino del recurso con el que cuenta la ciudad. Y terrenos fiscales no hay'' ...

Análisis de las entrevistas realizadas en las Instituciones de Alta Complejidad.

(Hospital Interzonal de Agudos- Instituto Nacional de Epidemiología).

La Trabajadora Social del Instituto Nacional de Epidemiología (INE) manifiesta que la Institución no sólo trabaja en la atención de las enfermedades epidemiológicas sino también realiza todo lo que es investigación y docencia, relacionadas con estas temáticas. Los consultorios prestan asistencia y también enriquecen la actividad investigativa y de docencia. Los programas que funcionan son: el programa de infección de transmisión sexual, VIH/Sida, el de tuberculosis y el de delito contra la integridad sexual.

Desde el Servicio Social las funciones están centradas en la asistencia a personas que atraviesan por situaciones donde se les diagnostica o se encuentran a la espera del mismo, ya sea VIH, Tuberculosis o son asistidas por abuso sexual. Durante el proceso sea de diagnóstico o de posterior intervención se realiza contención, acompañamiento y seguimiento del tratamiento.

La Trabajadora Social del Hospital Interzonal de Agudos (HIGA) manifiesta que se desempeña en el área oncológica del Servicio Social realizando el seguimiento y acompañamiento de los pacientes durante el tratamiento, estableciendo un vínculo con los pacientes, buscando resolver cuestiones sociales que afectan al proceso salud enfermedad, para lograr no solo la recuperación sino también trabajar en la posterior reinserción social de los pacientes. En su búsqueda intenta a partir de la reflexión crear conciencia de la enfermedad y de su necesario tratamiento, priorizando la urgencia de cumplir con los tiempos y formas del mismo. Plantea la dificultad de trabajar con esta población estas cuestiones referentes a la toma de conciencia en cuanto a la enfermedad tratamiento.

Desde el servicio social del INE la mirada profesional está centrada en la persona y en conciliar la vida del paciente junto al tratamiento, sin dejar de lado sus otros aspectos de la vida (familiar, laboral, económico, etc.). La profesional al reflexionar acerca del sistema de salud que adopta la institución,

reconoce que el mismo tiene una impronta ortodoxa, hegemónica y tradicional, en la que generalmente se pone el acento en la adhesión al tratamiento.

Por lo tanto, es importante en su intervención oficial de mediadora entre los intereses de la persona y los intereses propios del proceso salud-enfermedad. En este modo de intervención la profesional hace hincapié en el respeto y valoración de las elecciones del otro, considerando la autodeterminación de la persona como algo esencial en dicho proceso. Rescata la necesidad de buscar alternativas junto con el otro, sin dejar de lado el tratamiento, priorizando mediante la reflexión la decisión de la persona.

Menciona que para acompañar este proceso de salud-enfermedad resulta necesario contar con el apoyo de las redes sociales que forman parte de la vida social y familiar de la persona. En caso de que estas redes no existan o estén débiles, fortalecer las mismas o impulsar la creación.

*... "Ocuparse de la salud de la persona es mucho más que ocuparse del tratamiento" ...
... " Y a veces respetando los tratamientos que ellos elijan, a veces no eligen el coctel, pueden elegir acupuntura, tratamientos naturistas, que les levanta las defensas, nuestra ideología es apoyarlos en lo que la persona elija en tanto y en cuanto no dificulte su calidad de vida" ...*

En lo que respecta a la valoración que recibe el servicio social por parte de los otros profesionales de la institución, la Asistente Social manifestó que si bien éste reconocimiento existe, se evidencia más aun en situaciones donde la intervención profesional médica es excedida por cuestiones de índole emocional, social y familiar que requieren el accionar del Servicio Social. En cuanto a la derivación que los médicos realizan hacia el Servicio Social, se da con frecuencia cuando los pacientes tienen dificultades en el cumplimiento del tratamiento. En reiteradas ocasiones se le solicita a los profesionales del Servicio Social que realicen un llamado de atención en forma de "reto", si bien el servicio interviene sobre este tipo de demandas lo hace desde otra filosofía diferente al reto, la cual se centra en la reflexión para impulsar la autonomía de la persona acompañándolos a pensar en el cuidado de sí mismo, considerando

que éste puede tener un efecto positivo a diferencia del reto que quizás pone en riesgo no solo la salud sino el compromiso con el tratamiento.

Esto se trabaja mucho con la población Boliviana, se intenta construir otra percepción del Servicio, desmitificando que el mismo no es expulsivo sino que tiene la intención de facilitar todas aquellas cuestiones que obstaculizan su residencia en el país.

La profesional logra establecer un vínculo a través de varios encuentros, una vez que la persona logra poner en palabras aquello que lo perturba y puede suspender ciertos prejuicios relacionados con su situación de extranjero. La profesional destaca como fundamental la construcción de un vínculo el cual acrecentara las posibilidades de éxito en la intervención, utilizando como herramienta la escucha y la palabra.

En su modo de intervención la Asistente Social del HIGA, al abordar esta población intenta ser concisa y concreta con la información que pretende transmitir, para favorecer todo tipo de intervención, como así también, lograr optimizar las gestiones referentes al tratamiento, como es la obtención de la medicación. Por ello la profesional destaca la importancia de organizar todas aquellas gestiones que deben realizar las familias en carácter personal, realizando la profesional un acompañamiento del proceso que le permita garantizar el cumplimiento y efectividad del mismo.

También resalta la importancia de despertar en ellos la conciencia de ciudadano, entendiendo que los mismos son portadores de derechos garantizados por el solo hecho de formar parte de una sociedad en la cual contribuyen a la economía nacional. Ya que ellos muchas veces por desconocer sus derechos se sienten excluidos del sistema de salud, se muestran resignados desde una postura donde sienten el derecho a la salud como una prestación de caridad.

También hace hincapié en la labor que realiza al interior del equipo de salud con el resto de los profesionales, trabajando sobre aquellos estigmas que son adjudicados a cierta población con características sociales desfavorecidas, como lo es este tipo de población, resaltando la dificultad que se presenta a la

hora de desarraigar estas construcciones sociales instaladas en el imaginario colectivo y profesional.

... "como nosotros hacemos los trámites de prótesis vino un médico a pedirnos que había que conseguir una placa de titanio para un maxilar , y dijo: ... "es para una Boliviana" ... Hay algo ya en el discurso médico discriminativo a diferencia del que es chileno, paraguayo"...

Podemos destacar como una estrategia de intervención que implementa la profesional, la orientación en el cumplimiento del tratamiento adaptando el mismo a las posibilidades cotidianas de la realidad que se encuentre involucrada la persona. La trabajadora Social colabora activamente en el ordenamiento y adaptación a partir de actividades sencillas, como la organización de pastilleros que sean compatibles a la rutina de la persona.

... "entonces se trata de ver con la actividad que hacen en el día a día, les armo pastillero, esas cuestiones de adaptar a sus posibilidades el cumplimiento de un tratamiento. O por ejemplo con las dietas se arman tratando de respetar que es lo que ellos pueden comprar. En el caso de migraciones lo mismo, cuando los mando hago que vallan a hablar con tal persona en especial, que ya los están esperando para que no den tantas vueltas con el trámite"...

En el relato se evidencia que la profesional mediante estrategias intenta constantemente facilitar cuestiones que contribuyan a la efectivización del tratamiento, facilitando cuestiones que hacen a la accesibilidad del mismo, propiciando diferentes alternativas en función de su economía, horarios y movilidad, intentando adaptarlas a sus posibilidades y a su realidad. Lo importante para ella es aquí que el tratamiento no se vea afectado por obstáculos sociales.

Al hacer referencia a las características de la población Boliviana la profesional identifica aspectos de la comunidad tales como el retraimiento, timidez, el sometimiento de la mujer, destacando que esta es quien mas se acerca a la consulta. Su cultura tiende a ser machista, especifico la profesional, observándose en la intervención que la mujer hace el tratamiento, pero sin dejar de hacer sus quehaceres domésticos y laborales.

... *"También, a veces uno observa en los colegas que hay una cosa con los Bolivianos de poco interés, un caso de violencia de un Boliviano es distinto al de un Argentino"...* Otra de las características que la Trabajadora Social menciona acerca de la comunidad Boliviana es que la misma demuestra una actitud pasiva frente a la demanda, siendo en ocasiones esta quien ofrece las diferentes posibilidades y recursos.

... *'Hay un móvil que viene con pacientes a las siete de la mañana, imagínate a la hora que salieron y obviamente el móvil trae pacientes acá, pacientes al materno, hace tramites, entrega sangre, etc. Entonces por ahí vienen a las siete de la mañana, viene la boliviana a las 9 30hs a hacerse quimioterapia 11 30hs termino y recién a las 17 00hs por ahí se vuelven, ¿Qué pasa? Nosotros le podemos dar el almuerzo pero como no vienen y te demandan, no te enteras y se quedan sentados ahí o en el cordoncito de la escalera de abajo'...*

En relación al vínculo que se establece con la población Boliviana la profesional hace hincapié en la importancia de respetar los tiempos en el acercamiento para la construcción del mismo. Esta aproximación se logra partir de varios encuentros en los cuales la persona logra afianzar la relación con el profesional, manifestándose así predispuesta a la ayuda. La Trabajadora Social reconoce que al momento de exponer alguna situación en un primer encuentro se muestran tímidos, callados pero a medida que transcurren los encuentros logran abrirse al intercambio con el otro, siendo muy accesibles a las preguntas y al dialogo. También reconoció que el generar un vínculo satisfactorio, posibilitara tener un acercamiento más directo con la persona permitiendo esto un seguimiento del tratamiento el cual ampliara las posibilidades de efectivización del mismo.

La profesional del INE durante la entrevista manifestó que realizan trabajo interdisciplinario al interior de la institución. El mismo no se da de forma pautada o estructurada, si bien existen encuentros que propician el dialogo y el intercambio de información, reconoce que estos espacios debido a la emergencia de la demanda no se dan con la periodicidad que desearían.

Desde el servicio social se intenta promover este tipo de encuentros. Plantea el trabajo interdisciplinario como un desafío, mediante el cual se puedan sortear obstáculos comunicacionales, y donde se puedan articular y conciliar las distintas miradas profesionales al interior de la institución.

En lo que refiere al trabajo transdisciplinario con otras instituciones este se da por medio de derivaciones o por contactos que se establecen por cuestiones que hacen al tratamiento de la enfermedad, como por ejemplo el seguimiento que pueden hacer desde los centros de salud con las personas que viven en zonas mas alejadas. Lo mismo sucede cuando se detectan otras problemáticas que no son específicas y el servicio o la institución no puede dar respuesta a aquellas asociadas con gestiones, asesoramiento, o que involucren instituciones relacionadas con la justicia u otras que atiendan este tipo de problemáticas.

Asimismo el Instituto recepciona las derivaciones de otras instituciones que no cuentan con los profesionales especializados y no atienden las problemáticas de epidemiología.

... " Cuando detectamos problemáticas de violencia generalmente lo trabajamos en conjunto con el CAV(Centro de Asistencia a la Victima), la Vucetich y con los Hospitales, porque hay veces que requieren estudios de alta complejidad que acá no se hacen y tratando de trabajar en red porque en todas la problemáticas es fundamental el trabajo en red"

... "Estamos en contacto con el Centro de Residentes Bolivianos, para gestionarles el documento porque es otra forma de mejorar su calidad de vida" ...

En cuanto al trabajo institucional planificado, la profesional menciona que su diseño y elaboración es casi perfecto pero que al momento de ponerlo en práctica se ve obstaculizado por la falta de recurso humano permanente en el servicio social y por la gran cantidad de demandas que emergen a diario. Otro motivo que dificulta este trabajo pautado es la rotación de residentes dentro del servicio que se forman en experiencia y conocimiento y no se efectivizan como personal permanente.

La Trabajadora Social del HIGA, al hacer referencia a temáticas relacionadas con el trabajo interdisciplinario señaló que mantienen contactos con otras instituciones de menor complejidad, de los cuales reciben derivaciones, realizando trabajo conjunto en lo que refiere al seguimiento, acompañamiento y contención de los pacientes para la adhesión al tratamiento y el éxito del mismo. Este trabajo interdisciplinario con las otras instituciones no se realiza de manera sistémica sino que el contacto parte de un caso o situación particular. También reconoce la existencia de canales de comunicación con profesionales de otras áreas dentro de la misma institución (Hospital).

... "Por suerte tenemos mucha respuesta en el trabajo conjunto tanto de las Unidades Sanitarias como de los Municipios, tal es el caso de la municipalidad de Mar de Ajo, por suerte ellos se encargan de los pacientes, cuando dejan de venir" ...

... "Con el tema de los tratamientos, hay veces que la gente no viene. Pero pensá, sobre todo los que vienen de zonas alejadas, los que vienen del Boquerón, mucha gente se pierde, las perdés. Los tenés que ir a buscar, y sobre todo en el área en la cual trabajo yo, que son pacientes que si no hacen a tiempo el tratamiento es riesgoso" ...

En lo que refiere al trabajo interdisciplinario se evidencia que existe dentro del Servicio Social diversas situaciones que dan cuenta del mismo, pero de modo reflexivo la profesional manifiesta que esto no siempre ocurre a nivel institucional. Reconoce que el modelo médico hegemónico en una institución de alta complejidad como lo es esta, continua vigente.

... "lamentablemente el modelo médico hegemónico no se ha perdido, por lo menos yo tuve experiencia de trabajar con atención domiciliaria en otras salas y ves el funcionamiento del equipo de salud, acá es todavía demasiado "Arcaico" ...

Cuando refiere a las características de la población Boliviana, los describe como respetuosos y tímidos, también la profesional visualiza en esta comunidad la pasividad al momento de la demanda, las cuales durante la intervención se intenta que abandonen para poder concretar el ejercicio de sus derechos en lo que tiene que ver con el uso de los recursos en salud, y que una vez internalizado lo puedan implementar en su accionar cotidiano.

tratamiento de las mismas tendera a reforzar aun mas el interés fundamental de su intervención que es la adhesión al tratamiento y la toma de conciencia sobre la enfermedad a tratar.

También refirió que en la intervención ha detectado situaciones de violencia domestica. Estos casos de violencia que se detectan evidencian una naturalización de la problemática por parte de la comunidad Boliviana principalmente cuando se manifiestan casos de violencia de género o violencia domestica. No obstante manifestó que por parte de algunos profesionales suele minimizarse estas situaciones de violencia si son experimentadas por personas Bolivianas en relación con otras que no lo son.

... "Bueno con el caso este del pedido de la placa de maxilar, me encuentro con una mujer boliviana que el marido le había dado un mazazo en la cabeza. Primero hablo con la cuñada, y me dice si "le pego el marido" como algo totalmente natural" ...

Al hacer referencia a la población Boliviana objeto de intervención del presente trabajo, la profesional identifica que es mínimo el porcentaje que atiende, ya que la mayor cantidad de demandas que reciben son de los barrios populares de la ciudad, aledaños al Hospital. Identifica como una dificultad para el acceso ya sea por las distancias, la rutina laboral de las personas como así también las complicaciones burocráticas y administrativas de la institución.

Análisis comparativo de las entrevistas en relación a los objetivos propuestos

En cuanto a la modalidad de intervención, podemos decir que las profesionales llevan adelante un modo de acción similar que se basa en tener presente durante todo el proceso de intervención las características propias de la población con la que se trabaja. Intentan no caer en acciones de abordaje mecanicistas, sino que parten de una lectura integral e individual del sujeto de intervención, que permite rescatar así su singularidad para llevar adelante estrategias de acción acordes a la realidad y al contexto en que se encuentra inmersa la persona. Esto les posibilita enriquecer la intervención y acercarse a los objetivos propuestos para la misma.

Si bien resaltan que estas estrategias de intervención son similares a las utilizadas con todos los grupos poblacionales al momento de ser dirigidas sobre un otro siempre tienen en cuenta el respeto por la singularidad de la persona lo que conlleva a que realicen adaptaciones que se adecuen a la persona y su realidad.

Estas estrategias tienden a centrarse en los aspectos comunicacionales, de acercamiento y vinculación, utilizan frecuentemente la escucha, la repregunta, el respeto por los tiempos del otro, realizan adaptaciones en el vocabulario técnico e identifican personas referentes, entre otras.

Las profesionales coinciden que para la concreción de un vínculo satisfactorio es necesaria la puesta en práctica de estas diferentes estrategias a lo largo de la intervención, entendiendo que la construcción del vínculo se dará en la suma de los sucesivos encuentros.

El proceso que llevara a la construcción del vínculo estará sujeto a varios factores: el tiempo de residencia de las personas en la zona, el contacto previo con el centro de salud y con el sistema de salud, como así también si existe una relación ya existente o no con dichos profesionales. Estos factores también estarán íntimamente relacionados con la idiosincrasia y características propias de cada persona y grupo étnico.

El análisis de esta situación particular por parte del profesional que involucra a estos diferentes factores, son tenidos en cuenta en cada intervención lo que hace que las profesionales adecuen sus estrategias a partir de la lectura de las mismas, evaluando las respuestas obtenidas dentro del proceso de intervención lo que lleva a modificar e ir adaptando el proceso de intervención cada vez que sea necesario.

Los Servicios Sociales de las Instituciones de alta complejidad hacen hincapié desde la intervención en la importancia de la concientización de la enfermedad y la adhesión al tratamiento. Dentro de su intervención intentan adecuar los tratamientos a su realidad y posibilidad "real" de llevarlo a cabo, para lo cual despliegan estrategias ya sean de gestión, asesoramiento y organización.

En estas instituciones, el accionar desde el servicio social se centra en la adhesión al tratamiento y en una mirada integral de la persona, es decir, atendiendo todas aquellas cuestiones de índole social, económico, material, familiar, que puedan entorpecer y/o favorecer el proceso de salud enfermedad.

Desde la intervención trabajan a partir de la autodeterminación del otro mediante la reflexión conjunta, desplegando estrategias tendientes a la concreción del fin específico del servicio, sin dejar de apartarse de la realidad y el contexto donde la persona se encuentra en situación.

Todas las profesionales destacan la importancia de establecer un vínculo con el otro para optimizar la intervención. Reconocen que la forma de lograr el acercamiento es respetando sus tiempos y teniendo en cuenta las características propias de la comunidad. Esta construcción se establece a partir de varios encuentros que permitan que la persona logre afianzar la relación con el profesional a través de la escucha y la palabra para efectivizar la intervención. Las profesionales coinciden que al momento de abordar este tipo de población, en la situación de entrevista, se debe ser conciso y concreto con la información que se pretende transmitir, para favorecer cualquier tipo de intervención.

En cuanto a los recursos de alimentos con los que cuenta el Servicio de la Unidad Sanitaria "La Peregrina" y la Posta Sanitaria "Santa Paula" las

profesionales consideran a los mismos como estrategias o herramientas de intervención generando a través de ellos un nexo que les permite un acercamiento directo y continuo con el beneficiario del recurso y su familia. Es decir que estos recursos son considerados importantes por ambas profesionales no solo por su valor subsidiario sino por el valor estratégico que conllevan en sí mismo.

Sin embargo por la modalidad de trabajo que se lleva adelante en el Centro de Salud Batán la entrega del recurso no es tomada como una estrategia de acercamiento ya que la misma no es realizada por las profesionales debido a una decisión propia, solo participan en la designación del recurso. No obstante desde su interesante modalidad de trabajo buscan y encuentran otros espacios de encuentro con la comunidad.

Dicha modalidad de trabajo se funda en antecedentes previos de una experiencia del servicio. La misma posibilita tener un conocimiento amplio de la población con la cual trabajan, identificando el grupo familiar para luego reconocer la problemática a trabajar. Desde esta forma de intervención se prioriza la recolección de información no solo en sede sino también en los domicilios. Esta modalidad de trabajo es considerada una estrategia de intervención por la importancia del acercamiento a los hogares y el trabajo de campo el cual permite ver a las personas y familias en situación, el entramado vincular, realizar acciones de prevención y anticiparse a las problemáticas.

Todas las profesionales coinciden en identificar características comunes de la comunidad Boliviana tales como el respeto, la timidez y el sometimiento de la mujer. Destacan también, como factor común, la existencia de problemáticas recurrentes tales como la ilegalidad, problemas de indocumentación y la violencia de género y/o familiar. Si bien los Servicio no intervienen directamente sobre estas problemáticas se ocupan de las mismas por medio de asesoramiento, gestión y derivación, considerando estas acciones como estrategias de intervención, que permiten el acercamiento a las personas y propicia encuentros que favorecen las relaciones vinculares.

En cuanto a las características de esta población las Trabajadoras Sociales destacan que la timidez y el retraimiento se traducen en una actitud pasiva frente a la demanda, al pedido, a la atención y al uso de los recursos que

ofrece nuestro sistema de salud. Por tal razón consideran necesario trabajar en la modificación de esta actitud pasiva, la cual les permitirá hacer uso pleno de sus derechos como ciudadanos, en lo que respecta a los recursos de salud, y que una vez internalizado lo puedan implementar en su accionar cotidiano.

Si bien estas características propias de la comunidad pueden en un primer momento entorpecer la intervención, esta situación hace que los profesionales se vean en la necesidad de trabajar sobre la conciencia de ciudadanos y el uso de derechos que tienen reconocidos. De esta manera dicho trabajo se convierte en una estrategia de acercamiento y vinculación con las personas que les permite a los profesionales proveerles de herramientas y hacer que los mismos tomen una actitud más activa y protagonista en la resolución de sus problemáticas, pudiendo tomar decisiones que favorezcan la autodeterminación.

En cuanto al trabajo interdisciplinario que se realiza en las cinco instituciones se analiza y se identifica como factor común a partir de lo expresado por los profesionales, que existe un claro interés en lograr efectivizar esta modalidad de intervención. Todas destacan la importancia del trabajo interdisciplinario en el quehacer cotidiano ya que consideran o no pueden dejar de reconocer el valor que las distintas miradas de las diferentes disciplinas otorgan en una misma intervención. Si bien existe un claro interés en llevarlo a la práctica reconocen ciertas dificultades que entorpecen la puesta en práctica de una forma planificada y estructurada en tiempo y espacio. Debido a los condicionantes que emergen cotidianamente, sean en los CAPS o en las Instituciones de alta complejidad, de igual modo se hace necesario que los profesionales deban buscar otras alternativas para intentar llevar a cabo su labor desde esta perspectiva, las cuales son acordes a las posibilidades de dicha institución y profesionales.

Estas alternativas a las que hacemos referencia llevadas adelante por los profesionales en pos de realizar un trabajo conjunto se caracteriza por encuentros informales y espontáneos que favorecen al diálogo y al intercambio de información, puntos de vistas y perspectivas propias de cada disciplina. Si bien estos encuentros como ya hicimos referencia, no son planificados, no obstante consideramos que aun así, no carecen de profesionalidad y seriedad.

Este intento de trabajar interdisciplinariamente, mas allá de las dificultades que se presentan, hace que los profesionales busquen de manera constante lograr efectivizarlo. Por lo tanto este trabajo se convierte en una estrategia de intervención que contribuye a tener una visión más amplia en las intervenciones, las cuales favorecen al éxito de la intervención como así también al acercamiento con las personas con la que se interviene.

Cuando se hace mención a los condicionantes que obstaculizan el trabajo interdisciplinario encontramos que los profesionales hacen referencia no solo a los factores de tiempo y espacio, sino también a la gran cantidad de demandas espontáneas que superan la capacidad de respuesta de los servicios, restándole tiempo para actividades de encuentro con otros profesionales.

En las entrevistas analizadas los trabajadores sociales manifiestan que intentan intervenir generando espacios de encuentro, como así también siendo mediadores y/o facilitadores de la comunicación entre los profesionales, buscando una circulación más fluida de la información.

En cuanto a la relación que se establece entre el servicio social y el equipo médico en las instituciones de alta complejidad podemos mencionar que en el caso del servicio social del INE existe una valorización asociada a la contención emocional que realizan los trabajadores sociales en aquellas situaciones donde la intervención médica profesional se ve excedida. También se interviene en la decodificación del lenguaje medico, facilitando la comunicación entre el profesional y el paciente.

Otro factor obstaculizante que identificamos en la intervención en las instituciones de alta complejidad es que prima el Modelo médico hegemónico, el cual valoriza en primer lugar la perspectiva médica.

Si bien dichos obstáculos mencionados anteriormente, en un primer momento son identificadas como obstáculos en la intervención, posteriormente dan la posibilidad a través del accionar de los trabajadores sociales que los mismos sean cuestionados y puestos en tela de juicio, permitiendo así, desnaturalizar practicas fuertemente arraigadas por parte de los profesionales médicos.

Estos cambios son tomados por el servicio social como estrategias de intervención, ya que la concreción de dicha modificación aporta otra mirada

sobre la intervención e incorpora conocimientos y perspectivas de otras disciplinas.

También aquí la figura de las profesionales del servicio social funciona como mediadora posibilitando y abriendo canales de comunicación que favorecen el intercambio entre los profesionales y las personas, como así también entre los diferentes profesionales. Por lo tanto, dicha modificación en la comunicación contribuye de manera positiva en la intervención que se realiza desde el servicio social y a su vez viabiliza el trabajo en equipo.

La profesional del servicio Social del Hospital Interzonal destaca que se trabaja para desarraigar el estigma o rotulo que se tiene sobre aquellas personas de Nacionalidad Boliviana, arraigadas en el imaginario colectivo profesional y social.

Las cinco profesionales en su intervención se sitúan desde su rol profesional en una postura participativa que incluye una visión conjunta y consensuada con el otro. Es decir, que esto involucra la participación activa del otro en la identificación y resolución de las problemáticas. Esto requiere de un compromiso profesional y personal, que hace necesario que los profesionales intenten suspender sus deseos personales en pos de modificar determinadas situaciones. El desafío es entonces, darle un lugar protagonista al sujeto de intervención en la búsquedas de respuestas apropiadas a la realidad en que se encuentra inmersa.

Los profesionales se plantean la intervención teniendo en cuenta el contexto socio cultural en el que se encuentra la persona teniendo presente las características particulares y singulares de cada individuo.

Todas las profesionales conciben su intervención posicionándose desde una visión intercultural de la salud, intentando conjugar ambas perspectivas y conocimientos, la medicina científico tradicional y las prácticas médicas populares, ya que permiten desde el respeto evitar la imposición, sin negar la realidad y la historia del otro, priorizando su cultura y al mismo tiempo incorporar y elegir la nueva posibilidad que les brinda nuestro sistema de salud.

Las profesionales al buscar la participación activa de las personas en la resolución de sus problemáticas logran reconocer y respetar las perspectivas

personales como así también su realidad y situación, posibilitando esta forma de intervención un acercamiento más estrecho, propiciando una vinculación más cercana entre profesional y el sujeto de intervención. Por lo tanto, esta forma de trabajo es considerada una estrategia de intervención, como lo es también la valorización y el respeto que demuestran por las prácticas y costumbres culturales que tiene la comunidad Boliviana en relación a las pautas y cuidados tradicionales de la salud.

Las Trabajadores Sociales identifican que las demandas que reciben en su mayoría se presentan de forma espontanea, no obstante atienden derivaciones que ingresan de otros profesionales o de otras instituciones. Afirman que las demandas más recurrentes son aquella que tienen que ver con las necesidades básicas de alimentos y viviendas, principalmente en los CAPS, como así también gestiones y asesoramientos asociadas a la situación de ilegalidad (DNI) y Planes Sociales. Estos recursos con los que cuenta los Servicios, sin bien son escasos actúan como un paliativo pero son valorizados y utilizados como estrategias de intervención.

Anexos

Damos cuenta que se realizaron tres entrevistas de dos encuentros cada una a los Centros de Atención Primaria

de la Salud elegidos para el presente estudio,

(La Peregrina, Posta Santa Paula y Batan.)

Y dos entrevistas de consulta realizadas a los Centros de

alta complejidad (Hospital Interzonal y

Instituto Nacional de Epidemiología).

En el presente trabajo se presentan a modo de ejemplo

solo las entrevistas realizadas al Centro de Atención

“La Peregrina” y la entrevista de consulta efectuada

al INE.

Entrevistas realizadas en la Unidad Sanitaria “La Peregrina”.

Fechas: 23 de abril de 2009 y 15 de mayo de 2009.

AS: Entré a trabajar en la Unidad Sanitaria “La Peregrina” en Julio del 2005. Al principio estuve un año con la anterior A.S hasta que ella se fue.

E: ¿Era la primera vez que estabas en contacto con esta población?

AS: Si era la primera vez que trabajaba.

En el HIEMI la metodología del hospital es totalmente diferente a esta, trabajas con el giro de camas que es rapidísimo, mas de derivación no de seguimiento salvo que sea una patología crónica. Si estás en la parte de internación trabajas con la derivación y el abordaje es distinto.

El otro día en un seminario con Viviana Trabi hablamos de los niveles de complejidad y que los mismos en el área de servicio social cambian. El primer nivel de atención es el de mayor complejidad porque vos estas armando una red y tenés conocimiento de todo, lo que en la familia o grupo poblacional sucede, tenés un seguimiento, no estás derivando un caso, siempre vuelve al primer nivel. De generación en generación es que vas trabajando. Si no lo atendés vos en algún momento pasa por acá... en el materno es diferente trabajas con la demanda.

E: ¿Te costo integrarte al Servicio de la Unidad Sanitaria?

AS: Integrarme no. Primero porque tenía mucha apertura desde mi área por la profesional con la que estaba trabajando que tenía un conocimiento amplio de la zona programática de la población, del trabajo en equipo, entonces para mí fue un facilitador, por la metodología de trabajo que ella tiene, un equipo que está acostumbrado, valga la redundancia a trabajar en equipo, no hay derivación de casos, un grupo poblacional, una persona y la mirada de las diferentes disciplinas, entonces eso es facilitador. Y lo que si costo en un primer momento es el tema del lenguaje, porque viste si hablan quechua o Aymará, por supuesto que como te cuesta a vos le cuesta a todos porque no tenemos un conocimiento del idioma. Pero sabiendo respetar los tiempos

después lo del lenguaje pasa a ser secundario. No hablamos del lenguaje simultáneo verbal, sino del lenguaje simbólico desde la mirada, los tiempos los silencios, eso tenemos que mirar, ya que todo forma parte de la comunicación, y a lo mejor te puede llevar más tiempo, mas entrevistas, pero no es que sea imposible.

E: ¿Consideras el lenguaje como una de las mayores dificultades?

AS: No lo veo como una dificultad sino como algo a trabajar. Está presente como una constante, mas con la gente que viene por primera vez, pero no específico del servicio, es general. Ahí se ve la suma de las disciplinas porque muchas veces para llegar a un diagnóstico se necesita la mirada de otros, porque uno desde una cosa y otro desde otra armamos un familiograma. Esto va a pasar por cuatro disciplinas y las cuatro van a hacer aportes diferentes, nos vamos a tener que sentar, y no lo vamos a decidir hoy, va a llevar a algunos encuentros más, ¿Por qué? , por la forma de mirar, por la forma de preguntar, incluso cuando preguntás cuántos hijos tenés acá y cuántos hijos tiene en Bolivia, entonces son muchas cosas y llevan tiempo. Pero no lo vemos nosotros como dificultad, OJO! Porque hace mucho tiempo que estamos acá y sabemos que eso es una de las prioridades a trabajar.

Si te quedas en la dificultad eso te va a afectar para el momento de intervenir. Un ejemplo: si la persona no me entiende en una indicación médica, veamos cómo hacer. Entonces hasta para una indicación médica pasas por todas las áreas desde enfermería hasta el servicio. Pero no lo entiendo como una dificultad sino como un indicador a trabajar.

E: ¿Cuándo intervenís con población Boliviana es necesario hacer adaptaciones en tu forma de intervenir?

AS: Si. Si porque el recorrido previo de esta población es distinto, son distintos porque muchas veces ellos traen todo lo que es medicina tradicional, entonces comienzan a conjugar las dos medicinas, porque no tenemos la postura de decir, no sirve lo que traes, intentamos conjugar las dos.

Por ejemplo, existen historia de partos diferentes, partos domiciliarios y nosotros cuando vienen acá le pedimos ecografías, análisis, control una vez por mes parto en el hospital.

Creo que nuestra obligación es mostrar como trabajamos, como es el sistema de salud acá, pero como personas tienen todo el derecho de seguir eligiendo, mostrándoles también cuales pueden ser los riesgos, riesgos nuestros que a lo mejor no están en la comunidad de riesgos de ellos, por eso en este conjugar no es imponer y no es fácil chicas no hay un manual para esto.

Ahí es donde entran tus estrategias para acercarte al otro exactamente y a veces es donde se te queman todos los libros. No forma parte de conformarse, pero pones en la balanza, si una familia que viene con nada de recorrido en el sistema de salud, sin escolaridad los chicos, padres analfabetos y bueno... por algún lado tenés que empezar. Si hacemos una batería de empezar por todo junto, sabes que no va a funcionar, es empezar a pensar algo y priorizar. Vas poniendo objetivos claros y precisos, no podemos empezar con grandes propuestas porque podes generar una frustración.

Una resistencia del otro lado, y lógica y es más que lógica. O sea podes mostrar y después empezar a elegir, que pueda elegir sabiendo lo que se quiere o no.

Vos le planteas por ejemplo, en Argentina la escolaridad es obligatoria, en Bolivia también, pero bueno el seguimiento acá o la mirada es diferente y es mi obligación mostrarle que estos chicos tienen que estar en la escuela, no trabajando.

E: En cuanto al acercamiento que realiza en las intervenciones, en lo referente al vínculo específicamente ¿crees que también tenés que hacer algún tipo de adaptación, buscar estrategias para llegar a ellos para que se abran y conversen?

AS: Estamos siendo muy tajantes en esto de diferenciar a ellos y nosotros, yo creo que tenemos que partir del otro como desde la singularidad del otro y desde el respeto al otro como persona, si?, como persona que tiene derecho al acceso a la salud. La estrategia es entonces cambiar en el momento que vos ves que no estás llegando, lo que vos estas proponiendo o lo que vos estas

queriendo lograr. Creo que esto pasa en todas las intervenciones, cuando estás en una entrevista con adolescentes, con adultos mayores, hombres, mujeres, entonces en cada intervención por supuesto va a haber una planificación, pero no desde el eje de diferenciar que son personas de otra cultura.

Hay que tener claro que estamos frente a una persona que tiene el derecho de que la información que estamos dando llegue bien, uno después vera que es lo que en ese momento puedes trabajar.

No puedes abordar en una misma entrevista lo que es, planificación familiar, control de niño sano, derivación a otro centro por alguna patología especial, como tampoco lo harías con ninguna otra persona independientemente de su origen, uno lo va a hacer siempre dentro de las posibilidades, porque estamos hablando de población que vive casi toda en zona de quintas y hornos, el acceso está limitado por la cantidad de turnos programados que va a depender de las condiciones climáticas. Hay que tener en cuenta que acá llueve un día y no puedes salir de las quintas, esto también va a estar condicionado por la época del año de trabajo. Por ejemplo, en mayo empieza a aflojar la época de trabajo y aparecen los seguimientos de todo lo que es patología y algunos comienzan a programar lo que es volver. Entonces también nos vamos manejando en relación con las características de la población que está atravesada por el momento laboral.

E: ¿Hacia qué institución derivan los casos de mayor complejidad?

AS: Dentro del sistema municipal nosotros tenemos centros de salud de referencia: IREMI, Centro de Salud N° 2 y en algunos casos depende de la especialidad.

También se deriva al Hospital Materno Infantil menores de quince años, las embarazadas de riesgo, o a partir de los ocho meses que ya se hacen los últimos controles allá y en el caso de los adultos al Hospital Interzonal.

Otro centro con el cual trabajamos es el INE todo lo que es tuberculosis y con el INAREPS en lo que es rehabilitación.

E: ¿Cuentan con espacios interdisciplinarios donde puedan conversar de los diferentes casos?

AS: Si. No está instituido el lugar, horario y día. No lo podríamos sostener. Es difícil de sostener, te sobrepasa lo espontáneo quizás.

Algunas veces se dan excusas. Pero bueno, nosotros desde nuestra área lo hemos intentado permanentemente.

Pero acá la interdisciplina tiene otra forma, se da otra manera a lo que sería en el hospital el pase de sala. Nosotros donde nos juntamos hablamos de los casos. Nos vamos de consultorio en consultorio, los casos no son del servicio social, de pediatría, es decir, son familias que concurren a las salas y cada cual va a hacer el aporte desde su área. Es la forma que utilizamos, por ahora no encontramos otra y... no es que decimos "no nos sirve". Lo otro no lo hemos podido sostener, lo intentamos, todo lo que vos quieras pero lo que es para hablar para comentarnos, pasamos casos es muy en el momento porque? Por el tipo de población que viene acá. La gente para llegar a la sala recorre mucha distancia: ustedes vieron lo que es el área programática, del kilómetro 7 al 35, después lindante con Batán, que es un límite medio difuso porque depende a la gente que le quede mejor venir acá o a batán, y Colonia Barragán que depende también si van a Camet o Parque Hermoso, si no vienen acá, está bastante desdibujado el límite. Ya venir acá es tener que pedir permiso en el trabajo, las distancias, es todo un tema.

Bueno, entonces si vino acá y yo la veo que tiene un embarazo avanzado, le voy a ir a comentar enseguida a la ginecóloga, y si puede la ve en el momento y sino le da un turno. O si por ejemplo, pediatría ve algo desde lo vincular, desde lo social o desde lo familiar, va a venir en el momento a decirme. No va a pasar una inter consulta o una derivación para dentro de un tiempo.

E: Es decir... facilitan, no burocratizan...

AS: Claro porque los perdemos, los perjudicamos a ellos, nos perjudicamos nosotros. Entonces te vas acomodando a la población. Las intervenciones van acomodadas al tipo de características que tiene esta población.

Después todo lo que sea organizar talleres, charlas también esta dentro de lo que hacemos nosotras, porque vieron que es algo que es innato, por qué?

Porque estamos en contacto con otras instituciones.

A las escuelas vamos nosotras, a los domicilios también, por más que lo hacemos junto con la pediatra, las enfermeras y la médica de familia, pero bueno, la mayor apertura a la comunidad la tenemos desde el servicio social, entonces bueno, se van manejando las inquietudes de las distintas instituciones y ahí es cuando se hacen los distintos proyectos.

E: ¿Trabajan mucho con las escuelas de la zona entonces?

AS: Si. El año pasado estuvimos trabajando sobre el concepto de salud. Trabajamos con todas las escuelas. La verdad que fue bárbaro. Una construcción de concepto de salud conjunta.

E: Nosotras también trabajamos el concepto de salud cuando realizamos las prácticas en las escuelas, y adaptamos las actividades de acuerdo al grado.

AS: Bueno a nosotras con las adaptaciones nos ayudo la estimuladora temprana que viene acá dos veces por semana, y nos oriento en relación a las edades de los chicos en cómo trabajar...Y también el año pasado hicimos los talleres de salud sexual, que también lo habíamos trabajado el año anterior, pero bueno era una demanda de las escuelas

E: Es decir, que los talleres y charlas surgen por demandas de las escuelas o bien por propuestas de ustedes?

AS: Si. El primer año trabajamos sobre salud sexual, y en la evaluación que hicimos a fin de año en relación a los comentarios de los chicos, salió el tema de abuso, como el tema que genero mayores inquietudes. Por ello, al año siguiente trabajamos en las escuelas ese tema. Trabajamos estos temas con la claridad que eso va a generar otras situaciones que después podamos abordar. Abrir puertas para después no tomarlas viste... Eso también es un compromiso desde el equipo de hacer.

Otras de las funciones del servicio, es articular entre las distintas disciplinas.

Dentro de la sala se da, no sé si esta dentro de las funciones es parte tan fuerte de nuestro rol, que no se puede evitar.

Si, a veces se dificulta, es real! Y creo que ahí es en donde más tenemos que trabajar. RESPETAR la singularidad del otro, con qué del otro podemos trabajar

E: Vos comentaste que una de las demandas que emerge como problemática es el tema de la violencia ¿no?

AS: Si, pero no exclusivamente del servicio social, problemática que va asociado con las características de la población en general. Violencia hacia la mujer en mayor porcentaje.

E: ¿Crees que tiene que ver con lo cultural?

AS: Si, tiene que ver. Esto no quiere decir que no se pueda intervenir y trabajar, pero con el hombre y con la mujer. Lo que pasa es que no hay dispositivos armados para esto. Yo les digo que cuando instalas el tema, y se lo instalas al hombre, hay un párate y una mirada distinta, sentís que es la primera vez que alguien les está hablando de esto, no justificando, ojo.

Yo lo que veo es mucho abandono sobre este tema por parte de las personas que vienen acá. Como que es cultural.

E: ¿Vos crees que esta totalmente naturalizada?...

AS: Exacto, y con eso es con lo que tratamos de romper acá

E: ¿Tratas de problematizar estas situaciones?

AS: Claro, ponerlas en palabras, lo que lleva mucho tiempo. ¿Si? Estamos hablando de mujeres que han vivido desde su infancia situaciones de violencia, de su padre o que han visto a su madre. Es la vieja historia que a la larga va a caer, o puede haber un corte.

E: Hay una cuestión de subordinación de la mujer..?

AS: Totalmente, totalmente.

Siguen reproduciendo lo mismo, que cuando lo pueden ver, bueno ahí está el tema, no?

Lo que hemos logrado ahora es el programa de violencia contra la mujer

Bueno, atiende acá la psicóloga, te digo que esto es todo un logro.

Claro, una vez que lo vio, que pudo ver el problema, ahora como la ayudas? No?.. Abrís una puerta y ...? . Claro. Viene la psicóloga dos veces por mes, la idea sería que venga más veces. Con el tema de la violencia tenés que intervenir ya, la mujer que se anima a decirlo necesita una intervención ya, no podés nunca darle un turno porque ya está, es en el momento; es urgente.

Bueno nosotros tenemos bastante aceitado el tema de donde consultar, donde ir, están preparados todos los espacios para una intervención en el momento. Tenés que puentear sino no saben dónde ir... Más allá que algunas situaciones no aparecen hasta después de un tiempo que sucedieron, porque tal vez no se animaron a contarlo, esto luego sale en el marco de una entrevista de confianza. O tal vez, se detecta en pediatría, o por un seguimiento de alguna mamá embarazada.

En este momento estamos trabajando mucho con el tema de la violencia, y lo vamos a proponer para trabajar en los colegios.

E: Han detectado alguna otra problemática, otra demanda cotidiana en relación al servicio social?

AS: Bueno todo lo que es: ¿Se acuerdan del programa más vida, lo han sentido nombrar?

Bueno, este programa involucra a mujeres embarazadas y menores hasta los seis años. Lo que tiene que ver con entrega de leche y mercadería. Cuando se hace la bancarización que pasan por tarjeta, las tarjetas están destinadas para mujeres Argentina o nacionalizadas. Y a nosotros nos quedó gran porcentaje de población que atendemos afuera. Nosotros notamos que gran porcentaje de las demanda de la consulta se dan por el tema de alimentos.

Otro tema de demanda es por documentos. Ahora ¿vos me decís también aquellas demandas o problemáticas que el equipo deriva?

E: Sí.

AS: Problemas de salud, ausentismo, o las dificultades para cumplir con ciertas indicaciones, pero casi siempre el mayor motivo de consulta es cuando ven una problemática que está atravesando a la familia desde lo vincular, todo lo que es

también la discriminación con otros actores, el tema de escolaridad y los motivos de consulta de las otras instituciones.

El equipo deriva cuando ve una disfuncionalidad en la familia, cuando ve algo y se pregunta que le está pasando a esta familia, no por recursos económicos, salvo que vea algún caso de extrema necesidad.

E: O tal vez pedir un recurso puede ser una excusa para acercarse ¿no?

AS: Exactamente, casi siempre porque los recursos que hay no existen, una bolsa de alimento una vez al mes o cada dos meses... No sirve, pero sí a nosotros nos puede servir como nexo.

Otra problemática de derivación es por patologías crónicas, se hace el seguimiento por Tuberculosis, Diabetes, hipertensos, pacientes oncológicos.

E: Los seguimientos se hacen conjuntamente con los médicos?

AS: Sí, los hacemos de forma conjunta. Claro, por ahí también se corrobora el tratamiento, su cumplimiento. Entonces iniciamos el acompañamiento, con todo lo que implica para cualquier persona iniciar un tratamiento por una enfermedad crónica, todo el aprendizaje que conlleva la propia enfermedad.

Trabajar sobre los estigmas, como entiende una persona que de un día para el otro le decís que es diabética, como va a intervenir eso en su dinámica familiar, y más cuando estamos hablando de adultos con patologías. Por ejemplo, tuvimos muchos casos de cáncer, para las personas acá, acceder a un tratamiento es todo un tema, como también lo es conseguir la medicación oncológica.

Por ejemplo, una mujer que viene de Mendoza, sin documentos que la estaban atendiendo allá con un cáncer en el tabique que es muy raro de diagnosticar, y ya con metástasis. Viene acá con un pilón de papeles y cosas del hospital de allá, donde no le habían podido conseguir la medicación. O sea indocumentada y que el banco de drogas consiga incorporarla. A veces la complejidad del hospital no es la complejidad del Centro de Salud. Porque hablamos de distintas complejidades en Atención Primaria de la Salud, por que el primer nivel de atención se dice que es el de menor complejidad? Es decir, en

relación a la patología que por lógica se tendría que atender, pero no por lo que involucra. En lo social es lo de mayor complejidad, sí?

Porque nosotros tenemos la familia por lógica desde que la mamá está embarazada hasta que nacen los chicos y esos chicos siguen...

Es decir el Hospital por lógica tiene que tener la alta complejidad, procurar que la internación sea lo menos posible, después continúa acá...

La alta complejidad social está en el primer nivel.

Y eso va a implicar, que te replantees la intervención. Son muy pocos los casos donde vos intervenís de manera puntual. Se trabaja desde el seguimiento de las familias.

E: Por eso te preguntamos si trabajas principalmente con la demanda espontánea, o hay un seguimiento?

AS: Siendo que estamos en un centro de salud donde la gente concurre para controles de salud y por patologías, el seguimiento es distinto, sí?

A lo mejor, pasado un tiempo, volvemos a atender un caso que desde hacía un año no teníamos contacto pero viene y continuamos, porque sería imposible tener un seguimiento de todos.

Además es importante tener claro que es el seguimiento, no todas las personas que vienen a la sala tienen por qué pasar por el servicio social. Sí hemos establecidos el nexo de pediatría y ginecología porque también es parte de trabajar la prevención. La prevención no es solo salir a dar talleres y cursos. También la podemos hacer desde el consultorio, no?. Ahí es el momento en que estás en el cara a cara, nunca negar la singularidad del otro, lo que trae cada uno es fundamental, y la historia es propia.

Vos decís llega un ingreso de pediatría, llega un ingreso pero con una historia de vida. Entonces, no es lo mismo decirle a una mamá los controles se hacen de tal y cual forma que a otra mamá, el nivel de escolaridad, de entendimiento varía.

E: Cuando trabajas con una persona de nacionalidad boliviana, realizas alguna adaptación en la forma de hablar, de dialogar, comunicarte e intervenir? O generalmente mantenés la misma estrategia?

AS: La estrategia la vas a tener que buscar si o si, porque hay muchas personas que hablan quechua o aymará.

E: ¿Como las llevas a cabo?

AS: Es un tema, primero intentas con la persona, tratas que la persona mínimamente pueda expresarse, si ves que nada, buscas un referente, casi siempre si es la primera vez que se atienden, vienen acompañados de alguien. Es simple, salís a la sala de espera preguntas, ¿alguien conoce a esta mamá, sabe con quien vino?.

Comienzas con preguntas básicas: ¿en que quintas estás viviendo?, ¿cómo llegaste a la sala?. La idea es no ser expulsivos.

Tuve un caso de un señor, por ejemplo, que me lo paso pediatría porque no entendían al señor que les decía todo que sí. Bueno les dije vamos a intentar nosotros.

Chicas, era todo un tema porque también yo hacía poco tiempo que había venido a trabajar acá. Entonces tratando de saber hace cuanto tiempo estaba en la sala, en eso entra otra trabajadora social y me dice entre risas "el señor es boliviano no sordo", porque yo gesticulaba en voz muy fuerte!!

En medio de todo esto, el señor nos cuenta que la señora está embarazada, empezó a contar los meses, en agosto nueve meses, estábamos en el mes de agosto, al día siguiente nació el bebe. En resumen al otro día vienen de pediatría y les dice a todo el personal que públicamente me pidieran disculpas porque el señor es hipoacusico!

El tema de la comunicación es todo un tema, armar una historia social, a veces lo haces en varias entrevistas, pero hay cosas que están tan instaladas que el preguntar también facilita la repregunta del otro.

Es muy común por ejemplo, que estas familias cuando migran de Bolivia dejen al hijo mayor allá, para que los abuelos no se queden solos, entonces cuando indagas acerca de sus hijos tenés que preguntarles, cuantos hijos tenés en total, acá y allá.

E: ¿Esas son cuestiones que ya el conocimiento de la población te permite no?

AS: Si, claro. Ellos muchas veces también niegan su idioma, y nosotros tratamos de que no.

E: Pudiste aprender el idioma, te interesa?

AS: Y... si, algunas palabras, pero es difícil. Hay un proyecto de animación lectora que viene una docente a leer e intercambiar cuentos con chicos. Se arma en la sala de espera, ponemos las sillas, tenemos la biblioteca y ahora conseguimos una persona que viene a leer quechua.

Es una persona de la comunidad boliviana. También ha venido el cónsul.

E: ¿Con el tema de la documentación como hacen?

AS: Asesoramos no gestionamos. Es solamente el tema de información, quizás si le podemos facilitar alguna cuestión, pero es de asesoramiento.

Las personas que recién están llegando a la Argentina tienen mucho miedo de la ilegalidad, por eso también ocultan bastante.

Vos le preguntas si tienen documento y te dicen que no, y si tienen una cedula.

Trabajar sobre ello, que este es su documento. El tema de la identidad civil no los atraviesa para nada, ellos hacen esa cedula cuando viajan.

Esto de que tener un hijo en la Argentina facilita los tramites. Tuvimos cada situación de mujeres que viajan estando de nueve meses para que el niño nazca en Argentina.

Si nosotros agarramos las historias pediátricas ya no tenemos entonces tanta consulta boliviana, porque son niños nacidos en nuestro país, y la nacionalidad te la da el país en el cual naces.

E: Volviendo al tema de la comunicación, hoy te vimos por ejemplo con una situación en el pasillo, que le explicabas a una mamá lo de Neonatología, ¿esta es una cuestión que requería un lenguaje específico del sistema de salud?

AS: Si, Cuando una persona ingresa al sistema de salud y mas con una patología crónica o algo que necesite un seguimiento más exhaustivo, la misma persona va adquiriendo el vocabulario y el manejo.

Yo trabajé nueve años en el hospital materno, y es impresionante la persona que viene por primera vez es totalmente desconocido a cuando se va involucrando y va tomando conocimiento, como va cambiando también la postura, como se va posicionando. Empezar a convivir con..., o lo negas o lo apropias, bueno y en esta apropiación van cambiando también las estrategias nuestras.

Esto que vieron ustedes hoy, no tenía la palabra de la patología, también por una cuestión de respeto no lo vas a hacer en una sala de espera. Pero cuando el otro sabe que vos también sabes das por echo ciertas instancias que eso facilita al otro también. Era una derivación que generó mucha angustia y que a algunos integrantes del equipo de salud le dio la sensación de que esta mamá se iba a ir. Y la sensación desde el servicio social es diferente, una mama asustada con mucho miedo, hay que contenerla, no? Sirve la mirada del otro profesional que algo estaba pasando.

Si vos me decís en el hospital, trabajas con la fractura expuesta, es decir con lo del momento. En atención primaria trabajas con esto también por las características de este lugar, que estas lejos de un centro asistencial, que vienen accidentes por la proximidad con la ruta, trabajas un poco con esto con la historia de la gente también.

E: También lo que te queríamos preguntar. Mencionaste que los recursos eran escasos, entonces ¿con qué programas contás en este momento?

Esta el programa de ayuda a la familiar directa. Los recursos son de Desarrollo Social, nosotros dependemos: de la Secretaria de Salud, yo obviamente del servicio social en salud donde esta Silvia Montoya. El secretario de salud es el Dr. Ferro. Secretaría de Desarrollo Social que esta María del Carmen Viñas. Los recursos son del área de Desarrollo Social Municipal o Provincial depende del programa que sea, o Nacional.

Salud también tiene recursos pero de medicamentos, programa de diabéticos por ejemplo, los recursos vienen desde Nación, el PROEPI que es para neurología, el IRA provincial que es por cuestiones respiratorias agudas, pero nosotros con los que trabajamos desde el servicio social son: el Programa Habilidad de construcción de viviendas que es municipal, el Programa Ayuda Familiar Directa que trata de una bolsa de alimentos una vez por mes. Todo lo que sea para tramitar elementos varios que serían anteojos, prótesis, zapatillas. A veces hay recursos, otras veces no, por eso siempre tenés que consultar antes de tramitar. Depende de la partida presupuestaria o el momento político

A nivel provincial el plan de lactante y embarazadas corresponde a salud. . Después está el Plan Mas Vida que son dos kilos de leche por mes, a nosotros nos sirve como nexo.

No sé si ustedes entraron ya en la etapa de lo que corresponde o no, yo digo que los trabajadores sociales tenemos ésta capacidad de decir que nos corresponde. Siempre estamos con los tapones de punta, el tema de la leche acá, la entrega cualquiera.

E: Claro, el tema es cuando entregas la leche poder ver si hay algo más, no?

AS: Claro, por ejemplo esta mamá que la veo en la sala de espera con un golpe, bueno como excusa le pregunte: mamá retiraste la leche, vení que nos fijamos, etc.

E: Ya había trabajado en alguna sala con estas características?

AS: Trabaje en Otamendi.

E: Dentro de nuestras inquietudes cuando elegimos el tema a investigar, nos cuestionamos que la medicina por su formación quizás tiene otra forma de ver las cosas o otro trato con los pacientes. ¿Qué opinas sobre esto?

AS: Claro, esto del modelo médico tan hegemónico...

Claro, es fundamental poder replantearte, poder ver con que podemos trabajar del otro, no pretender que podamos trabajar todos iguales porque no sería tampoco sano, entienden, y hay colegas que les gusta trabajar con la parte asistencial, otros la parte práctica, pero bueno, todos van haciendo aportes. Tal vez, vos no podes estar al frente de un taller, pero vas a dar elementos para estar. Tal vez, no le puede gustar estar en una entrevista con estudiantes pero si va a aportar para que vos la tengas. Por ejemplo los talleres de educación sexual los damos la pediatra y yo, y a veces participa la enfermera, porque a la ginecóloga realmente no le gusta exponerse pero aporta los conocimientos para armar los talleres.

Ahora estamos haciendo lo del dengue

Hoy dimos una charla acá. Estamos haciendo charlas tres veces por semanas en la sala de espera de quince minutitos más o menos con las cosas básicas.

E: ¿Tuvieron algún caso o alguna sospecha?

AS: No. Un familiar de una señora pero allá en el norte.

E: De acuerdo a las características de la población que hoy estuvimos observando, la mayoría de las persona que se acercan son mujeres con niños?

AS: Si, la mayoría son mujeres tanto en el servicio como en la sala. Hay mucha demanda de pediatría.

E: ¿concurren pocos hombres?

Si, los hombres comienzan a consultar a partir de los 40 o 45 cuando el cuerpo ya les está dando serias manifestaciones, relacionadas al tipo de trabajo también, no. No existe el control en el hombre sobre la salud, como control instituido. La mujer se hace los controles de embarazo pero después por controles de salud tampoco, cuesta mucho trabajar sobre eso, vienen ya cuando el cuerpo comienza a pasar facturas.

E: Claro después la mujer continúa con los controles pediátricos o ginecológicos.

AS: Claro, pero tenés que empezar a trabajarlo eh, porque empiezan a priorizar la atención de los chicos.

Lo que pasa es que creo que hay otra razón: La mirada siempre está en la salud pública en las personas que concurren a lugares estatales. Si voy al pediatra y no hago lo que me dice la próxima vez que valla me va a decir te relajaste con las vacunas. En salud pública existe un seguimiento. Un bebe que bajo de peso, está con pecho exclusivo, tenía una consulta y no viene, bueno vamos a ver qué pasa.

Si vas a una casa hay que tener claro a qué vas.

Observaciones.

Observación 1:

Lugar: Centro de Salud "La Peregrina".

Día: Viernes 12 de diciembre de 2008.

Al concurrir al Centro de Salud nos ubicamos en la sala de espera. Se observo que se encontraban al rededor de 20 personas aguardando a ser atendidas. En su mayoría eran mujeres con niños menores de 10 años, siendo significativo que las mismas eran de nacionalidad Boliviana o descendientes. Esto se presumía por ciertas características propias. (Su fisonomía, su lenguaje, la manera de cargar los niños,.....).

Las personas se distribuían en la sala de espera ocupando la totalidad del espacio disponible, sentados, algunos de ellos parados y en movimiento deambulando en forma de juego con sus niños. La interacción entre los mismos se daba mediante conversaciones que se establecía con las personas que se encontraban próximas a su espacio, había quienes guardaban silencio y quienes intercambiaban gestos, miradas y risas con sus niños. En todos los casos no demostraban ansiedad o impaciencia por ser atendidos.

Las demandas solicitadas respondían a los profesionales que ese día atendían (Pediatría, Medico Clínico, Ginecología).

En la interacción entre paciente y profesional se observo cierta diferencia actitudinal, que variaba en el grado de cordialidad, espontaneidad y formalidad según del profesional que se trate. Hubo quienes saludaron de forma general y formal. Otros se detuvieron e intercambiaron un saludo más personal y familiar. La admisión de los usuarios era recepcionada por el personal del lugar el cual brindaba datos precisos y acotados. Los usuarios se presentaban respetuosos sin gran despliegue de comentarios en la interacción, solo manifestaban la inquietud o el pedido concreto y se disponían a la escucha.

Observación 2:

Lugar: Centro de Salud "La Peregrina".

Día: Viernes 17 de abril de 2009.

Se encontraban alrededor de 18 personas que se disponían a ser atendidos. En su mayoría se trataban de mujeres jóvenes con niños menores de 5 años. También fue importante la presencia masculina de adultos mayores. Del total de personas presentes se presume que la mayor parte era de nacionalidad boliviana o descendientes.

En el día de la fecha los profesionales que atendían eran la médica clínica, la enfermera, asistente social y la pediatra, siendo la mayoría de las demandas orientadas a esta última.

Las personas se distribuían en la sala de espera sentadas, aguardando ser atendidos de manera paciente. Las madres aguardaban con sus hijos en brazos, interactuando verbal y gestualmente con ellos de manera cálida y tímida.

Varias veces los profesionales deambulaban por la sala, solo dos de ellos intercambiaron saludos y una comunicación fugaz y cortante con los pacientes. Transcurrido el tiempo, varios pacientes que aguardaban la medicación y ser curados, demostraron impaciencia por la falta de atención de la enfermera, quien pareció estar ausente por un rato.

Observación 3:

Lugar: Posta Sanitaria "Santa Paula".

Día: Jueves 23 de abril.

Al concurrir al Centro de Salud nos ubicamos en la sala de espera. Se observó alrededor de 15 personas aguardando ser atendidas. En su mayoría eran mujeres con niños menores de 6 años, siendo las mismas tanto de nacionalidad Boliviana o descendientes, (esto se infería por su fisonomía, su lenguaje, la manera de cargar los niños.....) como así también otras que hacían presumir de origen Argentino.

Las personas se distribuían en la sala de espera ocupando la totalidad del espacio disponible, sentados y algunos de ellos parados. La interacción entre los mismos se daba mediante conversaciones breves, favorecida ésta por el espacio reducido de la sala de espera, que permitía la visualización y comunicación entre las personas por la ubicación en semi círculo de los asientos. Había quienes guardaban silencio y quienes intercambiaban gestos, miradas y risas con sus niños. En todos los casos no demostraban ansiedad o impaciencia por ser atendidos. Esto se observó previamente a la llegada de los profesionales, actitud que se revirtió con el ingreso de los mismos. Posteriormente los allí presentes manifestaron inquietud por el orden en que serían atendidos, ante lo cual la médica generalista organizó los turnos según la demanda de los presentes: control pediátrico, vacunación, servicio social (abogados ese día a la entrega de bolsas de alimentos).

En la interacción entre paciente y profesional se observó una actitud cordial, espontánea que evidenciaba cierta familiaridad.

**Entrevistas realizadas en el “Instituto Nacional de
Epidemiología (INE)”.**

Fecha: 05 de Mayo de 2010

E: En primer lugar quisiera que me cuentes cuales son las afecciones, las patologías que recibe y atiende el Instituto.

AS: La Institución trabaja en todo lo que es investigación y docencia. Los consultorios que prestan asistencia es para enriquecer la actividad investigativa y de docencia. Los programas que están funcionando en este momento por los cuales acude la población por tema de salud son: el programa de infección de transmisión sexual, VIH/Sida, el de tuberculosis y el de delito contra la integridad sexual. Todas las personas que atraviesan por esta situación de salud acuden para su atención.

E: Cual es la población que atienden?

AS: La población es todo Mar del Plata y la zona, es pequeño y decir, puede venir gente de toda la ciudad o ciudades aledañas que no se quieren atender en su lugar. Pasa mucho por ahí con VIH que viene de un lugar pequeño que no se quieren atender por miedo que se enteren, en determinados barrios, pueblos, etc.

Con tuberculosis también pasa lo mismo porque es referencial, porque es un centro especializado. Muchos médicos que no tienen experiencia en el tema, lugares en donde no hay neumonólogos o infectólogos derivan para acá, por la especialidad. Cuando hay dudas o una sospecha de tuberculosis y en delitos contra la integridad sexual son personas adolescentes o adultos que son abusados en la vía pública o en sus casas estando solos y por desconocidos, o sea no trabajamos con abuso sexual infantil que es un abuso generalmente crónico perpetuado por personas conocidas porque primordialmente lo que se trata de prevenir es la ITS y el VIH, que se dan tratamientos preventivos que si el abusador está infectado la persona no se infecta. O si adquirió otra infección en el episodio pueda tratarse a tiempo y seguirse por un tiempo porque las pruebas de VIH inmediatamente no dan los resultados hay que esperar tres meses más para saber si se infecto o no. De todas maneras, si la denuncia se

hace en las primeras horas con tratamiento retroviral se previene que la persona abusada se infecte, por eso se trata de trabajar en la prevención de esto, que mucha gente no sabe que al hacer la denuncia y ser atendido a tiempo además de que se puede encontrar al abusador, se pueda esclarecer la situación judicial, se puede prevenir cuestiones de salud. Con la pastilla del día después también, si la persona o la chica esta en edad fértil y el periodo fértil, se le da la pastilla del día después para que no quede embarazada, cuestiones preventivas.

E:Cuál es la edad de los pacientes que atienden?

AS: Te digo con Tuberculosis se atienden hasta niños, se trata de derivar al materno pero muchos niños con contacto con personas con TBC se asisten acá porque cuando se atiende a toda la familia también niños se atiende acá. VIH, no, directamente desde la detección se manda al materno y delitos contra la integridad sexual, generalmente se dan en adultos porque es rara, no hemos tenido casos de niños abusados acá, por ahí en otros lados se da, acá no. Si adolescentes porque tal vez cuando han ido a bailar, a la salida del boliche, a la salida de la escuela, a la mañana temprano al entrar, hemos tenido en la parada del colectivo, se van dando casos de adolescentes. Y a veces se da por ahí llega un adolescente con abuso intrafamiliar pero la persona lo denunció tiempo después y lo trae para acá por que es un adulto o un adolescente, cuando uno se pone a investigar es un abuso crónico intrafamiliar y bueno, lo seguimos atendiendo muchas veces porque bueno, ya se estableció un vínculo y no es fácil empezar con otro profesional afuera.

E: Establecen contacto con otras instituciones?

AS: Generalmente lo trabajamos en conjunto con el CAV, el Centro de Asistencia a la Víctima, la Busetich y con los Hospitales, porque hay veces que requieren estudios de alta complejidad que acá no se hacen y tratando de trabajar en red porque en todas la problemáticas es fundamental el trabajo en red y más en el caso de abuso, maltrato familiar interviene también la justicia, salud y debería también intervenir educación para poder intervenir.

E: En cuento a las funciones del Servicio Social cuales nos podrías mencionar

AS: Las funciones tienen que ver con asistencia a las personas que pasan por estas situaciones o tienen un diagnóstico de VIH , TBC o son asistidas por abuso sexual.

Se hace contención, acompañamiento y seguimiento del tratamiento en casos que se pueda porque el personal siempre es poco.

La idea es que esta asistencia que nosotros asistimos en los consultorios se pueda implementar proyectos de investigación que enriquezcan, es decir que esto se pueda mostrar y que eso se pueda plasmar en investigaciones, y también se puedan implementar en los cursos de docencia de la Institución. Lo que está planificado es perfecto pero a veces cuesta concretarlo, sobre todo porque hay escasez de personal, de recursos y se va haciendo lo que se puede.

E: Como está integrado el Servicio Social?

AS: Son dos profesionales de planta permanente, fijate que hay dos profesionales de palta y hay quince médicos. Es difícil porque los pacientes que atendemos son los mismos. Siempre hay residentes, hay dos de nación y hay rotaciones de Provincia. Hay años que tenemos de pregrado de la Universidad entonces es bastante complejo porque nos pasamos formando profesionales que después marchan a trabajar a otro lado, que esta bueno pero la idea es que debes en cuando queden también fortaleciendo el equipo.

E:Cuanto tiempo hace que te desempeñas en el Servicio de la Institución?

AS: Llevo 31 años en la Institución y 24 en el Servicio Social.

E: Cuales son las demandas más frecuentes que atiende el Servicio?

AS: Las población que atendemos por lo general es muy vulnerable porque está en situación de pobreza, por ahí de las distintas problemáticas surgen distintas demandas, por ejemplo en la población con TBC hay un grupo importante de gente que viene de las quintas, son extranjeros y no tienen documentos, que están trabajando 14 horas por día y el acceso a la Institución es difícil.

Hay un subsidio que tiene el Programa Municipal de TBC que se tramita con las personas que tienen un diagnóstico de TBC pero que lamentablemente se

cobra cuando tienen el alta y ese subsidio está pensado para que se cobre los primeros días de la enfermedad, cuando la persona tiene que dejar de trabajar y que la mayoría trabaja en negro. Las personas con TBC vienen ya con una situación más resuelta en lo laboral pero que están en negro, entonces cuando dejan de trabajar porque se sienten mal por su salud, no tienen posibilidades de satisfacer las necesidades básicas. Entonces nos manejamos con Municipalidad que provee una ayuda alimentaria. El subsidio es de 400 o 500 pesos y está pensado para cobrarlo durante todo el tratamiento, nosotros mandamos al ministerio lo aprueban y lo deberían cobrar todos los meses, pero esto no es así, se cobra generalmente cuando la persona tiene el alta, a veces se cobra por mes, a veces todo junto. Nosotros lo tramitamos igual porque cuando llegue la persona lo va a necesitar aunque este curada porque generalmente tuvo que dejar de trabajar, porque tuvo problemas a partir de la enfermedad o antes, este subsidio no se tramita para la gente que tiene obra social u otro beneficio. Los indocumentados se pueden atender igual y gratuitamente, se atiende a la persona y toda la familia. Si es extranjero pero si tiene documento y reside en la provincia por más de dos años puede pedirlo porque es un subsidio que tiene la provincia, no es para todos. Es fundamental la residencia en la provincia de Bs As y el documento. Esto es un gran problema generalmente para todos los programas, la persona que no tiene documento no tiene posibilidad ninguna de algún beneficio. Bueno ahora es más rápido el tema del documento y gratuito. En personas que se justifica por su situación de pobreza e indigencia, antes no.

Hay muchas situaciones problemáticas que no se demandan, que hay que descubrirlas, tratamos de guiar para que con este diagnóstico y esta posibilidad que tiene la persona al pasar por el servicio pidan ayuda como es el tema de las adicciones ya que está asociada la problemática de la tuberculosis al alcohol aunque pueda haber otras adicciones en personas con VIH y Tuberculosis. En VIH por ahí se ven adicciones no solo el alcohol sino también otras como la cocaína, la marihuana, que bueno en mucha gente es un problema ya que para hacer el tratamiento las adicciones juegan muy en contra, no permiten una tolerancia a la medicación, el hígado muchas veces a causas de estas adicciones está muy deteriorado. Muchas veces hay una

hepatitis b o c que dificulta el tratamiento, y la gente se encuentra que tiene un diagnóstico, tiene que hacer tratamiento y tiene que dejar de consumir o beber, hábitos que para ellos eran cotidianos, que le ayudaban a soportar la vida, y ahora todo junto por esto nos contactamos con grupos de ayuda de alcohólicos anónimos, programas de rehabilitación de drogas el INTI, el CPA, que nuestra población es muy frecuente que esté pasando por esta situación.

A veces tenemos muy buenos resultados y otras no. Cuando se logran resultados positivos esto facilita el tratamiento y mejora la calidad de vida.

Al acercarse las personas para ser atendidos por tuberculosis o HIV, esas intervenciones desencadenan que se detecten problemáticas familiares múltiples, por ejemplo problemáticas de pareja cuando hay un caso de VIH, sífilis, Benorragia, bueno inmediatamente surge como se contagio, de donde, crisis de pareja cosas que se sabían o no y estaban tapadas, son situaciones muy traumáticas y desde el servicio social acompañamos, orientamos y escuchamos. Hay que trabajar en equipo, se necesita la atención de distintos profesionales. Un diagnóstico de tuberculosis generalmente remueve otros miedos pero no otros conflictos, pero está el tema del rechazo, de la marginación, miedo a la exclusión que está en todas las epidemias infectotransmisivas, pero se manifiesta en formas distintas, en la tuberculosis hay otros riesgos pero no en las relaciones sexuales, pero es mucha más riesgosa porque te contagias hablando, pero no moviliza tanto la relación de pareja aunque hay casos que sí, que no se han querido acostar con su pareja que tiene tuberculosis tienen problemas de pareja pero no es lo más frecuente. También hay una cuestión del imaginario social que la tuberculosis está asociada a la pobreza, a la marginalidad a otro tipo de marginalidad. En cambio el HIV está asociado a la promiscuidad a la drogodependencia a la homosexualidad, entonces moviliza otras cuestiones, en el fondo es lo mismo, es el miedo a la muerte social antes que por enfermedad porque no me va a hablar más, ni va a querer tomar más mate conmigo, el otro porque no va a querer compartir más la intimidad por miedo al contagio y el miedo al que dirán, que eso es más fuerte que todos los miedos. El miedo a la exclusión.

E: Con que recursos cuentan? La medicación es gratuita?

AS: La medicación es gratuita, a veces tenemos movilidad, o vamos a los domicilios con enfermería cuando que hay que controlar un grupo familiar extenso y no pueden venir hasta acá. A veces utilizamos la camioneta del INE para ir a buscar, para llevar, para dar talleres. Cuando hay algún caso en la escuela, en una quinta, ir con los médicos y enfermería a evaluar grupos de personas que no se podían trasladar hasta acá, o cuando nos derivan de algún centro o cuando nosotros evaluamos los tiempos que hay personas que no han venido cuando tenían que venir. Nosotros nos acercamos a los domicilios, tratamos de ver que paso que le está pasando porque no está viniendo, como podemos colaborar para que no interrumpa el tratamiento y la transición de su salud. En tuberculosis interrumpir un tratamiento es grave porque pone en riesgo su salud y la del grupo, en HIV también es grave porque se generan resistencias en el virus al igual que la tuberculosis. Ocuparse de la salud de la persona es mucho más que ocuparse del tratamiento, nosotros trabajamos en un sistema de salud tradicional, ortodoxo, hegemónico y muchas veces lo que más se trabaja es con la adhesión al tratamiento, aunque nosotros tenemos otras prioridades a veces, y la gente también tiene otras prioridades, entre trabajar y llevar la plata a venir al médico....A veces cuando se produce esta disociativa es decir tienen que elegir una cosa u otra, mucha gente elige por supuesto ir a trabajar y llevar el pan a la casa. Y nosotros es ahí donde intervenimos, viendo la forma en que no tengan que dejar el trabajo y ocuparse de su salud. Pueden mandar un apoderado, un familiar un amigo que venga a buscar la medicación, si la persona no puede venir todos los meses que venga cada dos meses, buscar la forma porque a veces la gente se queda, no viene. Hay que rescatar las redes de apoyo social; que esa persona pueda llegar a tener y que le pueden ayudar a cumplir con su tratamiento y curarse o vivir mejor, porque con VIH una persona no se cura pero lo ayuda a vivir mejor, haciendo los controles y tratamientos correspondientes. Y a veces respetando los tratamientos que ellos elijan, a veces no eligen el coctel, pueden elegir acupuntura, tratamientos naturistas, que les levanta las defensas, nuestra ideología es apoyarlos en lo que la persona elija en tanto y en cuanto no dificulte su calidad de vida. Y si no mejora lo acompañaremos y

reflexionaremos junto con ellos, nosotros siempre decimos si no haces el tratamiento porque no estás convencido por lo que fuera, bueno ha cete los controles para ver como esta, porque si el cd4 está muy bajo o la carga viral está muy alta, a veces los tratamientos naturistas tienen un límite, como todo a veces tenés que hacer un tratamiento retro viral, el cd4 está muy bajito el riesgo no es solo morir sino quedar con un problema cerebral o con una toxoplasmosis cerebral.

E: En cuanto a la medicación como hacen?

AS: Generalmente no tenemos problemas. Argentina es uno de los pocos países de Sudamérica que cubre el tema e medicación de todo lo que es HIV, tuberculosis, es mas vos tenés en muchos países limítrofes, sobre todo los de frontera que se vienen a tratar a la Argentina, y es uno de los pocos países que los tratan como si fueran Argentinos, esto mucho no se dice pero es así.

E: En cuanto al trabajo interdisciplinario, con que profesionales interactúan?

AS: Psicólogos, médicos, enfermeros y todo el personal administrativo, la gente de mesa de entradas. El trabajo interdisciplinario cuesta mucho. Cuestan los encuentros, la comunicación, el poder aceptarnos con nuestras diferencias, hacemos un trabajo multidisciplinario pero bueno en esta disciplina es un desafío.

Las reuniones son muy esporádicamente, yo trato de que sean con mayor frecuencia, siempre desde el servicio social insistimos en reunirnos, pero cuesta.

E: pero normalmente quizás tienen espacios ocasionales que permiten el intercambio

AS: Claro, generalmente los encuentros son de pasillos, con el médico del laboratorio que viene a decirte mira este resultado, fijate tal paciente, "révalo porque no viene", por ahí el paciente se pone a llorar y te dicen fijate porque no se que hacer. Te exigen que lo "retes" porque no hace lo que tiene que hacer, pero bueno nosotras no tenemos la filosofía esta del reto, que pensamos que aleja al paciente, no lo contiene ni ayuda a la adherencia al tratamiento. Si escuchar que le pasa, que le está sucediendo que abandona el tratamiento, que no hay proyectos de vida, que no hay motivo para vivir mejor, es

acompañarlo y redescubrir las potencialidades que tiene la persona y que quizás están ocultas. Y bueno ayudarlos porque a veces abandonar el tratamiento tiene que ver con todo esto, no retarlos porque el reto los aleja del sistema de salud, y muchas veces pierden la vida con esto, porque no vienen porque el médicos los ha retado, entonces se dejan estar.

Yo trato con los pacientes de trabajar sobre la autonomía, la independencia, tu vida es tu vida, y aunque no hagas el tratamiento tenés que venir a un control para vos este sistema produce que el paciente "le hace el tratamiento al médico" lo hace para el médico, como algo muy infantil es como decir "lo hago para mi mamá o mi papá, es algo muy infantil" y si no me enojo y no les hago el tratamiento, como un daño al médico. Entonces yo los acompaño a pensar que el daño se los hacen ellos, en ese enojo con o el beneficio se lo hacen a ellos, no para el doctor. A veces con este tipo de población que se comporta de manera infantil se produce esto y el sistema que reproduce estas cuestiones.

Estas cuestiones se trabajan con los medios, si bien con los que llevan más años acá cuesta más, con los nuevitos tal vez es más fácil por que traen otra ideología diferente de respetar la autonomía de las personas, la elección de la persona, pero con los más viejos cuesta.

E: Cual es la valoración que recibe el Servicio Social del resto del equipo?

AS: Si lo ven y lo valorizan pero desde su óptica, a veces cuando no les queda otra alternativa, cuando se les largan a llorar los pacientes por que no tienen para comer y no pueden cumplir con el tratamiento, recurren a nosotros.

E: Reciben mucha demanda de pacientes provenientes de los Centros de Atención que seleccionamos como unidad de análisis?

AS: Si sobre todo con pacientes con tuberculosis la mayoría, algún caso de VIH pero es más raro, o algún caso de abuso de sexual pero también es muy raro. Pero yo creo que la gente allá la gente no denuncia, no es que no allá, no denuncian el tema de la violencia. Fíjate que la sociedad boliviana es muy machista, muy patriarcal, no creo que muchas personas se animen a denunciar, si bien hemos tenido casos de hombre víctimas de abuso que llegaron por un diagnostico de tuberculosis, o sea no llegaron por la denuncia de abuso sexual si no por otra patología. En esta comunidad esto queda en la intimidad generalmente, por que denunciar un abuso sexual es exponer su

intimidad, menos llegar a la justicia, pero igual hay que trabajar para que así sea.

E: Las personas provenientes de la comunidad boliviana, se acercan espontáneamente o son porque son derivadas de los Centros de Atención?

AS: Generalmente cuando un médico evalúa a un paciente que tiene síntomas de tuberculosis lo mandan inmediatamente para acá es el motivo más frecuente de derivación, a veces viene la persona por que ha tenido un familiar o un compañero con tuberculosis, porque ve o siente que los síntomas son parecidos a los que tenía el familiar, se transmiten la información entre ellos, saben que acá van hacer atendidos en el día, ya que tendrán el diagnóstico en el día, se hacen las pruebas de laboratorios, las radiografías, examen médicos y en el día se van con el tratamiento. En otras instituciones esto no pasa. El problema que tenemos con la gente que vive en las zonas rurales es que tienen que ir todos los días al Centro de Salud, esto es lo que tiene el tratamiento de TBC es que son supervisados diariamente en el centro de salud más cercano, cuando la persona vive en el medio del campo esto se dificulta. A veces arreglamos con la sala que van dos veces en la semana y lo supervisan desde ahí, si el tratamiento tiene inyecciones es mas complejo, todos los días durante dos meses después pasa a ser bisemanal, si la persona no puede ir a la sala nosotras tratamos de hablar con las profesionales que lo atienden y ver la forma que lo puedan hacer en sus casas, que sea autoadministrada, eso también es medio resistido en la institución. Porque eso también es implica responsabilidad de los pacientes y a veces esa responsabilidad no está. El problema de esto es que si pasa se pone en riesgo la salud de la persona y de toda la familia ya que es muy transmisible. El HIV es distinto. En la TBC el riesgo de contagio es mayor, sobre todo cuando hay chicos que a veces se les baja las defensas y además cuando estos trabajan en las quintas a la par de los grandes y además si se dan cuestiones de hacinamiento. Lo que si, en las quintas no se dan situaciones de desnutrición, los chicos están nutridos, alimentados por lo que producen, por ejemplo en las villas te encontrás con otras situaciones y en algunas cuestiones están aun más desfavorecidos. En

las quintas la vulnerabilidad está dada por otro lado, por la precariedad laboral por accidentes.

E: En cuanto al contacto con esta población fue difícil el acercamiento?

AS: Si, pero veces a nosotros no nos cuesta tanto, para los médicos es más difícil, y para la población es también complejo entender el lenguaje médico. A veces el médico te llama porque nosotros le entendemos y ellos no. Es gente muy respetuosa, tímida pero cuando vos logras una vinculación y puedes escucharlos y que se animen a hablar, es ahí donde logras una buena vinculación, si bien al principio cuesta. Además muchos están en forma ilegal esta el temor de ser expulsados del país, tienen el temor que el Asistente Social le haga un informe o alguna cuestión para que los echen del país. Nosotros tratamos de mostrar y ofrecer lo contrario, que estamos en contacto con el Centro de Residentes Bolivianos, para gestionarles el documento porque es otra forma de mejorar su calidad de vida y no sean explotados brutalmente y puedan salir de ese lugar e ir a la escuela los chicos cuando no están llendo, ofrecerles información para facilitar esto y se abren totalmente. Tenemos casos de gente que se ha curado y vienen al INE de visita cuando tienen el día libre, en realidad porque este es el único camino que conocen. En general acá hay un buen trato por eso regresan como algo recreativo porque el trato no es como en el Hospital donde sos un numero como acá hay menos personas, acá las personas que atendemos las conocemos por sus nombres, hay un trato más afectuoso, se sienten más valorizados. Son sumamente respetuosos, a veces con los más mayores se nos complica porque tal vez hablan quechua, los chicos hacen de traductores, los chicos nos traducen sobre todo de los abuelos de la gente mayor que vienen. Los chicos aprenden a leer y escribir, incluso muchos de sus papas y abuelos no saben, entonces ellos les traducen las recetas. Cuando las personas no saben leer se les hacen dibujitos, se dibujan las pastillas si son por la mitad, cuantas enteras. Esto lo hacemos nosotras y los médicos también, sobre todos los pediatras, ellos son mas explicativos en estas cosas, son mas didácticos, pero bueno nosotras también le ayudamos con ese tema junto con enfermería que manejan mas ese tema, porque nosotras nos ocupamos mas de las cuestiones sociales. El tema de la violencia familiar hemos tenido casos porque es su forma de educación y

también es un poco cultural. A veces con las mujeres trabajamos estas cuestiones de planificación familiar, cuando a veces manifiestan que tienen tantos chicos y no quieren tener más, los orientamos para que consulten. En las Salitas eso está bastante trabajado.

E: En cuanto a lo personal y/o profesional has encontrado algún obstáculo en el acercamiento con ellos?

AS: El obstáculo que más he tenido es en cuanto al idioma. Después el tema de la distancia, a veces es difícil porque nos dan una dirección que no encontramos. Si no está el nombre de la quinta, el kilometro, todos los datos no llegamos. En algunos lugares se nos ha permitido entrar, en otros nos atienden desde la tranquera hasta uno va con cierto temor de causarle un problema a la persona, que sean despedidos. El trato con los patronos es lo más difícil.

E: Y de parte de ellos sentís que existe cierto rechazo a la intervención profesional?

AS: No, son bastante tímidos pero no siento que exista rechazo hacia la intervención. Si existe el temor a veces de ser expulsados, deportado porque están enfermos, después de dos o tres entrevistas saben cuál es nuestra intención. Ellos son muy agradecidos, eso con otras poblaciones no lo ves. En otros barrios esta siempre la demanda, el pedido pero ellos no, son súper agradecidos y no están demandando continuamente.

E: Entonces podrías decir que has logrado establecer un buen vínculo con ellos?

AS: Si, si y más cuando tenés tiempo, el tema a veces es el tiempo. La construcción del vínculo es totalmente importante, que la gente se sienta valorada, respetada, escuchada, que observe que vos querés ayudarla a que recupere su salud, a que este mejor. Si están presentes estas cuestiones en la intervención, esto se nota, es más que una palabra, es una actitud.

E- Podrías identificar alguna estrategia que utilices para acercarte a ellos?

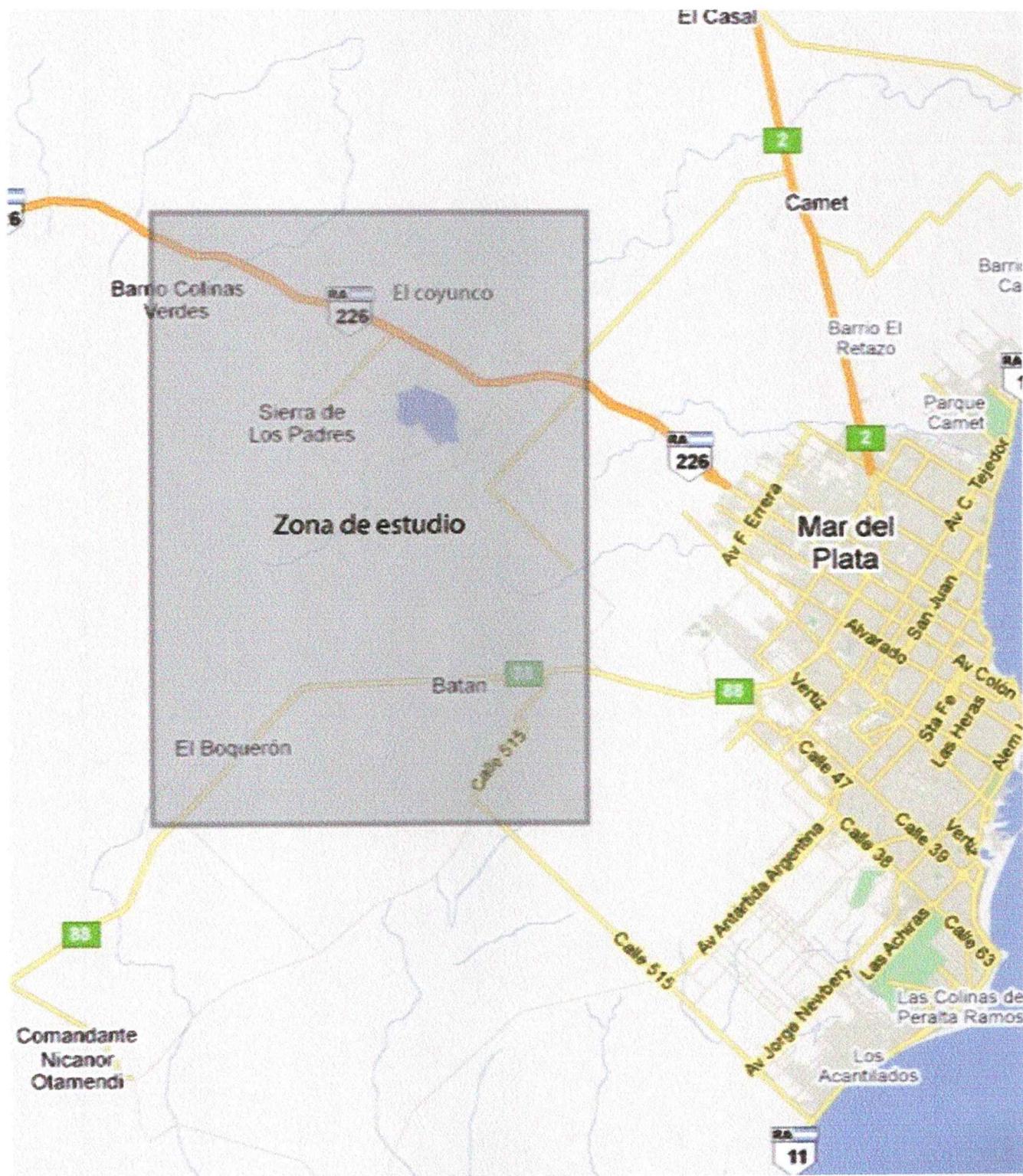
A.S- Hablar con ellos de sus gustos y costumbres culturales que tanto los apasionan, es una forma de acercarse, hablar de su música, sus bailes. Pero

sobre todo la escucha, la palabra son herramientas que utilizamos como estrategia en todas las intervenciones. Usar a los chicos como nexos facilitadores, mediadores en cuestiones que los padres no logran comprender.

E- Desde tu experiencia profesional y personal, que cuestiones nos sugerirías que tengamos en cuenta o hagamos hincapié a la hora de trabajar con este tipo de población?

A.S- Yo les sugeriría que a la hora de intervenir con esta población se trabaje ayudando a la misma "a no ser tan pacientes" porque ellos así lo son. Literalmente como el termino lo indica son demasiado pacientes en la espera, en la demanda, y esas son cuestiones a trabajar con esta población. No buscar un extremo del reclamo continuo pero si dales vos para que puedan plantear o ir en busca de aquello que les corresponde como derecho. Hay que acompañar como profesionales a que sean más impacientes, que se animen a hablar, ayudarlos a ver sus potencialidades y que ellos las reconozcan.

Mapa que delimita la zona de Estudio



Mención bibliográfica:

- Aab, C. Brusco, M., Rodríguez, R. Tesis " Trabajo Social y diversidad cultural" UNMDP. 2000
 - Ander Egg, Ezequiel, "El Trabajo Social como Acción Liberadora", Ed Humanitas, Bs As. 1989.
 - Berger, P Y Luckman, P. – "La construcción social de la realidad" – Editorial Amorrortu – Buenos Aires – 1994.
 - Cozzani de Palmada, M. R. Migraciones en Argentina. "Inmigrantes limítrofes en Argentina. ¿Tolerancia o rechazo?". CONICET Universidad Nacional de Cuyo Mendoza Argentina. 2000.
 - Di Carlo E. y Equipo, "Trabajo Social Profesional: El método de la comunicación racional". Ed Humanitas. MDP. 1996.
 - Dieguez Alberto. "Perspectivas del Mercosur". Departamento de Servicio Social. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. UNMDP. 1993.
 - García Canclini, N. Cultura y Sociedad: una introducción. Sec. de Educación Públicas. México. 1985.
 - Guber, Rosana. "El salvaje metropolitano." Capítulo XX: La entrevista antropológica.
 - Helen Perlman. "El Trabajo Social Individualizado". Edit. RIALP. Madrid. 1965
 - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC.
 - Kadushin, Alfredo. "La entrevista en Trabajo Social". Ed. Textos Contemporáneos. México. 1974.
 - Kisnerman, Natalio. "Pensar el Trabajo Social, una introducción desde el construccionismo". Editorial Lumen - Humanitas, 2ª edición, 1998.
 - Lechner, N., El debate sobre Estado y Mercado. FLACSCO, 1992.
 - Lucifora, Silvia G. "Cultura y Salud. Interrogantes posibles para una mirada integral". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 2004.
 - OIM "Las migraciones internacionales: análisis y perspectiva para una política migratoria". (2003) - Santiago- Chile.
-

- Organización Mundial de la Salud. "Conferencia de la Organización Mundial de la Salud ",Ottawa. 1978.
 - Pichón Riviere, Enrique. "Teoría del vínculo". Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1985.
 - Ruszkowski, A., Suárez, C. Migrantes de países limítrofes en Mar del Plata. Maestría en Ciencias Sociales. FLACSO. UNMdP. 1995.
 - Saavedra, Eduardo J. "El descenso de la política. Una aproximación a las relaciones entre globalización, estado y voluntad política" en "Geopolítica y Globalización". Buenos Aires. 2001. Editorial Eudeba.
 - San Giacomo, O., en Di Carlo, E. y EIEM, "Trabajo Social Profesional". Ed. Humanitas. M.d.P. 1996.
 - Tamagno Liliana Ester, "Pensar la interculturalidad desde y con los pueblos indígenas". Laboratorio de Investigaciones en Antropología Social LIAS. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata.
 - Taylor S. J., Bogdan R. "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Paidós. Buenos Aires. 1986.
 - Turaine Alan. La Discusión Pendiente. El Destino del Hombre en l Aldea Global. 1996. Bs As. Ed Fondo de Cultura Económico
-