

2015

Dispositivo móvil "A tu puerta" salud social en movimiento : Una experiencia innovadora de abordaje interdisciplinario en la zona sur de Partido de la Costa. Junio 2013 a Diciembre 2014

Baratucci, Aldana

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/82>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Licenciatura en Trabajo Social

TESIS DE GRADO

TITULO:

Dispositivo Móvil "A tu Puerta" – Salud Social en Movimiento:

*Una experiencia innovadora de abordaje interdisciplinario
en la Zona Sur del Partido de La Costa.*

Junio 2013 a Diciembre 2014

ESTUDIANTES: Baratucci, Aldana - Mat: 10088/08

Del Pópulo, María Celeste - Mat: 10370/08

Romero, Noelia - Mat: 10181/08

DIRECTORA: Dra. en Trabajo Social **Batista, Celina**

Octubre 2015
Mar de Ajo, Pdo. de La Costa



AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, queremos agradecer infinitamente a nuestras familias, por apoyarnos, acompañarnos y alentarnos a empezar, a seguir y por sobre todo a terminar esta hermosa carrera que nos fue enamorando paso a paso.

A la Municipalidad de La Costa y a sus responsables que tomaron la decisión de traer la carrera y permitirnos poder formarnos en nuestro propio lugar sin alejarnos de nuestros hogares.

A los profesores que viajaron día a día largos kilómetros para formarnos con el mismo entusiasmo y de la misma forma que a los compañeros de Mar del Plata.

A nuestra amiga Fabi por los momentos y años de estudios compartidos, gracias por estar y ayudarnos.

Al Lic. Vicente y su equipo que sin rédito alguno, han sido amables y accesibles a todas nuestras consultas y molestias para llevar a cabo este trabajo de investigación.

A Celina por acompañarnos y guiarnos en este largo pero enriquecedor proceso de aprendizaje y experimentación.

Y a todas aquellas personas que directa o indirectamente aportaron su granito de arena.

Como dijo Cerati: ***“Tarda en llegar y al final, al final hay recompensa”***

A todos y todas... Gracias Totales!!!

Aldi, Cele y Noe

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2. OBJETIVOS.....	7
1.2.1 Objetivo General:.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos:	7
2.1. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. La salud más allá de la Organización Mundial de la Salud.....	9
2.2. Equipos interdisciplinarios para abordar los procesos salud- enfermedad	13
2.3. Trabajo Social y su intervención en salud	16
2.4. Nuevos dispositivos de intervención frente al debilitamiento de las instituciones tradicionales.....	25
3. MARCO INSTITUCIONAL	27
3.1. Sistema de salud argentino.....	27
3.2. Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”, una experiencia innovadora en la zona sur del Pdo. de la costa.....	35
4. ELECCIÓN METODOLOGICA	49
4.1 ANÁLISIS TEÓRICO.....	49
4.2. OPCION METODOLOGICA.....	51
4.3. TIPO DE INVESTIGACION	52
4.4 MUESTRA E INFORMANTES	53
4.5 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	54
4.5.1 Entrevistas no estructuradas.....	55
4.5.2 Observación Participante	56
4.5.3 Fuentes Secundarias.....	58
4.6 ASPECTOS ETICOS.....	59
5. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	61

5.1 Intervenciones llevadas a cabo por el dispositivo móvil “A Tu Puerta”	64
5.2 Interdisciplinariedad en el abordaje del dispositivo móvil	70
5.3 Aportes del Trabajo social en el abordaje interdisciplinario del dispositivo móvil.....	74
6. CONCLUSIÓN	79
ANEXO.....	86
ANEXO I - PLANILLAS.....	86
ANEXO II - INFORMES.....	93
ANEXO III - FOTOS	114
BIBLIOGRAFIA	115

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación ha sido producto de un largo proceso, iniciado en el año 2008, de aprendizaje y conocimiento adquirido como estudiantes durante el transcurso de la carrera de Licenciatura en Servicio Social, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de la misma es reflejar dicho proceso integrando metodológica y conceptualmente, la experiencia empírica con la formación académica alcanzada en el transcurso de los cinco años de formación disciplinar, siendo éste un requisito indispensable para obtener el título de grado concluyente de la Carrera.

En el año 2012 una de las integrantes de este equipo de investigación realiza sus prácticas pre-profesionales en el campo de salud, insertándose en el servicio social del Hospital Municipal Carlos Macías de Mar de Ajó.

Durante el desarrollo de dichas prácticas se visualizan cuestiones propias del área de salud y el trabajo social que despiertan interés. Una de ellas sería la situación que atraviesan las personas que permanecen internadas por “motivos sociales” por tiempo prolongado a pesar de contar con el alta médica correspondiente. Esta situación generaría malestar en médicos y enfermeros quienes consideran que no sería función de la institución “ocupar camas” con estas personas.

Es así que, en una primera instancia tomamos la decisión de profundizar y/o analizar la categoría “paciente social” utilizada con una connotación negativa por el personal de salud de dicha institución (entendiendo por “social”: “loco”, “pobre”, “sucio”, “ignorante”, etc.). Explicitando nuestra postura y consecuente desacuerdo con esta “forma de nombrar” ya que consideramos que constituye una forma estigmatizante de “rotular” a las personas.

Al realizar los primeros acercamientos a la institución, ya como equipo de investigación, se toma conocimiento que desde la Dirección de Acción Social se habría creado un dispositivo móvil con el fin de abordar éstas situaciones en su ámbito domiciliario evitando así, las internaciones prolongadas por “motivos sociales”. Éste dispositivo denominado “A Tu Puerta, Salud Social en Movimiento” estaría integrado por un equipo interdisciplinario conformado por un Trabajador Social, un Enfermero y un Psicólogo.

Debido a que esta experiencia no tendría precedentes en el Partido de La Costa, consideramos pertinente, cambiar el foco y centrarnos en el funcionamiento del dispositivo móvil “A Tu Puerta”, evaluando la posibilidad de analizar si los objetivos de dicho dispositivo pudieron llevarse a cabo, es decir si se habrían logrado disminuir los ingresos al servicio de guardia y las internaciones prolongadas de los llamados “pacientes sociales”, que efectos o modificaciones favorables o no ofrecían a las personas abordadas por el mismo.

Al comenzar a indagar se observa que no hubo una planificación previa del mismo, que no se habrían definidos los objetivos claramente, ni planteado los alcances de los profesionales interviniente, sino más bien que se ha llevado a

cabo para cubrir la necesidad de la institución de liberar camas de los denominados “pacientes sociales”.

Lo anteriormente mencionado, sumado al poco periodo de implementación del Dispositivo “A Tu Puerta” (seis meses al inicio de esta investigación) hace que no se disponga de la información ni los hechos empíricos suficientes para analizar sus resultados, por lo tanto esta investigación se centrará en describir y analizar el funcionamiento del mismo durante los meses junio de 2013 a Diciembre de 2014, planteándonos los siguientes interrogantes: ¿Cómo es el funcionamiento del Dispositivo Móvil “A tu Puerta”?, ¿Qué intervenciones llevan a cabo?, ¿Cómo es el abordaje interdisciplinario? ¿Cuáles son los aportes del trabajador social dentro de este equipo?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar y describir el funcionamiento del Dispositivo Móvil “A Tu Puerta” durante los meses junio de 2013 a Diciembre de 2014

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las intervenciones llevadas a cabo por el Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”.

- Analizar el abordaje interdisciplinario del Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”.
- Describir los aportes del trabajador social dentro del Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”

2.1. MARCO TEÓRICO

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de la enfermedad son unas pobres causas”

(Ramón Carrillo)

2.1. LA SALUD MÁS ALLÁ DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

“Quiero comenzar comentando un poco la definición de SALUD que Uds. conocen y de la que no se tienen que olvidar, pero a la que le tienen que conocer las trampas. (...) la Organización Mundial de la Salud a partir de 1945 le ha expresado al mundo que la salud (...), es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad. Bueno, entonces, ¿qué quiere decir Salud?, ¿qué es para Uds. Salud?” (Ferrara, 2005, párr. 1)

Las palabras recién mencionadas surgen durante un teórico de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 2005 llevado adelante por el Dr. Floreal Ferrara, cardiólogo y especialista en medicina social. Seguido esto el Dr. Ferrara manifiesta que dicha definición tuvo buena recepción en su surgimiento, pero luego se empezó a “sentir que alguna cosa no estaba bien”.

La definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) surge en el año 1946, y significó un importante avance desde el punto de vista conceptual ya que aparece en reemplazo de la idea de la salud como la ausencia

de enfermedades biológicas, resultando así, una ampliación del marco interpretativo mas allá de lo físico o biológico.

Pero, siguiendo con el planteo del Dr. Floreal Ferrara, se considera que otorgarle a la salud sólo la perspectiva del bienestar y sus atributos de sentirse bien o de estar bien se transformará en una definición tautológica, es decir la repetición de un mismo pensamiento expresado de distintas maneras. Los epistemólogos han tratado de hallar conceptos dinámicos que superen y corrijan esta tautología utilizando sinónimos tales como adaptación, madurez, equilibrio pero tampoco han cumplido con el requerimiento profundo de la idea de salud-enfermedad.

El Dr. Ferrara (2003), en su texto *Conceptualización de la Salud*, manifiesta entonces que *“es necesario, hallar las referencias lingüísticas que abarquen el sentido dinámico de la salud-enfermedad, que comprendan a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia”*. (p. 1)

De esta manera, entiende a la salud como *“la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida”* (Ferrara, 1987), haciendo hincapié en que la salud está condicionada por la sociedad, que es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en sus caracteres histórico y social y la enfermedad no puede ser leída desde la perspectiva unicausal planteada por el paradigma positivista.

Es entonces que consideramos a la salud como un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada, lo

que implica una forma particular de resolver conflictos, y que incluye las contradicciones y los avatares de un proceso histórico.

Carballeda y Barberena (s.f) en su artículo Trabajo Social, Política Social y Salud siguiendo con esta línea de pensamiento manifiestan que la *“Salud como conflicto; surge del intercambio dinámico del hombre con su medio, así aparece el óptimo vital de salud. El ser humano, está en salud si resuelve los conflictos y mantiene el intercambio.”* De esta manera, si se acepta que es la vida cotidiana, condicionada por componentes del contexto el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad, es posible comprender que desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicancias de la intervención en lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro.

Siguiendo esta línea de análisis, la Lic. en Trabajo Social Lucía Amico (2004) expresa que:

“salud no puede definirse en forma de una categoría absoluta, objetiva e inmutable. Corresponde construirla y reconstruirla junto a las prácticas. Es por eso que prefiero definir salud como: El máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad.”

Históricamente el proceso salud-enfermedad ha sido un campo de incumbencia propiamente médico y si bien resulta complejo dar cuenta de los motivos que indujeron a la medicina a incluir a las ciencias sociales dentro de su campo de intervención, se podría afirmar que estos responden a la búsqueda de

indicios para la comprensión de lo que hoy se llama proceso de salud-enfermedad.

No hace muchos años que se comenzó a entender la cuestión de la salud como algo vinculado con lo social. Si bien, se puede encontrar antecedentes a fines del siglo pasado (durante la época del surgimiento de la salud pública) los mismos eran llevados adelante desde el higienismo, ligado éste al positivismo, encuadrado dentro del modelo liberal positivista. En el caso de la Argentina, la verdadera correlación entre la salud y lo social, surge durante la gestión de Ramón Carillo como Ministro de Salud (1946-1954). Esta lectura de lo social, la hace el Estado y desde ahí comienza a resolver problemáticas en forma global y dando cobertura universal a la población.

Respecto a la intervención propiamente en el ámbito de la salud, los trabajadores de la salud interactúan con un conjunto de disciplinas y saberes que conforman el ámbito laboral, en donde el modelo biomédico se presenta como la verdad absoluta la cual no presenta fisuras, como si esta fuera la única forma de intervenir y concebir al sujeto.

De esta manera, podemos distinguir dentro del campo de la salud dos grandes corrientes. Una positivista, ligada a la visión biologicista de las ciencias naturales, con la utilización de técnicas cuantitativas, con una definición de salud y sociedad en términos de sistemas y funciones, que reduce la complejidad del objeto a enfermedad/muerte. Esta corriente, está relacionada al capitalismo y a la improductividad del cuerpo en estas circunstancias de enfermedad. Para esta ideología los problemas de salud son individuales y consisten en apartarse de la

“normalidad biológica”; las enfermedades tienen un origen causal y la forma de respuesta es básicamente la atención médica.

La segunda corriente, denominada materialista histórica está relacionada con las ciencias sociales, con un método hermenéutico y técnicas cualitativas, teniendo en cuenta el atravesamiento histórico- cultural del fenómeno salud, proponiendo un modelo estratégico o contra-hegemónico. Considera que son muchos los factores que entran en juego a la hora de diagnosticar una enfermedad, producto de la historia del sujeto como desencadenante fáctico y simbólico de la enfermedad y como factor predominante en la resolución. Los usuarios de los servicios de salud nunca son individuos atomizados, desarraigados de inscripciones sociales.

2.2. EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS PARA ABORDAR LOS PROCESOS SALUD- ENFERMEDAD

Entendiendo que la salud-enfermedad no puede ser considerada como un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones unicasales, sino que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada, los equipos de salud necesitarán tener entonces un enfoque caracterizado por la integración de diferentes disciplinas.

Lo antes mencionado, puede ser entendido a partir de lo propuesto por Alicia Stolkiner (1999), quien señala que existen dos niveles de análisis en torno al tema de la Interdisciplinariedad: un nivel epistemológico y de historia del

conocimiento donde se plantea que *“...la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad lineal (...) y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar”* y un nivel metodológico, respecto al cual, la autora indica, *“...que la simple unión de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina, sino que para hablar de un abordaje interdisciplinario, debe existir un marco de representaciones comunes entre las disciplinas; ya que para que un equipo interdisciplinario pueda funcionar como tal, requiere la inclusión programada dentro de sus actividades de ciertas diligencias que son indispensables... por ejemplo, que el tiempo dedicado por dichos equipos a sus reuniones de discusión de casos, sea reconocido como parte del trabajo, puesto que para lograr los objetivos propuestos, se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo”* (p.1)

La interdisciplinariedad es entonces, una forma de entender y abordar, es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. No supone la suma y aglomerado de conocimientos sino la interacción e intersección de los conocimientos de cada disciplina, formando la construcción de un nuevo modo de entender y abordar al sujeto.

Esto podría explicarse aún mejor con la metáfora planteada por Stolkiner (1999):

“...la orquesta sinfónica, en la que cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares, puede sonar inarmónica si llegásemos antes de que el concierto comience, sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una; un solo producto que no obstante, contiene la diversidad de sonidos de cada

instrumento de una manera que no se explica por simple adición. De este modo, si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, sería la interdisciplinariedad". (p. 2)

Al observar la metáfora propuesta por la autora, se puede vislumbrar que en los equipos de trabajo interdisciplinario, ocurre algo similar, ya que en ellos participan una variedad de profesionales, pertenecientes a diferentes disciplinas, los cuales son entendidos como los diferentes instrumentos de la orquesta, quienes al funcionar de manera conjunta lo hacen de manera armónica, en donde la suma de las diferentes disciplinas se unen en pos de una interpretación integral y totalizadora de la realidad, con el objetivo de superar las apreciaciones particulares de cada disciplina.

La constitución de un equipo de trabajo interdisciplinario implica valorizar tanto de la subjetividad de cada uno de los profesionales, sus conocimientos, sus prácticas, así como también el reconocimiento de lo que la producción grupal puede generar.

De este modo, teniendo en consideración lo planteado anteriormente, se puede concluir que los equipos de trabajo interdisciplinarios desarrollan un papel fundamental frente al abordaje de los fenómenos sociales, puesto que a través de la suma de los aportes especializados de las diferentes disciplinas, es que se hace posible reconstruir la totalidad de la realidad social, a partir de una mirada más totalizante e integradora en donde cada disciplina aporta desde su propia mirada.

2.3. TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN SALUD

Consideramos que el *“Trabajo Social -como cualquier otra disciplina- no constituye una categoría abstracta, que funciona independientemente de las determinaciones histórico-sociales. (...) Que el emparentamiento del Trabajo Social con el funcionamiento y las características de la sociedad en su conjunto, en un período determinado, constituye una variable inexcusable para entender el por qué, el para qué y el cómo de la profesión.”* (Alayón, N. y Molina, M. L., 2007, p.46)

En Argentina el Trabajo Social como profesión institucionalizada y legítimamente reconocida surge en el siglo XX, pero existieron con anterioridad prácticas e intervenciones que se desarrollaron en el terreno de la asistencia y de los problemas sociales desde el siglo XIX, los cuales se constituyeron como antecedentes de la profesión.

En 1930 se crea en Argentina la primera Escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino, la carrera de Asistente Social dependiente de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, el curso de Visitadoras de la higiene en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1924 y en la Universidad de La Plata en 1938.

La conformación de estas primeras escuelas de Asistencia Social *“se vincula en principio con una concepción para-médica y luego para-jurídica, buscando ampliar el panorama de esas disciplinas desde una idea de **personal***

auxiliar que interviene pero que media y trasmite su saber a las disciplinas de origen (derecho y medicina)” (Carballeda, 2006, p.42)

A mediados de la década del cuarenta, las intervenciones del Estado toman un carácter más sistemático y lentamente comienza a tener un papel novedoso orientado hacia los *Derechos Sociales*, categoría surgida a partir del impacto de la 2da Guerra Mundial.

En este contexto, *“la práctica de los Asistentes Sociales, visitadoras de higiene, médicos, educadores, etc., ahora se desliza dentro de un nuevo marco y nuevos condicionamientos, si se quiere explicativos de los problemas y con su forma de resolución vinculándose fuertemente con la política social y con la idea de dignidad que les daba un nuevo sentido.” (Carballeda, 2006, p.65)*

En esta nueva mirada, una necesidad se transforma en un derecho social no cumplido. Hasta ese momento, las necesidades estaban fuera del lugar de lo legal y eran cubiertas por la filantropía, la caridad y el asistencialismo.

La década del sesenta estuvo atravesada por una fuerte convulsión política e importantes cambios sociales.

En este contexto, el trabajo social se pronuncia como *agente de cambio* basado en la teoría del “cambio social” que proponía un pasaje de una sociedad tradicional a una sociedad moderna.

La noción de necesidad se corre del lugar de los derechos y se acerca paulatinamente a la anormalidad, la inadaptación o el desajuste. Así, la intervención social desde las políticas sociales *“no se presenta como un derecho,*

sino como la cobertura de una falta que debe ser determinada ahora por un técnico, un especialista” (Carballeda, 2006, p.82)

En el campo de la salud, surgen las primeras intervenciones de orientación interdisciplinaria en forma inconstante y comienza a reemplazarse las explicaciones unicasales por la noción de multicausalidad saliendo así de los esquemas explicativos ligados a las ciencias naturales como causas de la enfermedad.

En el Trabajo Social especialmente en el campo de la salud *“comienzan a utilizarse conceptos relacionados con los criterios de desviación, adaptación, marginalidad, disfunción, patología social, etc, que también poseen un alto nivel de medicalización, retomándose tradiciones relacionadas con los orígenes paramédicos de la profesión” (Carballeda, 2006, p.85)*

A mediados de la década del sesenta se ubican las bases del modelo de Reconceptualización. Este paradigma surge como un modelo contestatario a las ideas de modernización y de que los países periféricos deberán recorrer el mismo camino y destino de los países centrales en para lograr el desarrollo.

Este nuevo movimiento, intentaba profundizar el análisis social desde una perspectiva centrada en el país y su inserción dentro de América latina. Se presenta como un momento de ruptura, implicando una renovación profesional, abriendo nuevas perspectivas y reflexiones sobre el quehacer profesional del Trabajo Social. Desde el ámbito de la salud, la intervención se ve vinculada con los objetivos propios del movimiento: una idea transformadora, orientada hacia la concientización y organización popular.

A partir del golpe de Estado de 1976 todo el campo de ideas de la Reconceptualización ingresó en una etapa de retroceso. La aplicación del modelo neoliberal comenzó a expresarse a través del achicamiento del Estado, el desmantelamiento del sector salud en lo que respecta a prestaciones y número de camas hospitalarias, limitaciones al trabajo comunitario, políticas sanitarias restrictivas e incorporación de aranceles en los hospitales públicos entre otras.

Estas cuestiones, situaron gran parte de la intervención del Trabajo Social *“en la elaboración de encuestas sociales para la determinación del pago o no de aranceles”* (Carballeda, 2006, p.85)

“El neoliberalismo resaltó hasta el cansancio las supuestas bondades del sector privado en políticas sociales, fortaleciendo el “onegeismo”¹ y en detrimento del sector público. Mientras el primero era, supuestamente, eficiente, honesto, transparente, moderno, el segundo era corrupto, ineficiente, antiguo” (Kirchner, 2011, p.67). La puesta en práctica de las políticas sociales y la forma en que eran llevadas adelante estaban a cargo de consultoras, la mayoría dependientes del poder especulativo; es decir, diseñadas por los centros de poder de los cuales provienen los créditos internacionales de acuerdo a lo planificado por los países centrales.

Las políticas sociales en la década del noventa no fueron integrales, sino focalizadas, dirigidas a paliar sufrimientos individualizados y demostrables.

El desarrollo de este tipo de accionar por parte del Estado, las sucesivas situaciones de crisis en la economía, fueron erosionando diferentes esferas de la

¹ Supremacía de las Organizaciones No Gubernamentales por sobre la política y de lo público

sociedad Argentina, hasta llegar a una etapa de crisis que tiene su expresión máxima en el año 2001. Para mayo de 2002, el 51,4 % de la población tenía ingresos que estaban por debajo de la línea de pobreza y el 21,9% se encontraba en situación de indigencia. (Atencio, 2011, p.22)

Luego de un período de transición, desde el año 2003 con la llegada al poder de Néstor Kirchner se produjo un cambio en las políticas públicas que comenzaron a desarrollarse. Se pueden observar acciones ligadas con la equidad y de la distribución de la riqueza.

En este nuevo contexto, las políticas sociales, los programas y los proyectos son considerados como instrumento del Trabajo Social, actuando como respuestas a las demandas de la comunidad y de los sujetos con los cuales se interviene, actuando a su vez como facilitador para que las mismas puedan ser percibidas como derechos.

A partir de lo expuesto se evidencia ese vínculo entre las características asumidas por el Estado y el ejercicio profesional. Cada proyecto de sociedad impulsado a nivel estatal constituye el fundamento teórico, ideológico y político de la profesión.

Se considera que el trabajo social en el campo de la salud debe basarse en los derechos humanos como igualdades a construir y en transformaciones sociales que den cuenta de ciudadanías emancipadas; las cuales son caracterizadas por Bustelo y Minujin (1998) por tener a la igualdad social como valor central, entendidas fundamentalmente como el derecho de las personas a tener iguales oportunidades para acceder a los bienes social y económicamente

relevantes. La ciudadanía emancipada es por definición una propuesta socialmente inclusiva.

La Salud, en la República Argentina, es considerada un DERECHO, y el mismo se encuentra reconocido en el art. 42 de la Constitución Nacional ² y de los diversos tratados internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el art. 25³, de Jerarquía Constitucional (art. 75, inc. 22 C. N.). Es así que considerar a la Salud como un Derecho genera que el Estado ponga en marcha mecanismos para asegurar el resguardo y cumplimiento de ese derecho.

La constitución de la provincia de Buenos Aires garantiza, en su artículo 36, punto 8 *“a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y*

² Art.42 “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.”

³ Art 25 inc1. “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización”.

El derecho a la salud no se restringe a la protección de forma individual, ya que tiene una dimensión social en la medida en que la salud pública es apropiada por todos los sectores de la sociedad como derecho social, como derecho colectivo. Se percibe a la salud como núcleo central de la idea de la calidad de vida, como uno de los elementos de la ciudadanía, que se realice no solo desde un Estado que tiene la obligación de curar y evitar la enfermedad, sino el de garantizar la promoción de la salud.

Por otro lado, consideramos importante señalar que tal como menciona Escartín y Suarez (1994) *“el Trabajo Social es una profesión que no sólo estudia los problemas, si no que, a través de la intervención profesional, procura el tratamiento, erradicación y prevención de los mismos en la complejidad de sus interrelaciones”* (p. 51). Es decir, el Trabajo Social, es una profesión que no sólo aborda el problema como tal, sino que al estudiarlo e intervenirlo, toma en consideración una serie de factores (contexto, actores, etc) con el objetivo de analizarlos en búsqueda de generar la prevención y/o erradicación de los mismos, a modo de generar modificaciones en las situaciones problemáticas en las que interviene, siendo esto lo distintivo de la profesión: su intencionalidad transformadora.

En el transcurrir histórico del Trabajo Social, se pueden observar diversas formas de intervenir (la administración de recursos, el acompañamiento, el sostenimiento de lazos sociales, la reivindicación de derechos, etc.) sobre

diferentes situaciones que se expresan de forma singular a nivel territorial, familiar e individual.

Entendemos la intervención en lo social como *“un complejo espacio de encuentro entre la subjetividad y contexto atravesado por lo histórico, social, cultural, político y territorial”* (Carballeda, 2013, p.51)

Lo social de la intervención del Trabajador Social es posible pensarla en tres órdenes relacionados entre sí y articulados a través de su singularidad: la protección social, el lazo social y los problemas sociales.

Cabe mencionar que no existe una organización jerárquica entre estos tres órdenes, es la práctica quien de manera compleja y variable construye diferentes secuencias y formas de relación entre ellos.

La intervención del Trabajador Social a través del sistema de *protección social* implica una serie de políticas, planes, programas, instituciones y organizaciones para prevenir, aminorar y enfrentar los riesgos que producen las desigualdades sociales. Es importante mencionar que el sistema de protección social constituye un aspecto del trabajo social en tanto éste, se articule con los otros dos órdenes.

El *lazo social* como segundo orden de los aspectos propios del Trabajo Social, se relaciona con la intervención en las tramas sociales que rodean al sujeto. El lazo social *“atraviesa desde las relaciones sociales más cercanas al sujeto hasta aquellas que lo contienen y construyen dentro de diferentes tramas sociales”* (Carballeda, 2013, p.41)

El tercer orden que termina de delimitar lo social del Trabajo social se relaciona con la noción de *problema social*, entendiéndolos como *“fragmentaciones de la cuestión social, términos en los cuales se instituye lo social como instancia pública de la acción social del Estado”* (Rozas Pagaza, 2001)

En este sentido, Nidia Aylwin (1983) plantea que lo distintivo del Trabajo Social en su enfoque respecto al problema social es *“la perspectiva totalizada desde la cual lo aborda, la diversidad de áreas problemáticas que atiende y la variedad de niveles de intervención que demuestra en su práctica”*.

Es así que lo propio del Trabajo Social la diversidad de campos de acción en las que se puede desenvolver ya que es una profesión que trabaja en la mayoría de los problemas sociales y a todos los niveles (comunitario, grupal o familiar).

Creemos que lo propio del Trabajo Social está constituido por su forma particular de entender el problema social y acercarse a él, así como también por la intencionalidad transformadora que dirige su actividad profesional.

Para finalizar, los problemas sociales en el contexto de la intervención del Trabajador Social se expresa en diferentes situaciones que desde lo singular articulan en el espacio de lo macro y lo micro social. Dichas situaciones, implican la necesidad de construcción de nuevos dispositivos de intervención que permitan recuperar la condición histórico-social perdida.

2.4. NUEVOS DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN FRENTE AL DEBILITAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES TRADICIONALES

Teniendo en cuenta el debilitamiento de las instituciones tradicionales, sus modos de intervención y que las mismas fueron creadas desde una perspectiva de sociedad integrada, los dispositivos típicos de intervención (en este caso lo que se respecta a las instituciones de salud) entran en crisis dada la compleja trama de los escenarios de intervención y de las demandas.

Tomando en cuenta los aportes de Foucault en relación al concepto de dispositivo, se puede mencionar en principio que el mismo es un término técnico decisivo en la estrategia del pensamiento del autor. Lo utiliza a menudo, sobre todo a mitad de los años setenta, cuando empieza a ocuparse de lo que llamo “Gubernamentalidad” o el “gobierno” de los hombres. Aunque, propiamente, nunca de una definición exacta, se aproxima a una conceptualización en 1975, en el curso dictado por el mismo, titulado “Los Anormales”. Afirmando que:

“lo que trato de indicar con este nombre (dispositivo) es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo, que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no dicho, estos son los elementos del dispositivos. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos heterogéneos. Así pues, ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el contrario como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad. Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las

modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes. Por dispositivo, entiendo una especie -digamos- de formación que tuvo por función mayor responder una emergencia en un determinado momento. El dispositivo tiene pues una función estratégica dominante (...) Está siempre inscripto en un juego de poder” (Foucault, 1975, p.299)

Un dispositivo es, entonces, el resultado de la permanente relación que un conjunto heterogéneo de elementos mantienen entre sí. Estos elementos heterogéneos que se conjugan pueden ser parte tanto de formaciones discursivas como de formaciones no-discursivas, de este modo, el dispositivo es la red que se establece entre los elementos pudiendo ser un programa institucional que surge para responder a un problema en determinado momento histórico.

Consideramos pues, desde esta perspectiva, que los dispositivos de intervención son la puesta en acción de un discurso que permite dar respuesta a las problemáticas sociales actuales frente a la crisis que atraviesan las instituciones típicas.

Este cambio de lógica en los procesos de intervención social debido al debilitamiento de las instituciones, tal como afirma el Dr. Carballeda (2013):

“sugieren la necesidad de una forma de presencia institucional diferente, proactiva que salga al encuentro de los sujetos de derecho en el territorio, la construcción paulatina de nuevas formas de articulación interinstitucional para una más amplia protección y promoción de condiciones de participación en procesos de organización y desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias, tanto preventiva como asistenciales.” (p.61)

3. MARCO INSTITUCIONAL

3.1. SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Resulta pertinente para esta investigación iniciar este apartado citando el párrafo 1 del Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos el cual afirma que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*. Consideramos que éste ha sido un documento esencial que ha sentado las bases de cada una de las naciones miembros que desde hace tiempo buscan garantizar y hacer realidad la dignidad de los seres humanos.

La salud ha sido un derecho declarado y reconocido desde la década del '40, por tal motivo creemos necesario dar cuenta de este proceso llevado a cabo en torno a la conformación del Sistema de Salud en nuestro país.

De acuerdo a lo establecido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2001) éste plantea *“que la conformación actual del sistema de salud argentino es el resultado de una compleja y relativamente corta evolución”* (p.7). El sector público comienza a ocupar un papel central recién a mediados de la década del 40, siendo el crecimiento urbano y las corrientes migratorias quienes explican las nuevas orientaciones de las tareas del Estado en materia de salud pública. Hasta entonces el sistema estaba conformado por una multiplicidad de instituciones, casi todas de beneficencia y por algunos hospitales de comunidad,

se entendía a la salud como objeto de caridad y responsabilidad individual, siendo ésta su concepción dominante.

La transformación más importante se dio con la organización de los servicios de salud estatales. Hasta ese momento, el Departamento de Higiene dependía del Ministerio del Interior, pero a partir de 1943 se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Conjuntamente con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social se generó una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno satisfaciendo mejores condiciones de vida. La Secretaría de Trabajo promovió el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales que luego dará lugar a las obras sociales.

El Estado comienza a financiar programas verticales contra enfermedades endémicas, crea centros de salud ambulatorios y expande la oferta de servicios en establecimientos propios; adquiere gran presencia como prestador y, pese a que la Constitución Nacional no le da atribuciones al gobierno nacional, se nacionalizan hospitales y desplaza a las sociedades de beneficencia y a prestadores privados, con y sin fines de lucro.

Este período se caracteriza por la planificación estatal centralizada de acuerdo con el inicio mundial de los derechos a la salud y la universalización de la cobertura. La fragmentación y la heterogeneidad del modelo se mantendrán en las nuevas organizaciones, así como también la estratificación de la cobertura y el acceso a los beneficios.

La Lic. Susan López (2006), profesora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), expresa que *“el mayor crecimiento del sistema público se dio en la gestión del Dr. Ramón Carrillo, por ejemplo el Nº de camas hospitalarias creció de 63.000 en 1946 a 108.000 en 1955. El hospital se convirtió en el eje de la atención y Carrillo pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes”* (p.1)

Con Carrillo se expresaba una fuerte voluntad de regulación de la atención de la salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a sectores menos pudientes, esta es una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humanos en salud pública.

Además López agrega, *“esta gran capacidad asistencial fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista, pero además la atención hospitalaria se había incorporado en el comportamiento colectivo del cual no es fácil retroceder”*. (p.2)

A partir de 1955 y hasta 1970, en el contexto regulatorio e institucional, el Estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias, se inicia la regulación para la formación de recursos humanos y la regulación del mercado de medicamentos. El Estado nacional amplía los programas verticales que financia incorporando programas de salud rural. Como prestador, además de descentralizar hospitales públicos, se sanciona la Ley N° 17.102 de hospitales de

comunidad. Durante este período, disminuye el número de camas del sector público y se incrementa la capacidad instalada del sector privado.

Desde 1970, el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la Ley N° 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. El sistema de obras sociales se extiende, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. La Ley N° 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad.

Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a ser la única cobertura de una porción creciente de la población, la más carenciada, sin cobertura de la seguridad social. No obstante, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas.

Con la llegada de la democracia se intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS). La Ley del SNS se aprobó desdoblándose en la Ley de Obras Sociales 23.660 y la del SNS 23.661. La mayor resistencia fue dada por los gremios que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales.

Ya en la década de los '90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación

del modelo ideológico neoliberal, se realizaron reformas sectoriales en el marco de una política económica de apertura comercial, desregulación de algunos mercados y privatización de empresas de servicios públicos.

Finalmente, las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 pueden identificarse como una nueva etapa. Los años que siguieron a la crisis fueron de emergencia sanitaria. Durante este período se pusieron en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos. En paralelo a la instrumentación de políticas de emergencia, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud (COFESA) una estrategia sectorial de mediano y largo plazo.

En primer lugar, se propuso que la estrategia surgiera de un consenso entre los distintos niveles de gobierno, ya que debido a la organización federal del país, las responsabilidades sustanciales de la provisión pública de salud corren por cuenta de las provincias. En consecuencia, la estrategia debía tomar en cuenta las posibilidades de cada una de las jurisdicciones.

En segundo término, se propuso que la estrategia se planteara como una secuencia de reformas y no como una modificación estructural drástica. En el mismo sentido, se propuso que la estrategia fuera flexible, para adecuarse a las circunstancias y adaptarse a lo largo del tiempo. Más allá de estos importantes logros en materia de salud pública, el sistema en su conjunto consolidó su organización fragmentada, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores; Público, de la Seguridad Social y Privado.

Acuña y Chudnovsky (2006), investigador del CONICET y Licenciada en sociología de la UBA, observan en este sentido, no sólo la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino también serios niveles de fragmentación dentro de cada uno de ellos. Éstos afirman que:

“en el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y, en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación”. (p.4)

La Licenciada en Sociología Laura Golbert (20013) en su publicación titulada *“Posibilidades y restricciones de las políticas públicas; el caso del Sistema de Salud Argentino”* señala que la recuperación de Argentina luego de la crisis de 2001 fue sorprendentemente rápida, en donde en dos años no solo se logro apaciguar el conflicto social y retomar el funcionamiento de las instituciones políticas sino que la actividad económica experimento una acelerada recuperación con un PBI creciendo al 9% por año.

A partir del año 2002, y como una estrategia para paliar la situación sanitaria de los sectores más vulnerables, desde el Ministerio de Salud se propuso una serie de medidas esenciales sobre medicación; *“la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y la provisión pública para sectores de*

la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos". (Maceira, Apella y Barbieri; 2005, p1).

Las dos primeras estaban dirigidas, a aquellas personas que cuentan con cobertura de salud y/o recursos para acceder a los medicamentos. La tercera para aquellas que dependen exclusivamente del sistema de salud público, cuya principal medida fue la creación del Programa Remediar⁴.

En el año 2005 con el propósito de disminuir los índices de morbimortalidad infantil y fortalecer la red pública de servicios de salud, se puso en marcha el Plan Nacer⁵. Este Plan es considerado como un proyecto de inversión en salud materno infantil. En el marco del Plan Federal de Salud, buscando disminuir las brechas entre jurisdicciones, el programa funciona con el esquema de un seguro público en los hospitales, maternidades y centros de atención de todo el país..

Este tipo de intervención se continuó con la asunción, en el año 2007, de la Presidente Cristina Fernández de Kirchner. A diferencia de lo sucedido con el sistema previsional y/o con la implementación de la Asignación Universal por Hijo, la intervención del gobierno nacional en el campo de la salud –pese a las

⁴ Este Programa fue creado con el fin de enfrentar la emergencia sanitaria decretada en 2002. Su objetivo es la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios en Centros de Atención Primaria (CAPS). También se busca fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa. En el año 2009 el Programa Remediar incorporó el componente "Redes", involucrando a actores que brindan servicios de salud entre distintos niveles de atención y distintas regiones, así como a personas u organizaciones que no necesariamente se desempeñan como efectores en los servicios. El propósito planteado fue realizar un trabajo conjunto con las autoridades provinciales y municipales promoviendo la participación de todos los actores de las redes seleccionadas por cada provincia. Suponiendo un esquema de coordinación de la oferta sanitaria desde el gobierno nacional incluida en la estrategia de la Atención Primaria a la Salud. Una iniciativa de este tipo significó un avance en el ordenamiento del sector salud.

⁵ Brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. La provisión gratuita incluye un conjunto de prestaciones esenciales: controles de salud, ecografías, vacunas, consejerías, estudios de laboratorio, consultas oftalmológicas y odontológicas, entre otras.

inequidades existentes— se limitó a implementar políticas públicas de asistencia a los sectores más vulnerables sin tocar el sistema.

Durante este periodo Nacional y Popular se han sancionada casi 100 leyes en materia de salud, entre ellas; de educación sexual integral, derechos del paciente, salud mental y adicciones, acceso a la reproducción asistida, marco regulatorio de medicina prepaga, producción pública de medicamentos, entre otras. Además el calendario nacional de vacunación cuenta con 19 vacunas gratuitas y obligatorias, siendo de los más completos del mundo. Al mismo tiempo se han desarrollado políticas tendientes al fortalecimiento de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de chagas en algunas provincias argentinas.

Finalizamos este recorrido histórico en torno al sistema de salud en nuestro país citando un párrafo de la Licenciada Golbert (2013), a quien ya hemos seleccionado oportunamente, coincidiendo en su discurso donde menciona que:

“El poder político y la voluntad de cambio son condiciones necesarias pero no suficientes para avanzar en el ordenamiento del sistema de salud (...) Reforzar la autoridad estatal es un requisito ineludible (...) Se precisa un estado, tanto nacional, provincial como municipal, fortalecido financieramente y con recursos humanos capacitados como para mejorar la calidad y accesibilidad de la atención médica, y poner en marcha una política pública de salud sustentable”.

3.2. DISPOSITIVO MÓVIL “A TU PUERTA”, UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN LA ZONA SUR DEL PDO. DE LA COSTA

El Partido de La Costa se halla ubicado en el sudeste de la Provincia de Buenos Aires. El mismo ocupa una franja costera de 96 km. de largo y un ancho variable de 2 a 4 km., limitando al Norte con la Bahía de Samborombón, al Sur con el Partido de Pinamar, al Este con el Mar Argentino y al Oeste con el Partido de Gral. Lavalle.

La Ciudad cabecera del Partido -sede del Gobierno Municipal- es Mar del Tuyú, la elección de esta localidad se hizo teniendo en cuenta que es el centro geográfico de la zona urbanizada de este Municipio.

Debido a la extensión que caracteriza a este Partido, el mismo se encuentra dividido en tres zonas:

- **Zona Norte:** San Clemente del Tuyú
- **Zona Centro:** Las Toninas, Costa Chica, Santa Teresita, Mar del Tuyú y Costa del Este
- **Zona Sur:** Aguas Verdes, La Lucila del Mar, Costa Azul, San Bernardo, Mar de Ajó y Nueva Atlantis.

De modo estratégico y para facilitar el acceso de la población al Sistema de Salud, en cada zona funciona un Hospital Municipal y varios Centros Comunitarios y/o Unidades Sanitaria.

Zona Norte:

- Hospital Municipal San Clemente del Tuyu.
- Centro Comunitario Barrio San Martín.
- Centro Comunitario Barrio Juan XXIII

Zona Centro:

- Hospital Municipal Dr. Roberto León de Dios Santa Teresita.
- Unidad Sanitaria Las Toninas.
- Centro Comunitario Barrio Parque Golf Santa Teresita.
- Centro Comunitario Barrio Las Quintas Santa Teresita.

Zona Sur:

- Hospital Municipal Mar de Ajo Dr. Carlos Macías.
- Centro del Diagnóstico Municipal Mar de Ajo.
- Unidad Sanitaria Aguas Verdes.
- Unidad Sanitaria La Lucila del Mar.
- Centro Comunitario Costa Azul.
- Centro Comunitario San Bernardo.
- Centro Comunitario Mar de Ajo Norte.
- Centro Comunitario Villa Clelia.
- Centro comunitario Eva Perón.
- Centro Comunitario Nueva Atlantis.
- Sala de Primeros Auxilios Barrio Rocco

Vale decir que en los Centros Comunitarios y/o Unidades Sanitarias se lleva adelante todo lo relacionado con la atención y prevención primaria de la salud, mientras que en los hospitales se realiza atención primaria y secundaria. Abordando casos más complejos, que requieren de una atención específica y especializada.

El Sistema de Salud en la provincia de Buenos Aires está dividido en doce Regiones Sanitarias. Éstas son las encargadas de la georeferenciación de los Municipios que las integran y es el ente intermediario entre éstos, el Ministerio de la Provincia y Ministerio de Nación.

Así mismo, el Partido de La Costa se inscribe dentro de la Región Sanitaria VIII que se encuentra comprendida por los siguientes municipios: Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, General Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil, Villa Gesell, Partido de La Costa.

Desde la Secretaria de Salud de la Municipalidad de La Costa se dirigen los tres hospitales ubicados uno en cada zona del Partido, siendo el Hospital Carlos Macías de Mar de Ajó, ubicado en la zona sur, el de mayor complejidad, ya que cuenta con un número mayor de especialidades medicas. Por este motivo recibe mayor afluencia de pacientes, no solo de la zona donde se encuentra ubicado, sino también derivados desde los otros nosocomios del Partido.

El Hospital Carlos Macías, además de contar con un gran número de especialidades, cuenta con una estructura edilicia inaugurada hace menos de dos años, lindera a este nosocomio y que complementa las especialidades ya existentes. El Centro de Diagnostico de la Costa, como se ha dado a llamar, si bien posee una jefatura propia funciona integrado a este hospital, contando con los recursos materiales y profesionales necesarios para la realización de tomografías, ecografías, ecodoppler, mamografías, videoendoscopia, etc.

Prácticamente al mismo tiempo se ha reestructurado todo el servicio de pediatría, aumentando así el número de camas de internación e inaugurando una nueva área de neonatología, cuestión sumamente importante ya que hasta entonces las situaciones de alto riesgo debían ser trasladadas a Hospitales de Mayor Complejidad en Mar del Plata, con las consecuencias que ello trae aparejado en los grupos familiares de sectores más vulnerables (riesgos propios del traslado, gastos de transporte y alojamiento, desorganización familiar entre otras)

Dentro de toda esta estructura sanitaria el único servicio que se desempeña dentro del hospital y que no depende de la Dirección de Salud, es el **Servicio Social** el cual desprende sus funciones de la Dirección de Acción social, específicamente de la Secretaria de Desarrollo Social. Siendo ésta una particularidad que repercute directamente en las intervenciones diarias de los profesionales intervinientes.

El servicio social del Hospital Carlos Macías de Mar de Ajó se encuentra conformado por dos Trabajadores Sociales y dos administrativas. Desde el área

administrativa se realizan acciones tendientes a la gestión de turnos, ya sea en otros hospitales del Partido como en Centros de mayor complejidad pertenecientes a la Región Sanitaria VIII, coordinación del servicio de traslado municipal con destino Capital Federal, La Plata y Mar del Plata, realización de gestiones vía Ministerio (resonancias, medicación, prótesis, etc.), gestión de estudios de personas que se encuentra internadas y que no poseen obra social.

Desde el área profesional el trabajo del Servicio Social consta de diferentes momentos, aunque siempre condicionados a las situaciones emergentes, entendiendo a éstas como aquellas que van surgiendo a lo largo del día, diferenciándolas de las que se encuentran siendo abordadas con anterioridad.

Al comienzo de cada día se realiza un relevamiento de “piso”, donde las Trabajadoras Sociales recorren las diferentes salas de internación, incluyendo los servicios de pediatría, clínica, ginecología, traumatología, cirugía y guardia del hospital. Luego del recorrido, se realiza la lectura de los diferentes registros: historias clínicas y libros de guardia. Este es un momento clave para la intervención: a través de la lectura de los registros se terminan de delinear las acciones que se llevarán a cabo durante el día.

Este procedimiento se realiza con regularidad a fin de visualizar situaciones nuevas, mediante contacto directo o en articulación con los diferentes profesionales y, además, para continuar con aquellas situaciones en las que intervino, diseñando en conjunto estrategias de intervención y determinando las acciones pendientes.

Al mismo tiempo desde el consultorio se atiende la demanda que va surgiendo espontáneamente, la cual se podría caracterizar por el asesoramiento, la gestión de recursos, ingresos a distintos programas, solicitudes de prótesis, gestión de turnos, articulación con otros efectores, etc.

Por otro lado, el Servicio de Guardia se presenta como un espacio en sí mismo “complejo”, donde la dinámica misma establece un encuadre particular, constituye un espacio propio de intervención, determinados por la posible aparición de nuevas interconsultas.

En el ámbito hospitalario se entiende por “pacientes sociales”, a aquellas personas que al ingresar presentan motivos de intervención para el Servicio Social, por ejemplo: derivar de estar en situación de calle, presentar consumo problemático de diversas sustancias, ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta, presentar algún tipo de padecimiento mental, poseer una débil red social o su inexistencia.

En general éstas personas permanecen internadas por “motivos sociales”, internación que se da principalmente frente a la imposibilidad de externación post alta médica, debido a las características dadas con anterioridad, las cuales dificultarían la continuidad de un tratamiento ambulatorio.

Así mismo creemos oportuno explicitar nuevamente, tal y como se menciono en la introducción, nuestra postura y firme desacuerdo con esta “forma de nombrar”, considerando que constituye una forma estigmatizante de “rotular” a las personas. Especialmente por la connotación negativa que simboliza para quienes la utilizan.

Consecuentemente con lo descripto se puede afirmar que desde el Servicio Social del Hospital de Mar de Ajo se ha observado como problemática central el recurrente reingreso al servicio de guardia de personas que atraviesan un proceso de salud-enfermedad, los cuales agravados por diferentes condicionantes sociales provocarían internaciones prolongadas.

De esta manera surge, desde la Dirección de Acción Social, la necesidad de crear un dispositivo que permita abordar de manera integral, interdisciplinaria y en su ámbito domiciliario situaciones de vulnerabilidad socio-sanitaria.

De acuerdo a la revisión bibliográfica utilizada para el desarrollo de esta investigación es necesario indicar que la única experiencia llevada a cabo en nuestro país, que se asemeja a la creación de dispositivos de salud con atención en ámbitos domiciliarios, fue la que se remonta a los años 1987 y 1988 con la creación de los ATAMDOS, los cuales fueron centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria en la provincia de Buenos Aires. Dicho programa fue creado durante el gobierno provincial del Dr. Cafiero y del Ministro de Salud Dr. Floreal Ferrara.

El ATAMDOS fue una experiencia sumamente importante propuesta por una política sanitaria que marcó el rumbo hacia una concreción efectiva de Atención Primaria de la Salud.

En cuanto al contexto socio histórico y político en el que se gesta el programa, el Dr. Guillermo Devoto (2013), director del ATAMDOS, señala:

se origina en el año 1983 -post derrota del justicialismo- que en su afán de modificar las reglas del juego para su democratización interna, origina lo que fue entonces la renovación peronista. En ese marco

político del peronismo y de Argentina, donde salíamos de la dictadura, la renovación fue una bocanada muy grande de oxigenación de las prácticas políticas que tenía el peronismo. (p.173)

Susana Etchegoyen (2013) discípula del Dr. Ferrara en temas de salud social explica:

El ATAMDOS era un equipo interdisciplinario, auténticamente interdisciplinario. Estaba compuesto por un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y por un odontólogo cada 2 (dos) atamdos. Ese equipo atendía 300 familias. En una área delimitada por ellos. Atendía todas las situaciones que debían atenderse en salud. Y de manera absolutamente novedosa, tenía como característica sobresaliente y fundante un modo de funcionamiento asambleario con participación directa del pueblo. Los profesionales que formaban parte de los dispositivos ganaban exactamente lo mismo que Floreal como Ministro de Salud, y el presupuesto era manejado por las familias que lo componían. (Svampa, 2010, p.47)

El ATAMDOS, fue una estrategia pensada para mejorar y acrecentar el nivel de salud de la población, integrando al equipo de salud y la comunidad en las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación a ese nivel; con la participación de la comunidad en la planificación, conducción, ejecución y evaluación del sistema como uno de los ejes clave del Programa.

Sería pertinente expresar que, si bien la experiencia sólo habría alcanzado cuatro meses de duración, los resultados habrían superado ampliamente las expectativas propuestas. Según la socióloga argentina Svampa Maristella (2010)

Pese a su fugacidad, hasta el día de hoy el paso de Floreal Ferrara sigue siendo muy recordado, gracias a la creación e implementación de un plan de salud verdaderamente innovador y participativo, como fue el ATAMDOS, algo que el propio Ferrara definió alguna vez como; pequeñas unidades de salud participativa (p.12)

Este programa se constituyó en un foco de conflicto para la gestión ya que fue resistido por los hospitales, que veían en él un mecanismo que los privaba del control del proceso salud-enfermedad y por los profesionales de carrera hospitalaria, quienes se encontraban ante una nueva realidad que jerarquizaba la tarea en los centros de atención primaria no sólo desde lo funcional sino también económicamente.

El ATAMDOS fue muy bien recibido por las comunidades que de un día para el otro se encontraron con un centro de salud en su barrio que funcionaba ocho o diez horas diarias con un equipo interdisciplinario que les permitía participar en la gestión cotidiana de las acciones a emprender.

Debido a que en Argentina sólo se cuenta con la experiencia antes mencionada inferimos que ésta podría haber sido inspiración para la creación y puesta en funcionamiento del Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”, Salud Social en Movimiento.

El juego de palabras que forman la conjunción de estos campos SALUD y SOCIAL, ambos elegidos para dar nombre al proyecto pareciera no ser casual, sobre todo si se piensa que el mismo ha surgido desde el Servicio Social del Hospital Mar de Ajó. Sitio desde donde se ha observado la necesidad de abordar

situaciones de salud de manera integral y desde un equipo interdisciplinario capacitado para intervenir en el ámbito domiciliario de las personas.

El Lic. Javier Vicente, quien fuera su creador e impulsor, en ocasión de entrevista comenta que:

“A Tu Puerta es una política social implementada en la municipalidad del Partido de la Costa que, tomando insumos de otras políticas sociales, intenta paliar en un momento determinado la situación de tener entre 7 u 8 camas ocupadas por “pacientes sociales” en el hospital de Mar de Ajó (...) ya que estos pacientes no podían sostener un alta ambulatoria por falta de acompañamiento territorial, lo que se pensó fue generar el primer equipo interdisciplinario para que el paciente pueda volver a su domicilio y tener el acompañamiento necesario con todas las ventajas que ello tiene para la vida del mismo”.

Luego menciona que el objetivo del Dispositivo Móvil se ha ido modificando debido a que éste se ha cumplido rápidamente durante los primeros meses de funcionamiento. Señala que el mismo se ha extendido hasta llegar a la Atención Primaria de la Salud, agregando que *“aquellas personas que por obstáculos o barreras económicas, materiales, geográficas o un determinante social no le permita acceder al sistema de salud, se puede llegar hasta el territorio y trabajar desde la prevención, estamos más en esa etapa que en la primera”.*

De este modo el dispositivo móvil “A Tu Puerta” realiza su primera intervención como prueba piloto el día 28 de mayo de 2013, abarcando como radio de acción toda la zona sur del Partido de La Costa (desde Aguas Verdes

hasta Nueva Atlantis). Éste se inicia con un equipo de profesionales integrado por una enfermera, una psicóloga y dos trabajadoras sociales.

De acuerdo a lo establecido por el primer y único informe teórico-práctico realizado por los integrantes del equipo ATP, luego del primer semestre de intervenciones, el objetivo inicial puede advertirse de la siguiente manera; **“brindar un seguimiento integral a aquellas situaciones que recurrentemente se presentan en el Servicio de Guardia del Hospital Municipal de Mar de Ajó y de las internaciones –sociales”**, agregando que generalmente éstas situaciones se dan por cuestiones que **“si bien tienen que ver con la salud física y psíquica de las personas, son pasibles de ser evitadas y/o controladas por dicho dispositivo, interviniendo en ellas variables sociales, económicas, de organización familiar, de interacción vincular, etc. en la mayoría de los casos”**.

Al mismo tiempo, y a pesar de que en dicho documento se deja de manifiesto en varias oportunidades el trabajo y el espíritu interdisciplinario al que adhieren, se puede observar una clara diferenciación de las incumbencias del labor de cada una de las disciplinas intervinientes.

“Se plantea qué desde el área de psicología el objetivo principal es brindar un espacio de escucha y contención para las personas que se encuentran atravesando diferentes situaciones problemáticas. Las intervenciones se encontrarán sujetas a los profesionales de la Salud pertenecientes al dispositivo, por tal motivo no existe una intervención común, universal o general sino que las intervenciones tendrán lugar a partir de la escucha de lo que el paciente expresa y/o manifiesta, es decir, que las mismas estarán sujetas a la singularidad de la situación”.

“En tanto desde el área de Enfermería se deja explícito qué su misión en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, psíquico y social. Las funciones principales de la enfermería son la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, dar cuidados durante la misma y su rehabilitación”.

“En tanto los profesionales establecen una relación interpersonal de ayuda con el individuo, la familia y la comunidad, que implica experiencias de aprendizaje contribuyentes al crecimiento personal, madurez, creatividad y productividad a fin de mejorar la calidad de vida. Teniendo una concepción del individuo como ser bio-psico-social, y espiritual, con una visión integradora y holística. Es por lo anteriormente mencionado que se considera fundamental poder ver al otro a través de una visión holística, y esta manera integral de abordaje es potenciado mediante el trabajo interdisciplinario; considerado, desde nuestro punto de vista, como la base para la intervención y el encuentro con los individuos y la comunidad”.

“En referencia al Trabajo Social se desprende que éste tiene en su campo de acción, una labor definida y una serie de marcos conceptuales que conforman un espacio de saber propio dentro de las Ciencias Sociales. Dentro de este campo todo proceso teórico y analítico está signado por la intervención, es decir por su propia práctica. Esta característica es la que muestra la mayor singularidad de la disciplina. Es decir el Trabajo Social no solo trata de investigar, comprender y explicar los fenómenos sino que interviene sobre estos, en la búsqueda de alternativas, en las circunstancias y hechos donde es convocado a intervenir. De este modo este campo está comprometido con una forma de transformación de la realidad que proviene de la demanda”.

Operativamente el equipo del dispositivo móvil divide el territorio imaginariamente desde la Av. Libertador en Mar de Ajó hacia la localidad de Aguas Verdes; en Zona Norte y hacia la localidad de Nueva Atlantis; en Zona Sur. Esta conformación en dos equipos les ha permitido optimizar favorablemente los recursos existentes, el tiempo y la organización de los recorridos.

Su base, entendiéndolo como el espacio físico que ocupan, se desarrolla en el mismo Servicio Social del Hospital de Mar de Ajó. Desde este lugar se realizan las reuniones de equipo quincenales, entrevistas planificadas, reuniones con distintos efectores y profesionales, siendo estratégico por el contacto y la cercanía con profesionales de la salud, acceso a las HC, servicio de guardia, traslados, gestión de turnos, etc.

Vale decir, que desde la Dirección de Acción Social se considera fundamental la articulación entre el Dispositivo “A Tu Puerta” y el Servicio Social Hospitalario por lo cual es indispensable que una de las trabajadoras sociales de dicho servicio forme parte del Dispositivo.

Con respecto a las admisiones es importante mencionar que las mismas se coordinan, previa evaluación del equipo, en las reuniones programadas. Se reciben derivaciones⁶ mediante informe escrito tanto desde profesionales médicos como del servicio social hospitalario y de comunidad, y también por solicitud de otros efectores de la comunidad a saber; Juzgado, Servicio Local de Promoción y Protección de la Niñez, Educación, etc.

⁶ Ver anexo

Para finalizar es importante señalar que desde la puesta en funcionamiento de este equipo de trabajo hasta Diciembre de 2014 y según lo mencionado por el Lic. Vicente se han intervenido en aproximadamente 240 situaciones, de las cuales 80 han sido dadas de alta y 60 continuarían en acompañamiento, siendo 100 las situaciones abordadas por única vez.

4. ELECCIÓN METODOLÓGICA

4.1 ANÁLISIS TEÓRICO

Para iniciar con el marco metodológico, nos parece oportuno hacer una breve descripción del concepto de “Paradigma”, teniendo en cuenta que su utilización puede resultar confusa por los múltiples y diversos significados que se le han atribuido.

El escritor Piergiorgio Corbeta (2007), analiza el concepto de paradigma desde la visión que Kuhn plantea, rechazando la concepción tradicional de las ciencias entendida como acumulación progresiva y lineal de los nuevos logros, manifestando que *“si bien este es el proceso de las ciencias en tiempos “normales”, existen también momentos “revolucionarios” en los que la relación de continuidad con el pasado se interrumpe y se inicia una nueva construcción”* (p.4)

Estas “revoluciones” producen un cambio, no solo en los problemas planteados para la investigación científica sino también un cambio en los criterios para la solución a esos problemas, realizando una reorientación de las disciplinas que consiste en *“la transformación de la estructura conceptual a través de la cual los científicos miran el mundo (...) Esta “estructura conceptual” es aquella a la que Kuhn llama “paradigma”* (p.4)

Entre las perspectivas filosóficas que han generado y/o acompañado el crecimiento de la investigación social, existe un acuerdo general entre los

estudiosos acerca de la existencia de dos grandes paradigmas, el positivismo y el interpretativismo. *“Se trata de dos divisiones orgánicas y fuertemente contrapuestas de la realidad social y de los modos de conocerla, que han generado dos bloques coherentes y muy diferenciados entre sí de técnicas de investigación”* (p.7)

El nacimiento de las ciencias sociales se encuentra íntimamente relacionado, al primer marco de referencia mencionado, es decir el pensamiento positivista.

En el momento en que los hombres comienzan a preguntarse sobre la realidad social convirtiéndola en objeto de estudio, se utilizó el mismo procedimiento que para las ciencias naturales, analizando así la realidad social como un objeto conocible en donde el observador y el observado pueden ser separados, como algo diferente totalmente objetivo y utilizando técnicas cuantitativas con resultados ciertos.

Con el pasar de los tiempos y el avance del conocimiento este paradigma se fue modificando por lo que en la actualidad se habla de postpositivismo, una visión menos tajante que el anterior pero continuando con sus mismos lineamientos.

Según Weber, las ciencias sociales, se distinguen de las ciencias naturales, no solo por el objeto de estudio sino que también por su orientación al individuo.

El Interpretativismo, segundo marco de referencia mencionado, es a nuestro entender el más utilizado e implementado en nuestra disciplina, teniendo en cuenta que el Trabajo Social requiere de esta mirada y sus herramientas para poder lograr una mejor comprensión y abordaje de las situaciones y/o problemáticas sociales en las que interviene.

Para esta visión, la realidad no puede ser únicamente observada sino que tiene que ser “interpretada”, el mundo cognoscible es el del significado atribuido por los individuos, desaparece la separación entre el estudioso y el objeto de estudio, teniendo en cuenta que el investigador es parte de la realidad estudiada, lo que representa la base del proceso cognoscitivo. *“Si el objetivo es llegar a la comprensión del significado atribuido por el sujeto a la propia acción, las técnicas de investigación no pueden sino ser cualitativas y subjetivas, entendiendo por subjetivas las variables según la forma que adopte la interacción estudioso-estudiado”* (Corbeta, 2007, p.26)

4.2. OPCION METODOLOGICA

La presente investigación se realizó desde el método cualitativo, ya que éste permitirá conocer, analizar y describir el funcionamiento del Dispositivo “A Tu Puerta”, facilitando herramientas para el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante el transcurso de la investigación, permitiendo llegar a aproximaciones teóricas.

Los métodos cualitativos se apoyan en la “interpretación” de la realidad social, los valores, las costumbres, las ideologías, etc. y se van construyendo a partir de un discurso subjetivo, donde el investigador asigna un sentido y un significado particular a la experiencia del otro.

Para referir al diseño cualitativo, se toma en cuenta las características propuestas según la socióloga Vasilachis De Gialdino (2007), quien refiere que

Esta se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar. Trata de comprender dichos contextos y sus procesos, recurriendo a la causalidad local para explicarlo. (p.33)

4.3. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación seleccionado para este trabajo será exploratoria-descriptiva. Sabino Carlos (1996), Sociólogo e investigador, en su libro “*El proceso de investigación*”, define exploratorias a aquellas investigaciones que pretenden darnos una visión general, aproximada, respecto a un determinado objeto de estudio.

Este tipo de investigación se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido y cuando aun, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad. Suelen surgir también cuando aparece un nuevo fenómeno que, precisamente por su novedad, no admite todavía una

descripción sistemática.

A su vez el estudio de tipo descriptivo, se plantea para conocer grupos homogéneos de fenómenos utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. Se ocupa de la descripción de hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, consideramos que dicha propuesta de investigación es pertinente para el presente trabajo, debido a que el Dispositivo Móvil “A Tu Puerta, salud social en movimiento” no ha sido explorado por la comunidad científica en general ni por los profesionales que lo componen.

De este modo, la investigación realizada no pretende explicar un problema ni establecer una relación de causalidad, sino que intenta generar conocimientos a partir de las vivencias de los sujetos intervinientes y a través de la descripción de sus componentes y particularidades para poder conocer y analizar su funcionamiento.

4.4 MUESTRA E INFORMANTES

La muestra utilizada para la investigación fue de tipo intencionada, debido a que los sujetos participantes fueron seleccionados de acuerdo a criterios que permitieran facilitar el trabajo y el acceso a la muestra, además de considerar la disponibilidad e interés de las personas por ser parte de la investigación y de los objetivos de la misma.

Es así, que la muestra seleccionada fue constituida teniendo en cuenta que el funcionamiento de este dispositivo lleva apenas dos años (aunque el periodo seleccionado para esta investigación es de Junio 2013 a Diciembre 2014, lo cual reduce aun más el periodo analizado) y al momento de iniciarse esta investigación solo se contaba con un Dispositivo en zona sur, los actores seleccionados para llevar a cabo las entrevistas mencionadas serán: el Lic. En Trabajo Social Vicente Javier, responsable y promotor del proyecto, y tres de los profesionales que componen el equipo interdisciplinario considerando que la información que pueden aportar permitirán profundizar y vislumbrar su funcionamiento interno, los alcances y limitaciones que como equipo interdisciplinario visualizan, las intervenciones que llevan a cabo, y los aportes del trabajador social como parte de dicho equipo.

Por último, cabe mencionar que la muestra no buscaba ser representativa, puesto que no se pretende generalizar y dar explicaciones respecto del tema de investigación, sino que se pretende conocer, analizar y describir el funcionamiento del Dispositivo Móvil “A tu Puerta”.

4.5 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

“Se puede decir que un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso del que se vale un investigador para acercarse a los fenómenos y extraer información de ellos” (Sabino, 1996, p.133)

Para poder definir cuáles serán las técnicas que se utilizaron para recabar los datos que se pretenden, es necesario tener presente el tipo de investigación que se llevó cabo (en este caso exploratoria-descriptiva), por tal motivo las técnicas seleccionadas fueron: **entrevistas no estructuradas, observación documental y observación participante**

Debido a la escasa información que se dispone del Dispositivo “A Tu Puerta”, el corto periodo que lleva de implementación y los pocos profesionales y personas abordadas que han atravesado dicha experiencia no requieren de técnicas de más profundidad y detalle, sino mas bien las que permitan realizar las primeras aproximaciones a este nuevo fenómeno que aparece como algo innovador pero que requiere de análisis y debates para llegar a ser reconocido como un elemento de abordaje profesional.

4.5.1 ENTREVISTAS NO ESTRUCTURADAS

La entrevista tal y como sostiene el autor Carlos Sabino (1996)

es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un dialogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones (p.167)

Tiene la ventaja que es el propio actor quien proporciona los datos solicitados, lo cual aporta datos imposibles de ser observados por el investigador, pero a su vez este se convierte en un inconveniente si se tiene en cuenta que lo

que se responda es lo que el informante cree que es válido para sí mismo, a través de toda su carga subjetiva de intereses, prejuicios y estereotipos, lo cual no debe ser dejado de lado por quien lleva a cabo la entrevista.

Además, son aquellas donde se permite más libertad para formular las preguntas y las respuestas, no se guían por modelos rígidos de preguntas y respuestas, sino que se llevan a cabo con cierta espontaneidad según el tipo de entrevista que se vaya a realizar, lo más importante es dejar que el entrevistado hable libremente, sin influirlo ni condicionarlo con actitudes o preguntas que puedan condicionar su respuesta.

Cabe mencionar que se ha llevado a cabo la entrevista por pautas o guías, ya que propone la utilización de una guía o lista previa de puntos de interés que el investigador considera necesario profundizar durante la entrevista, permitiendo al informante desarrollar sus respuestas tal como lo considere, siempre y cuando no se desvíe de los puntos planteados en la guía.

4.5.2 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

“La observación es fundamental en todos los campos de la ciencia (...) consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar” (Sabino, 1996, p. 158)

La observación que todo ser humano realiza en su vida cotidiana no puede considerarse científica, debido a que no se encuentra orientada hacia objetivos precisos de estudio. Observar científicamente es percibir la realidad exterior de forma activa y con el propósito de obtener los datos que han sido definidos previamente como puntos de interés para la investigación.

Con respecto a la observación participante Lorena Martín (1998), Técnica Universitaria en Promoción Social, señala que

este tipo de observación se da cuando el investigador se mezcla con los actores observados y participa en sus actividades junto a ellos (...) el escenario ideal para el investigador será aquel en el cual pueda obtener fácilmente el acceso, estableciendo una buena relación con los informantes inmediatamente y donde pueda recoger datos directamente relacionados con sus intereses investigativos (p.160)

Esta técnica permite percibir los hechos directamente, sin intermediarios, tal como se da naturalmente, aunque es necesario tener en cuenta que se corre el riesgo que la presencia del observador provoque alteraciones en las conductas de los sujetos observados.

Es importante mencionar que observar científicamente no es simplemente percibir los hechos pasivamente sino de forma activa realizando un ejercicio constante seleccionando, organizando y relacionando los datos obtenidos. No todo lo que aparece es importante y si lo es, no lo es en el mismo grado.

Resulta imprescindible registrar lo observado para luego organizarlo y darle forma, por lo que es fundamental tomar nota o apuntes, los medios más utilizados son: cuadernos de campos, diarios, cuadros de trabajos, gráficos y mapas. Sabino (1996) afirma que es importante reconocer que estos son auxiliares valiosos para el investigador pues permiten ir registrando y sistematizando un cúmulo de datos tal que, en ningún caso, podríamos confiar a la memoria.

Además, se utilizó la técnica de observación participante “artificial” teniendo en cuenta que nuestra presencia dentro del equipo y durante sus recorridos ha

sido únicamente con el fin de poder conocer su funcionamiento y llevar a cabo esta investigación. Será utilizada este tipo de observación ya que el observador trata de integrarse a la acción de los observados como si se tratara de un miembro más del grupo que la lleva a cabo.

Es pertinente mencionar que existía un vínculo previo con algunos profesionales del equipo por haber realizado las prácticas supervisadas dentro del Servicio Social del Hospital del cual depende el Dispositivo, lo cual facilitó la entrada e integración al grupo, superando algunas barreras y resistencias propias ante la presencia de cualquier desconocido.

Vale decir que nuestra observación ha sido limitada y condicionada a los objetivos de esta investigación, aclarando a los observados que nuestra presencia es con el fin de conocer su funcionamiento.

4.5.3 FUENTES SECUNDARIAS

Toda la información bibliográfica utilizada para dar cuerpo a esta investigación corresponde a este tipo de fuente, permite dar un marco teórico que fundamente y justifique la importancia de dicha investigación, y proponer un marco metodológico que guíe dicho proceso.

En referencia a la observación documental se tomó el concepto vertido por las Lic. en Trabajo Social Isabel Viskivichán e Irma D Felippis (1996) quienes sostienen que *“es una técnica de observación indirecta de hechos, situaciones, realidades, acontecimientos, conductas o sujetos a través de documentos escritos, estadísticos, imágenes y sonidos (...) se fundan en la percepción y la interpretación que hace el investigador de las técnicas secundarias”* (p.160)

Se llevó a cabo la observación e interpretación de lo escrito en cada una de las Historias Sociales que posee cada persona abordada por el Dispositivo, la misma contiene todas las intervenciones llevadas a cabo desde el primer acercamiento del equipo hasta el alta de cada persona. Consideramos que la lectura de dichos documentos podrá aportar información con respecto a la especificidad de cada disciplina y al trabajo interdisciplinario que se pretende.

4.6 ASPECTOS ETICOS

El diseño metodológico de esta investigación, al ser de carácter cualitativo, estuvo abierto a las preocupaciones éticas que conlleva consigo todo proceso de investigación.

Por este motivo, la investigación se efectuó teniendo en consideración aspectos éticos fundamentales al momento de recoger la información, tales como: guardar la confidencialidad de la información brindada por los miembros del equipo; solicitar el consentimiento de cada profesional para ser nombrados en la investigación y pedir autorización al momento de hacer uso de grabadores. Finalmente se hará devolución de la información obtenida durante el transcurso del proceso de investigación, con el fin de generar retroalimentación y ampliar los conocimientos de los profesionales que conforman el equipo.

Es importante mencionar además que estos aspectos éticos están sobre la base de los principios de la verdad y el respeto, los cuales, consideramos, fueron necesarios para poder obtener información fidedigna y confiable.

5. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis y la interpretación de los datos en esta investigación se presentarán de manera integrada considerando los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de entrevista no estructurada, observación participante artificial y observación documental.

Es así que, a modo de realizar una caracterización general de los actores intervinientes, se puede mencionar que el Lic. en Trabajo Social Javier Vicente en la actualidad se desempeña como Director de Acción Social dependiente de la Secretaria de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Costa desde el año 2011.

Anteriormente a la asunción en dicho cargo, ejerció como Trabajador Social durante un año en el Hospital Municipal “Carlos Macías” de Mar de Ajo en donde visualizó la problemática que posteriormente dio origen a la creación del programa municipal “A tu Puerta”

El Lic. Vicente cursó sus estudios de grado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y en la actualidad realiza el posgrado de Especialización en Violencia Familiar dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Consideramos que la selección de la entrevista al Lic. Vicente en el contexto de esta investigación aportó datos enriquecedores en torno a la creación, motivaciones y objetivos para los cuales el Dispositivo Móvil “A tu Puerta” fue fundado debido ya que ha sido el principal promotor del programa municipal.

Por otra parte, la elección de los profesionales que componen el equipo técnico del Dispositivo “A tu Puerta” y a los cuales se les realizó las entrevistas estuvo basada en la necesidad de la obtención de los datos según cada profesión su visión y discurso.

Cabe mencionar, que al momento de la selección de éstos, algunos de los profesionales que se desempeñaron desde el comienzo de este dispositivo (una Trabajadora Social y una Psicóloga) ya no se encontraban trabajando por lo cual se dificultó la localización de los mismos reduciendo a tres las entrevistas.

La Enfermera Profesional Romina Paz, cursó sus estudios terciarios en el Instituto de Formación Docente y Técnica N°89 de Mar de Ajo, desempeñándose laboralmente por primera vez en el Dispositivo “A tu Puerta” desde Octubre de 2013 hasta la actualidad.

Por su parte, la Lic. en Psicología Agustina Divasto realizó sus estudios de grado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y en la actualidad se encuentra llevando a cabo un posgrado en Psicoanálisis. Se desempeñó laboralmente en el Campo de la Educación y en grupos de contención para mujeres en situación de Violencia. Desde Diciembre de 2013

hasta Agosto de 2015 ejerció en el equipo técnico del Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”.

Por último la Trabajadora Social Virginia Palacino, realizó sus primeros años de estudio en la extensión áulica Santa Teresita de la Licenciatura en Servicio Social dependiente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata pero por motivos personales debió finalizarlos en el Instituto de Formación Docente y Técnica N°89 de Mar de Ajo obteniendo el título de Técnica Superior en Trabajo Social. En la actualidad, se encuentra cursando el tramo de la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente al Instituto Universitario Madres de Plaza de Mayo.

Desde enero de 2014 a la actualidad pertenece al equipo técnico del Dispositivo Móvil “A tu Puerta”. Con anterioridad a desempeñarse laboralmente en este dispositivo, perteneció al equipo técnico del Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y posteriormente en equipo técnico de la Dirección de Género.

El análisis que se desprende a continuación se presentará ordenadamente según los objetivos que guiaron la investigación. De este modo se han interpretado los datos obtenidos en el contexto que fueron recabados, respetando toda la información a fin de crear las condiciones necesarias para disminuir los efectos de la presencia de las investigadoras sobre las personas observadas y/o entrevistadas.

5.1 INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO POR EL DISPOSITIVO MÓVIL “A TU PUERTA”

La autora Susana Cazzaniga (1997) refiere que

“la intervención profesional es la puesta en "acto" de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional. Vista de esta manera, la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc.” (p.1)

Como bien expresa la cita mencionada, la intervención profesional de cada disciplina tiene asignado una significación en el “imaginario social”, imaginario que se plasma en las instituciones y/o individuo que la conforman, entendiendo por tal, a las *“normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer cosas, y, desde luego, el individuo mismo, tanto en general como en el tipo y la forma particulares que le da la sociedad considerada”* (Castoriadis, 2005, p. 67). Dichas instituciones están, *“hechas de significaciones socialmente sancionadas y de procedimientos creadores de sentido. Estas significaciones son esencialmente imaginarias –y no racionales, funcionales o reflejos de la realidad–, son significaciones imaginarias sociales.”* (Castoriadis, 2002, p. 133) particulares para cada sociedad.

Entendemos que al ser un equipo interdisciplinario la significación “imaginaria” existente de la intervención esperada, no va a depender de cada disciplina sino más bien del equipo en sí.

Para comenzar es pertinente mencionar que de la entrevista realizada al Lic. Vicente Javier se desprende que el objetivo principal de las intervenciones que se llevan a cabo, por el equipo profesional del dispositivo móvil ATP, son en pos de garantizar el acceso de las personas al sistema de salud para la pronta efectivización de sus Derechos.

Al hacer referencia a dichas intervenciones estas se pueden identificar como múltiples y variadas, dependiendo de la situación problemática particular de cada persona y/o grupo familiar.

De la aplicación de las técnicas de investigación llevadas a cabo, podemos identificar las siguientes intervenciones:

- **Acompañamiento;** no solo a la persona sino también a su grupo familiar con el fin de que pueda sostener un tratamiento ambulatorio necesario para mejorar su calidad de vida. El Lic. Vicente hace hincapié en el acompañamiento territorial es decir in situ, sosteniendo que *“lo novedoso y rico de este dispositivo no sólo es el abordaje interdisciplinario en el ámbito domiciliario, sino también poder llegar a aquellas situaciones que, por nuestras características geográficas, no logran hacerlo por sus propios medios (...) yo creo que hoy en día una de las funciones primordiales de éste dispositivo es trabajar en los baches que tenemos y las burocracias internas del estado”*.
- **Asesoramiento;** para que reconozcan y utilicen los recursos con los que cuenta la comunidad, tales como, según palabras de la Trabajadora

Social Palacino Virginia, “pensiones, jubilaciones, distintos tipos de gestiones, instituciones, recursos, entre otros”.

- **Contención;** con respecto a la situación particular y puntual en la que se interviene en ese momento, dejando de manifiesto que al ser un equipo interdisciplinario el psicólogo no puede realizar ningún tipo de tratamiento terapéutico individual.
- **Curaciones y control de signos vitales;** a las personas que han recibido atención médica y se encuentran en condiciones de llevar adelante un tratamiento ambulatorio, previa indicación y solicitud del profesional médico interviniente.
- **Administración de medicación;** mediante el armado de pastilleros, ésta intervención se realiza generalmente con personas que sufren algún tipo de padecimiento mental, previo conocimiento de su diagnóstico e indicación y solicitud de psiquiatra interviniente en el marco de la articulación.
- **Articulación;** con distintos efectores de la comunidad, instituciones educativas, deportivas, de prevención y promoción, ONGs, policial, judicial, Servicio Local y Zonal de Protección a la Niñez, profesionales de la salud y cualquier otro agente que pueda acompañar a la persona en el proceso de salud-enfermedad.
- **Empoderamiento;** *“para generar autonomía a fin de lograr conciencia de enfermedad en las personas y adherencia a los tratamientos indicados (...) es necesario capacitar al paciente para que pueda realizar su propia curación”* tal como lo señala Paz Romina. Al respecto Palacino

expresa que *“nosotros como equipo ayudamos no solo al paciente sino también a su entorno social a desarrollar sus capacidades para que puedan hacer frente a sus problemas, tratando de que conozcan sus propios recursos y que puedan hacer uso autónomamente de ellos”*.

- **Gestión de recursos;** en pos de mejorar la calidad de vida de los grupos familiares ya sea por problemáticas habitacionales, económicas, sanitarias, etc. a través de la gestión de ayudas económicas, medicación, materiales para la construcción, mobiliario, microemprendimientos, traslados, turnos médicos, entre otros.
- **Evaluaciones de situaciones de riesgo,** en el marco de la articulación con distintos efectores de la comunidad como el Servicio Local de protección a la Niñez o la Dirección de Salud Mental en situaciones de urgencia en la que implica riesgo para algún integrante del grupo familiar. Este tipo de intervención se ha podido observar durante un recorrido en donde se solicitó al equipo que acuda a evaluar situación de riesgo de dos niños debido a que su progenitora se encontraba en medio de una crisis psicótica.
- **Acompañamiento IRAB;** en el marco de la articulación se realiza un acompañamiento, conjuntamente con servicio de pediatría y kinesiología, de niños de 0 a 2 años que se encuentran cursando algún tipo de Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB) y que luego de haber permanecido internado el Lic. en Kinesiología considera dar intervención al Dispositivo. El equipo asiste post alta del niño durante tres días consecutivos a fin de evaluar integralmente su situación.

En relación a las intervenciones realizadas por el dispositivo móvil ATP es necesario resaltar las que se llevan a cabo con aquellas personas que padecen algún tipo de sufrimiento mental; ya que desde la creación del mismo, suelen ocupar la mayor parte de los recorridos, debido a la condición de los mismos como “pacientes sociales” en el hospital de Mar de Ajó.

Es importante mencionar que esto sucedería por las falencias que existen en el sistema de salud del Partido de la Costa, precisamente en la Dirección de Salud Mental, entendiéndolo que las mismas podrían ser causadas por; la escases de profesionales psiquiatras, psicólogos y acompañantes terapéuticos, por la falta de capacitación y/o actualización en nuevos paradigmas de quienes se encuentran desempeñándose en la actualidad, por posicionamientos estancos como ser el modelo medico hegemónico y, fundamentalmente, por no ser considerada una problemática central que forme parte de la agenda publica del ejecutivo municipal.

Consecuentemente con lo mencionado Vicente expresa

“creo que hoy en día una de las funciones primordiales del dispositivo móvil es trabajar en los baches que tenemos y las burocracias internas del estado, es allí donde hay que potenciar y/o fortalecer la articulación entre los distintos efectores de la comunidad”.

Consideramos necesario mencionar que durante tres semanas (doce días en total, descontando los días de reunión de equipo) se acompañó el recorrido diario del Dispositivo (por cuestiones de espacio y comodidad dentro del móvil nos hemos turnado una semana cada una). En el mismo, se presenciaron, en al

menos seis ocasiones, discusiones y malestares por parte de las integrantes del equipo por llamados telefónicos para concurrir en forma “urgente” a algún domicilio.

Por ejemplo se recibe una llamada de la coordinación al teléfono celular que posee el dispositivo donde se solicita de forma “urgente” la presencia de éste en un domicilio, sin aportar mayores datos que nombre y apellido en algunos casos, en otros solo domicilio y en algunas ocasiones solo se hizo mención a denuncias anónimas con respecto a alguna situación como por ejemplo, problemática de salud, niño en riesgo, persona en situación de calle, etc.

Al recibir dichos llamados el equipo comienza discusiones tales como *“siempre lo mismo, tenemos que dejar de hacer cosas importantes por ir a otro lugar sin si quiera saber para qué”,* como así también *“estoy podrida de esto, al final terminamos haciendo lo cualquier puntero político quiere”* y *“por culpa de estas pavadas suspendemos el recorrido programado”.*

Al llegar a los domicilios indicados como “urgentes” y al consultar a la persona en cuestión el motivo de su demanda en todas las ocasiones desconocían la existencia de este dispositivo y además referían no haber solicitado ningún tipo de ayuda o bien expresaba haber comentado su situación a un conocido que trabaja en la municipalidad o haber asistido a alguna unidad básica. Se observó que el equipo, en general, concordaba en que el problema tendría que ver con una necesidad de recursos, materiales o económicos, que podría haber sido encausado en un centro comunitario u otro efector de gestión.

5.2 INTERDISCIPLINARIEDAD EN EL ABORDAJE DEL DISPOSITIVO MÓVIL.

Entendemos que abordar las situaciones desde una sola disciplina supone una visión fragmentada e insuficiente, en la actualidad existe la necesidad de conformar equipos de trabajo para intervenir en situaciones problemáticas desde una mirada conjunta e integral, lo cual solo puede suceder desde la conformación de equipos interdisciplinarios.

De este modo, avalando lo antes mencionado, la autora Alicia Stolkiner (1999) señala:

“es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción” (p.1)

Retomando las palabras de Stolkiner, *“el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal; y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar” (p.1)*. Tal es así que para un abordaje interdisciplinario es necesaria la interrelación de distintas disciplinas en función de un objetivo común, permitiendo a cada profesional realizar los aportes necesarios desde su especificidad, permitiendo una mejor comprensión de la realidad.

Si bien la interdisciplinariedad intenta ser un eje fundamental en esta experiencia innovadora, atento a lo que se plantea desde el propio marco conceptual del primer y único escrito donde se fundamenta la labor de este equipo se visualiza el siguiente párrafo:

en la historia del conocimiento, el simple planteo de la interdisciplina atenta contra la fragmentación de la situación a abordar, implica considerar el aporte de otros campos disciplinares y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Abrazar la interdisciplinariedad resulta entonces, para este dispositivo, un modo imprescindible para saber –conocer- y saber –hacer- con pertinencia

Es importante resaltar que tanto, de las entrevistas como de las observaciones realizadas, no se logra identificar la integración de los saberes ni la construcción de un nuevo lenguaje tal como se pretende en el tipo de abordaje propuesto.

En concordancia con lo anteriormente mencionado la enfermera y la psicóloga sostienen que el equipo tendría un abordaje interdisciplinario pero al momento de describirlo no conciben con este concepto. Tal es así que la Lic. Divasto considera que el equipo tiene un abordaje interdisciplinario porque

“muchas veces se ha llegado a debatir en las reuniones de equipo la manera de intervenir de cada uno y uno puede estar o no de acuerdo como intervienen los distintos profesionales y es respetable, yo por ejemplo, intervengo desde mi formación que es psicoanalítica y me respetan como yo respeto sus intervenciones”

Del relato mencionado se desprende que cada profesional interviene desde su disciplina y formación sin lograr una mirada integral de las situaciones abordadas.

Del mismo modo la enfermera Romina Paz ante la misma pregunta; si considera que el equipo tiene un abordaje interdisciplinario responde; *“sí, porque tomamos decisiones en forma conjunta y tenemos objetivos claros”*, sin aportar mayor información que la mencionada.

Sin embargo, la Trabajadora Social Virginia Palacino reconoce esta falencia argumentando que se trata de un proceso de aprendizaje que corresponde a un nuevo paradigma al cual aun no se ha logrado llegar, manifestando:

“no se trabaja interdisciplinariamente en el equipo que yo estoy actualmente, hay un recorte de las intervenciones, son intervenciones recortadas, es la intervención del enfermero, del psicólogo y la del trabajador social (...) cada profesional lleva a cabo acciones y tareas de manera recortada por su especificidad sin poder hacer la interrelación entre las tres disciplinas”. Al mismo tiempo considera que *“interdisciplinariamente se puede trabajar pero cuesta un poco más porque, a modo de ejemplo, si bien el enfermero en su formación tiene algunas cuestiones de índole comunitaria éstos están más ligados al paradigma medico hegemónico y de salud, entonces cuesta mucho mas el entender realmente al sujeto, como un sujeto integral y desde un abordaje interdisciplinario”* y finaliza afirmando que *“los únicos que podemos estar posicionados realmente desde un nuevo paradigma es el trabajador social”*.

Al respecto y mediante la recolección de datos proveniente de la observación documental, entendiéndose lectura de historias sociales (HS), se puede constatar la fragmentación de las intervenciones que hace mención la trabajadora social (TS) puesto que, en las situaciones abordadas donde la redacción queda en responsabilidad de la enfermera o psicóloga la misma es acotada y solo da cuenta de su especificidad; por ejemplo, *“en el día de la fecha se concurre al domicilio del paciente J.Z., se controlan signos vitales, se realiza curación de su miembro inferior derecho y se entrega medicación solicitada con anterioridad, se acuerda regresar el día jueves”*. Se visualiza una diferenciación al observar los escritos de la TS donde se lee un relato más integrado y contextualizado en donde no solo se plasma la intervención específica sino la información general del grupo familiar, redes de contención, vínculos, situación económica, sanitaria, etc.

Siendo significativas para nuestra investigación las contradicciones existentes, entre los profesionales del mismo equipo con respecto a la interdisciplinariedad, es que se decide indagar al respecto con el Lic. Vicente, que además de ser su promotor supervisa las intervenciones del equipo con regularidad. El mismo realiza una lectura crítica de la situación, expresando que:

“el trabajo interdisciplinario es un proceso y considero que aún no se ha cumplido con los objetivos que propone, es una mirada diferente la que se tiene en el domicilio por un equipo interdisciplinario de la que se obtiene por un profesional individualmente (...) el gran

obstáculo es la inconstante permanencia del recurso humano que hace que el trabajo interdisciplinario nunca pueda fortalecerse, cuando se empieza a entender el trabajo interdisciplinario tenemos cambios en los equipos lo que hace que haya que volver a foja cero (...) muchos profesionales no están preparados desde su formación troncal para trabajar de manera interdisciplinaria, muchos profesionales no terminan de entender que es el trabajo interdisciplinario y les cuesta visibilizar una misma situación de un derecho vulnerado desde tres miradas diferentes y construir una mirada única. Ninguna de las profesiones salvo el TS, y falta muchísimo aun, están preparadas para trabajar interdisciplinariamente y ese es uno de nuestros desafíos”.

En concordancia con lo anteriormente expresado se pueden mencionar las palabras de Palacino

“estamos en un proceso de cambio social y cambios de paradigmas y todo eso lleva un tiempo, lleva una adaptación. Considero al dispositivo como una idea superadora y novedosa, pero que va a llevar un proceso de tiempo necesario para que los profesionales que se han estado formando en estos nuevos paradigmas actúen en consecuencia, por lo que esos cambios se van a ver de acá a un tiempo”.

5.3 APORTES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DEL DISPOSITIVO MÓVIL

En el siguiente apartado se pretenderá describir y analizar los aportes realizados desde el Trabajo Social en el abordaje interdisciplinario

desempeñado por este equipo a partir de las significaciones que las distintas profesiones poseen del mismo, incluyendo la del propio TS, intentando así identificar elementos que permitan dar cuenta de su visión al respecto.

Adhiriendo a lo referido por Ander Egg (1993), el Trabajo Social tiene de por sí una base de formación interdisciplinaria, observándose esto en la cantidad y variedad de materias que componen su plan de estudios entre ellas psicología, psicopatología, derecho, sociología, antropología, medicina preventiva y social etc.

Si bien, la diversidad ha enriquecido a la formación del Trabajo Social creemos que también ha dificultado la definición de sus límites y áreas de competencia tanto para él como para los profesionales de las demás disciplinas que integran el equipo.

Esto puede observarse en lo mencionado por la enfermera del dispositivo quien ante la pregunta sobre el rol del trabajador social dentro del equipo refiere:

“Eehh... es complicada esa pregunta, cuando me preguntan de otras profesiones es complicada, porque yo se lo hacen y como trabajan, pero es complicado ponerlo en palabras. No se definírtelo en palabras el rol del Trabajador Social, (...) yo lo que particularmente veo es que es una pieza fundamental dentro del equipo”.

Ante la misma pregunta, la psicóloga manifiesta

“yo creo que escucha otro tipo de necesidades que no es la escucha de la psicóloga o de la enfermera, no sé, creo que cada uno tiene sus distintas funciones y distintas escuchas” En otro momento de la entrevista, al indagar sobre las intervenciones que lleva a cabo la Trabajadora Social manifiesta *“...sabemos que la trabajadora social se encarga de hacer la encuesta cuando es necesario la gestión de algún tipo de recurso”*.

En los discursos de los profesionales recién mencionados, puede observarse la dificultad que poseen al momento de identificar el quehacer del Trabajador Social dentro del equipo.

Creemos que lo anterior, se debe a la concepción que otras disciplinas tienen del Trabajo Social como una profesión de base asistencial y no como una profesión en proceso, que se va desarrollando, complejizando y modificando en relación al contexto social en el que se ejerce.

No obstante, consideramos que el Trabajo Social ha venido sufriendo una evolución positiva desde su concepción clásica, teniendo en cuenta que su anterior visión como “gestionador” y/o “otorgador de beneficios” ha pasado a un segundo plano, dando lugar a una profesión basada en la práctica y a una disciplina social que promueve el cambio, el desarrollo social, el fortalecimiento y el bienestar de las personas en pos de la reivindicación de los derechos humanos y la justicia social.

Al respecto la autora Nidia Aylwin (1986) señala que *“...lo distintivo del Trabajo Social, en su enfoque del problema social, es la perspectiva totalizada*

desde la cual la aborda, la diversidad de áreas problemáticas que atiende y la variedad de niveles de intervención que demuestra en su práctica...” (p.9).

Estas cualidades han quedado evidenciadas en lo expresado por la psicóloga del equipo quien sostiene que:

“ella es la que siempre tiene una mirada mas abarcativa y completa de lo que es el contexto familiar (...) cuando vamos a los domicilios es la que mas indaga y sabe qué preguntar, yendo más allá del motivo por el que fuimos.”

Al indagar sobre los aportes, de los cuales se viene haciendo referencia anteriormente, la propia Trabajadora Social del equipo los describe de la siguiente manera:

“en principio es la profesión que tiene la mirada más integral de todas, tenemos esta capacidad de hacer una mirada mas abarcativa de cada situación y de cada sujeto con el cual se interviene (...) tenemos la capacidad de poder visualizar la situación más allá de la problemática de salud”, luego agrega; “estamos preparados para enfrentar situaciones inesperadas que pueden surgir en los domicilios, como así también manejamos el conocimiento de las instituciones y de los recursos existentes en la comunidad, lo cual es fundamental porque podemos modificar y mucho la realidad de la persona y su contexto no!?”.

Por lo anteriormente expuesto, se puede decir que si bien los demás profesionales no han logrado definir el rol del Trabajador Social, a la lo hora de describir los aportes de este al equipo han reconocido su capacidad de lograr

realizar un diagnóstico más completo de la situación, pudiendo identificar variables que la complejizan y son necesarias de abordar.

No obstante otra cuestión que se ha observado, y que cobra particular relevancia dado el contexto en el que sucede, es que al interior del equipo pareciera ser que el quehacer profesional del trabajador social se encontraría desdibujado en comparación con las demás disciplinas.

Esta situación se ha visualizado en una de las reuniones de equipo que se han podido presenciar, en esta ocasión se produce una discusión en donde la psicóloga cuestiona que la trabajadora social haya contenido a una persona en un momento de angustia argumentando que ese no sería su rol dentro del equipo y que esa intervención correspondería a su disciplina. Seguidamente la trabajadora social fundamenta el motivo por el cual considera que está capacitada para actuar de esa manera, aunque se percibe que no basta con su argumento, observándose una clara división entre los mencionados profesionales.

6. CONCLUSIÓN

Consideramos que el Programa “A Tu Puerta” implementado por la Secretaria de Acción Social en el Partido de la Costa surge para dar respuesta a una demanda concreta relacionada con la necesidad de liberar camas en el Hospital de Mar de Ajó, ante el incremento de personas internadas por cuestiones que no solo tenían que ver con una problemática de salud puntual, sino que coexistían distintas variables de carácter social y vincular que dificultaban el egreso de los mismos de esta institución.

Estamos en condiciones de afirmar que desde la puesta en funcionamiento de ésta política social se ha logrado revertir rápidamente dicha situación, mediante una propuesta que se caracteriza por su implementación en ámbitos domiciliarios y por su abordaje interdisciplinario a todo el grupo familiar. Creemos que este tipo de intervención promueve con muy buenos resultados el acompañamiento, la contención y el conocimiento necesario que se amerita para el abordaje de cada situación en particular.

También se ha podido visualizar durante este proceso de investigación que, al modificarse su objetivo inicial hacia otro que está más relacionado con la Atención Primaria de la Salud, existe una demanda constante de intervención del dispositivo “A Tu Puerta” en situaciones que podrían ser abordadas desde los distintos Servicios Sociales de comunidad y que no necesariamente requieren de la presencia de un equipo in situ.

Consideramos que esta particularidad ocurre por no haberse establecido desde un principio los alcances y las limitaciones que este dispositivo posee, motivo por el cual se suele utilizar para cubrir los baches y las burocracias internas del Estado, tal como lo ha mencionado oportunamente el Lic Vicente.

Creemos que debido a esto se generan tensiones tanto dentro como fuera del equipo. Dentro, porque los mismos profesionales no logran posicionarse a la hora de definir en qué situaciones intervenir, cómo, cuándo o porque y fuera, por que los efectores y funcionarios municipales no logran entender los objetivos y funciones de este dispositivo, solicitando sus intervenciones como una “herramienta de política partidaria”.

A nuestro entender esto tiene que ver con el imaginario social que se ha construido del dispositivo, el cual aun no se encuentra claramente definido ni instalado en la sociedad. Inferimos que puede deberse a su carácter innovador, a su corto periodo de existencia o bien por su falencia para delimitar sus alcances y objetivos.

Con respecto a las intervenciones llevadas a cabo por este equipo, tal como ya hemos mencionado y detallado las mismas son múltiples y variadas, creemos que permiten una mirada más amplia y abarcativa no solo por estar conformado por diferentes disciplinas sino también por llevarse a cabo en el propio ámbito domiciliario. Creemos que esto permite al profesional conocer el entorno del sujeto y su grupo familiar con mayor profundidad. Los hábitos, costumbres, necesidades, vínculos, condiciones habitacionales, etc. son variables de importancia que al momento de evaluar situaciones y elaborar

estrategias de intervención enriquecen significativamente el accionar profesional.

Entendemos que intervenir en el ámbito domiciliario, no solo es enriquecedor para el equipo sino también para la persona que se encuentra dentro de un ambiente conocido y cálido, como lo es su propio hogar. Además, es importante remarcar que en aquellas situaciones donde existe dificultad para movilizarse (ya sea por motivos físicos o por cuestiones de distancia) que un equipo interdisciplinario se acerque al domicilio facilita y favorece en gran medida su situación. Del mismo modo en aquellas situaciones en donde las personas poseen resistencia o dificultad para lograr continuidad en los tratamientos indicados, el hecho que un dispositivo asista a su domicilio, al menos una vez a la semana, hace que se superen dichas dificultades o que se disminuya la resistencia.

Otra consideración a tener en cuenta, es que al depender de la Secretaria de Desarrollo Social y no al área de salud, entendemos que su propósito principal de “acompañar a la persona en su proceso salud-enfermedad” sea entorpecido o minimizado por otras cuestiones tales como dar respuesta a situaciones que, no menos importantes, podrían ser atendidas por otros Dispositivos.

Estas cuestiones se las puede identificar como la gestión de recursos, o como la denuncia de vecinos o referentes comunitarios informando la situación problemática de personas invisibilizadas por el Estado, o bien para cubrir la ineficiencia de otros efectores. Sostenemos que en estos casos la presencia

del Dispositivo móvil “A Tu Puerta” logra calmar la ansiedad y el malestar que genera en la sociedad. De este modo se obtiene una respuesta inmediata de parte de la Dirección de Acción Social, aunque en la mayoría de los casos sólo se interviene brindando asesoramiento y articulando con los efectores correspondientes.

Con respecto a la Interdisciplinariedad que el equipo pretende, inferimos que si bien se encuentra conformado por diferentes disciplinas, no se ha logrado la integración de las mismas, lo cual no solo se visualiza de las entrevistas realizadas a los distintos profesionales sino también de las observaciones llevadas a cabo por este equipo de investigación.

Sostenemos que no se ha logrado la “intersección de saberes”, tal como lo menciona Stolkiner al referirse a la interdisciplina, en este equipo cada profesional interviene puntualmente en su saber, desde una visión recortada basada solamente en su quehacer profesional.

El equipo no ha logrado que los profesionales construyan una visión más compleja e integral a la hora de abordar una situación, no logran unificar criterios de intervención. Creemos que esto se debe a que se encontrarían atravesando un proceso de conformación y consolidación como equipo interdisciplinario o bien porque no han entendido la lógica que este tipo de abordaje pretende. Ambos análisis pueden ser válidos y se desprenden de sus propios relatos y acciones, ya sea por la dificultad de definir la interdisciplinariedad como concepto o bien por su corto periodo de funcionamiento.

Es importante mencionar que si bien desde el relato los profesionales adhiere a los criterios de los nuevos paradigmas, su práctica no condice con ello, observándose la plena vigencia del paradigma biomédico donde el discurso medico hegemónico se encuentra presente, no solo a la hora de intervenir (permitiendo a los médicos decidir cómo, por qué y cada cuanto concurrir al domicilio de las persona) sino también en los conceptos utilizados tales como “paciente”, “seguimiento” y “derivación”.

En este sentido, creemos conveniente la utilización de conceptos acordes con el paradigma bio-psico-social tales como “persona”, “acompañamiento” y “articulación”. Adherimos a lo plateado por Bourdieu (1994) *“Cuando se trata del mundo social, las palabras crean las cosas”* (p.130). Consideramos que además de crearlas, definen formas de entenderlas, pensarlas, conocerlas e intentar o no comprenderlas.

En relación a nuestro tercer punto de investigación consideramos que si bien el Trabajo Social no ha logrado posicionarse dentro del equipo frente a las demás disciplinas, éste realiza un generoso aporte al funcionamiento del equipo interdisciplinario. Entendemos que su principal contribución se desprende de la especificidad propia de la disciplina y de la diversidad conceptual que ha adquirido al momento de su formación.

Dicha contribución conlleva poseer un conocimiento integral que se ve plasmado en su habilidad para la redacción de informes, el conocimiento y la gestión de recursos, en la articulación tanto con profesionales como con referentes institucionales, y en su capacidad de liderazgo. Lo cual se visualiza

al impulsar reuniones de equipo a fin de replantear objetivos de intervención, en la propuesta de nuevas estrategias y en la insistencia de registrar lo acontecido de cada intervención, cuestión que no logra instalarse desde los otros profesionales.

Para finalizar estamos en condiciones de afirmar que los resultados de esta investigación han sido los esperados dado que hemos logrado alcanzar los objetivos propuestos a su inicio, obteniendo así, por medio de la interpretación de los datos recabados y su respectivo análisis, una descripción detallada del funcionamiento del dispositivo móvil “A Tu Puerta” Salud Social en Movimiento.

Sentimos la necesidad de culminar esta investigación reconociendo la capacidad de la Dirección de Acción Social municipal al lograr transformar una necesidad real y concreta de una de sus instituciones en una política social de carácter innovador como fue la puesta en funcionamiento del “Dispositivo Móvil A Tu Puerta, Salud Social en Movimiento”.

De este modo, queremos destacarlo como un valioso recurso el cual, gracias a la modificación de sus objetivos iniciales, ha logrado mejorar sustancialmente sus intervenciones en pos de la persona y no tan solo de la institución.

No obstante, creemos que el equipo interdisciplinario aun se encuentra en consolidación, entendiéndose que este será un proceso por el cual necesariamente tendrán que atravesar para alcanzar su máximo potencial

Como sugerencia final, a sus mentores, proponemos la redacción de un documento que los respalde como Dispositivo clarificando sus objetivos y alcances. Inferimos que servirá para posicionarse diferente ante las instituciones, profesionales y demás miembros de la comunidad.



FOJA DE DERIVACIÓN



FECHA: / /

APELLIDO Y NOMBRE

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

TELÉFONO DE CONTACTO

INSTITUCIÓN QUE DERIVA:

MOTIVO:

OBSERVACIONES:





**Programa de Seguimiento domiciliario
porst-alta de niños con IRAB**

Planilla N°: Fecha de derivación:/...../.....

Profesional que deriva:

Datos del niño

D.N.I.N°:	Fecha de nacimiento:
Apellido y Nombre:	
Dirección:	
Dirección Alternativa	
Teléfono:	
Teléfono Alternativo:	

Visitas

<p>N°1</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>N°2</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>N°3</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



Av. Costanera 8001 - Mar del Tuyú - Provincia de Buenos Aires



Datos de la madre

Apellido y Nombre:	
D.N.I.N°:	Fecha de nacimiento:

Otro cuidador primario

Apellido y Nombre:

Observaciones

Signos clínicos de alarma

Taquipnea (FR:>40x' en<6 meses;>30x" en > 6 meses)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fiebre sostenida, alta y permanente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rechazo al alimento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Traje intercostal y/o universal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sibilancias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tos persistente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Palidez y cianosis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dificultad para dormir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Irritabilidad o mucho sueño	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Determinantes socio-familiares y ambientales

Familia que habita en vivienda sin servicios básicos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Familia que habita en entorno poco saludable (ej. Reciclado y clasificado de basura, sin agua potable)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Madre/Padre/Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, etc)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



ANEXO II – INFORMES

INFORME PRIMER SEMESTRE

“A TU PUERTA”

Equipo interdisciplinario:

- ❖ Paz, Romina (Enfermera profesional)
- ❖ López, Yael (Lic. en Psicología)
- ❖ Di Vasto, Agostina (Lic. en Psicología)
- ❖ Palacino, Virginia (Trabajadora Social)
- ❖ Cejas, Fernanda (Trabajadora Social)

INTRODUCCION

El presente informe es realizado por el equipo interdisciplinario del dispositivo móvil «A tu Puerta», Salud Social en Movimiento con el fin de dar cuenta del trabajo realizado durante sus primeros seis meses de funcionamiento y para ser presentado, ante su pedido, a la Secretaria de Desarrollo Social del Partido de la Costa.

Es preciso mencionar que este dispositivo surge de la necesidad de brindar un seguimiento integral a aquellas situaciones que recurrentemente se presentan en el Servicio de Guardia del Hospital Municipal de Mar de Ajó y de las internaciones “sociales”, generalmente por cuestiones que, si bien tienen que ver con la salud física y psíquica de las personas, son pasibles de ser evitadas y/o controladas por dicho dispositivo, interviniendo en ellas variables sociales, económicas, de organización familiar, de interacción vincular, etc. en la mayoría de los casos.

Este dispositivo móvil realiza su primera intervención el día 28 de mayo de 2013 y abarca como radio de acción toda la zona sur del Partido de La Costa (desde Aguas Verdes hasta Nueva Atlantis)., con el quipo inicial formado por Lic. en Psicología, Natalia Viega, Enfermero Lic. López y dos Trabajadoras Sociales Cejas Fernada y Palacino Virginia. Los cuales en un primer momento eran trasladados con la Patrulla Municipal. Luego surge la posibilidad de contar con un vehículo propio, sumándose al equipo Rubén Olivo, chofer del dispositivo,

Más tarde el equipo inicial sufre transformaciones esperadas debido a la dinámica misma del trabajo, por lo cual se realizaron nuevas incorporaciones, quedando conformado actualmente por dos psicólogas, una enfermera, dos trabajadoras sociales y un chofer.

Cabe mencionar que en el cuerpo de este informe se especificaran datos confidenciales (Anexo), de situaciones en las que se intervino. También se fundamenta desde un marco teórico-práctico del hacer-pensar del equipo, se expondrán datos resultantes a través de gráficos y, finalmente se mencionarán los proyectos a llevar a cabo durante este año 2014.

MARCO TEORICO

Foucault señala que un dispositivo es “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen: los elementos del dispositivos pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos” (1985:138). Las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red y sus interacciones, definen la singularidad de la intervención en cada circunstancia.

La concepción de dispositivo en nuestro país se remonta a los años 1988 y 1989 con la creación de los ATAMDOS, que fueron centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria en la provincia de Buenos Aires, bajo la conducción del entonces Ministro de Salud, Dr. Floreal Ferrara.

Constituían el primer nivel de atención y se integraban al hospital de la zona, al que sólo llegaban las patologías de mayor complejidad. No se esperaba a que el paciente solicitara atención sino que el equipo médico se dirigía casa por casa. Esto significó profundos cambios en la concepción sobre la atención médica.

La atención era brindada por equipos multidisciplinarios compuestos por un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y por un odontólogo cada dos ATAMDOS. Cada profesional ganaba exactamente lo mismo que Ferrara, como Ministro de Salud, y tenían capacitación y actualización científica permanente.

Cada equipo de especialistas tenía a su cargo 300 familias, las cuales decidían por medio de asambleas sobre el presupuesto del equipo. Lo revolucionario de estos centros de salud fue que constituyeron una experiencia de participación popular directa en materia de salud. Los ATAMDOS sólo funcionaron por 4 meses debido a la oposición que generó en ciertos sectores.

Ahora bien, otra concepción a desarrollar es la Atención Primaria en Salud (APS) cuya estrategia concibe integralmente los problemas de salud/enfermedad de las personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

APS se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y

optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa.

APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral.

Por otro lado, cuando hacemos referencia a la localización de nuestra acción en territorios, escenarios, micro espacios barriales; no estamos indicando con ello, solo un sector geográfico, sino ese espacio de encuentro de diferentes tipos de relaciones que generan un campo de fuerza, en donde unas se oponen, otras se sinergizan, algunas predominan, haciéndolo inestable, permitiendo constantes rupturas y creación de nuevos espacios. En ese campo de fuerzas, se ubican vacíos o tensiones, que van más allá de lo visible o aparente, que permiten la aparición de la duda, de la ambigüedad; favoreciendo el establecimiento de nuevas relaciones, usos y significados puestos en escena que alimentan una dinámica constante en busca de nuevos equilibrios.

Los territorios barriales trascienden la demarcación espacial, hecha privada o estatalmente, pues sin desconocer los límites de su barrio, la infraestructura física y administrativa, los pobladores reconocen otro tipo de territorios generados por el uso más que por la función.

Profundizando la conceptualización de territorialidad urbana, Ocampo Marín (2005) señala que “el territorio es un constructo social, una valoración, una fabricación, un producto, un espacio tatuado por la historia y la cultura, que se construye a través de prácticas, estrategias, percepciones y la manera de leerlo que también los miembros del grupo que lo constituye”.

En este punto queremos hacer explícita nuestra adhesión al pensamiento complejo, tomando distancia de la tradición hegemónica en el campo de la ciencia a través de una ruptura epistemológica.

Siguiendo a Morin “la complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, determinaciones, azares que constituyen nuestro número fenomenológico” (2003). El pensamiento complejo implica aceptar la incertidumbre, el desorden, la ambigüedad para comprender la complejidad en el entramado del fenómeno social. No desprecia lo simple sino que critica la simplificación.

Teniendo en cuenta lo mencionado en párrafos anteriores y a fin de cumplimentar exitosamente con los objetivos planteados es que la

modalidad de abordaje elegido es la del “trabajo en red”, entendiéndose este como la colaboración de dos o más personas u organizaciones para alcanzar una meta, a través del intercambio y el aprendizaje mutuo. Los miembros de la red comparten objetivos y medios de acción, comprometiéndose para desarrollar una estructura conjunta y con responsabilidad compartida.

FUNDAMENTACION DESDE LAS TRES AREAS (ENFERMERIA, PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL)

“A tu Puerta” está compuesto por un equipo interdisciplinario que consta de profesionales que integran el campo de enfermería, psicología y trabajo social. Quienes realizan actuaciones en micro espacios barriales, necesitan de manera constante reflexionar sobre la compleja trama de interjuegos de atracción y rechazo, de permanencia, resistencia y cambio, que se dan en los territorios. Conocer su dimensión constitutiva exige trascender planos y adentrarse en otros, más complejos y más ricos.

En la historia del conocimiento, el simple planteo de la interdisciplina atenta contra la fragmentación de la situación a abordar, implica considerar el aporte de otros campos disciplinares y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Abrazar la interdisciplinariedad resulta entonces, para este dispositivo, un modo imprescindible para saber –conocer- y saber –hacer- con pertinencia.

Desde esta visión holística se considera a la salud como un proceso bio-psico-social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo frente a la complejidad del ambiente ecológico-social.

Teniendo en cuenta esta mirada integral podemos pensar en tres tipos de apoyo que brinda este dispositivo a los pacientes:

APOYO EMOCIONAL: referido al área afectiva. Significa poder compartir sentimientos, experiencias, pensamientos, es decir tener con quien hablar de los propios problemas. Es el tipo de apoyo que desempeña un papel importante en el mantenimiento de la salud y el bienestar, aumentando la autoestima.

APOYO INFORMACIONAL: se relaciona con la provisión de información y los recursos relevantes para el afrontamiento de las diversas situaciones problemáticas y las posibles vías de acción.

APOYO MATERIAL: se encuentra vinculado a la prestación de servicios de una manera tangible, concreta.

En el área de psicología, el objetivo principal es brindar un espacio de escucha y contención para las personas que se encuentran atravesando diferentes situaciones problemáticas.

Las intervenciones se encontrarán sujetas a los profesionales de la Salud pertenecientes al dispositivo, por tal motivo no existe una intervención común, universal o general sino que las intervenciones tendrán lugar a partir de la escucha de lo que el paciente expresa y/o manifiesta, es decir, que las mismas estarán sujetas a la singularidad de la situación.

Objetivos Específicos:

- facilitar el proceso personal de empoderamiento, es decir, incrementar la capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno
- No habrán soluciones establecidas, sino que a partir del proceso de empoderamiento, los sujetos encontrarán por sí mismos diversas soluciones a su problemática cotidiana.
- Fortalecimiento Subjetivo y Yoico.
- Afrontar los miedos en cuanto a la toma de decisiones y solución de conflictos.
- Aumento de estima.
- Lograr mayor autonomía.
- Respeto por uno mismo y por el otro.

La misión de la Enfermería en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, psíquico y social. Las funciones principales de la enfermería son la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, dar cuidados durante la misma y su rehabilitación.

Los profesionales establecen una relación interpersonal de ayuda con el individuo, la familia y la comunidad, que implica experiencias de aprendizaje contribuyentes al crecimiento personal, madurez, creatividad y

productividad a fin de mejorar la calidad de vida. Teniendo una concepción del individuo como ser bio-psico-social, y espiritual, con una visión integradora y holística.

Es por lo anteriormente mencionado que se considera fundamental poder ver al otro a través de una visión holística, y esta manera integral de abordaje es potenciado mediante el trabajo interdisciplinario; considerado, desde nuestro punto de vista, como la base para la intervención y el encuentro con los individuos y la comunidad.

Objetivos de Enfermería:

-Evaluar el estado de salud de la persona en las distintas etapas del ciclo vital.

-Diagnosticar las necesidades de ayuda y de cuidados de enfermería que tiene el individuo, familia, comunidad.

-Planificar y ejecutar los cuidados de enfermería tendientes a la satisfacción de las necesidades del individuo en las distintas etapas del ciclo vital.

-Educar, enseñar a las personas y grupos en relación al cuidado de la salud, sobre los recursos sanitarios con los que dispone.

-Desarrollar acciones de promoción de estilos de vida saludables a fin de prevenir factores de riesgo que pongan en peligro la salud individual y colectiva.

- Integrar un equipo interdisciplinario, tomando decisiones en forma conjunta sobre el cuidado integral de las personas y la comunidad.

El Trabajo Social tiene un campo de acción, una labor definida y una serie de marcos conceptuales que conforman un espacio de saber propio dentro de las Ciencias Sociales. Dentro de este campo todo proceso teórico y analítico esta signado por la intervención, es decir por su propia práctica. Esta característica es la que muestra la mayor singularidad de esta disciplina.

Es decir el Trabajo Social no solo trata de investigar, comprender y explicar los fenómenos sino que intervienen sobre estos, en la búsqueda de alternativas, en las circunstancias y hechos desde es convocado a intervenir.

De este modo este campo está comprometido con una forma de transformación de la realidad que proviene de la demanda.

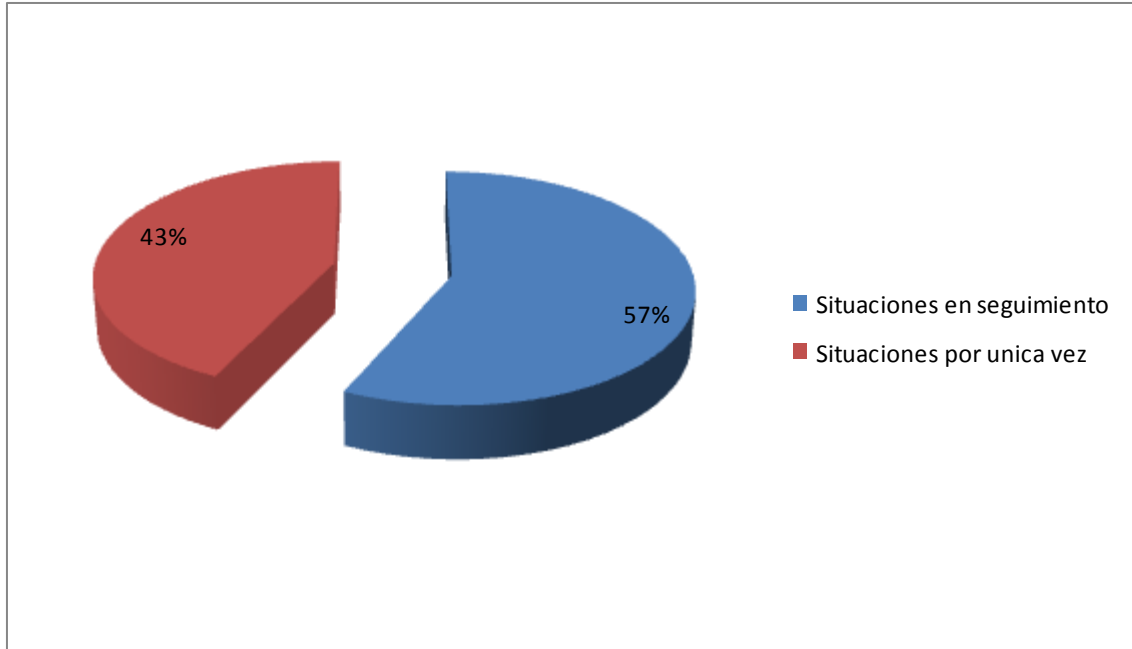
Desde esta perspectiva es posible identificar una gran variedad de formas de intervenir, como la administración de recursos, la gestión de riesgos, la reivindicación de derechos, el acompañamiento, la resolución de conflictos, el empoderamiento, el fortalecimiento y recuperación de formas de saber, el conocimiento y sostenimiento de lazos sociales, etc. La intervención apela también a otro tipo de relaciones que van más allá de la gestión de recursos, como el abordaje familiar, las entrevistas individuales y la construcción de la demanda desde un escenario complejo.

Se forja de esta manera una práctica que es convocada ante las desigualdades, injusticias y problemas sociales y que intenta responder desde la construcción de su experiencia, actuando sobre diferentes situaciones que se expresan en forma singular a nivel territorial, familiar e individual.

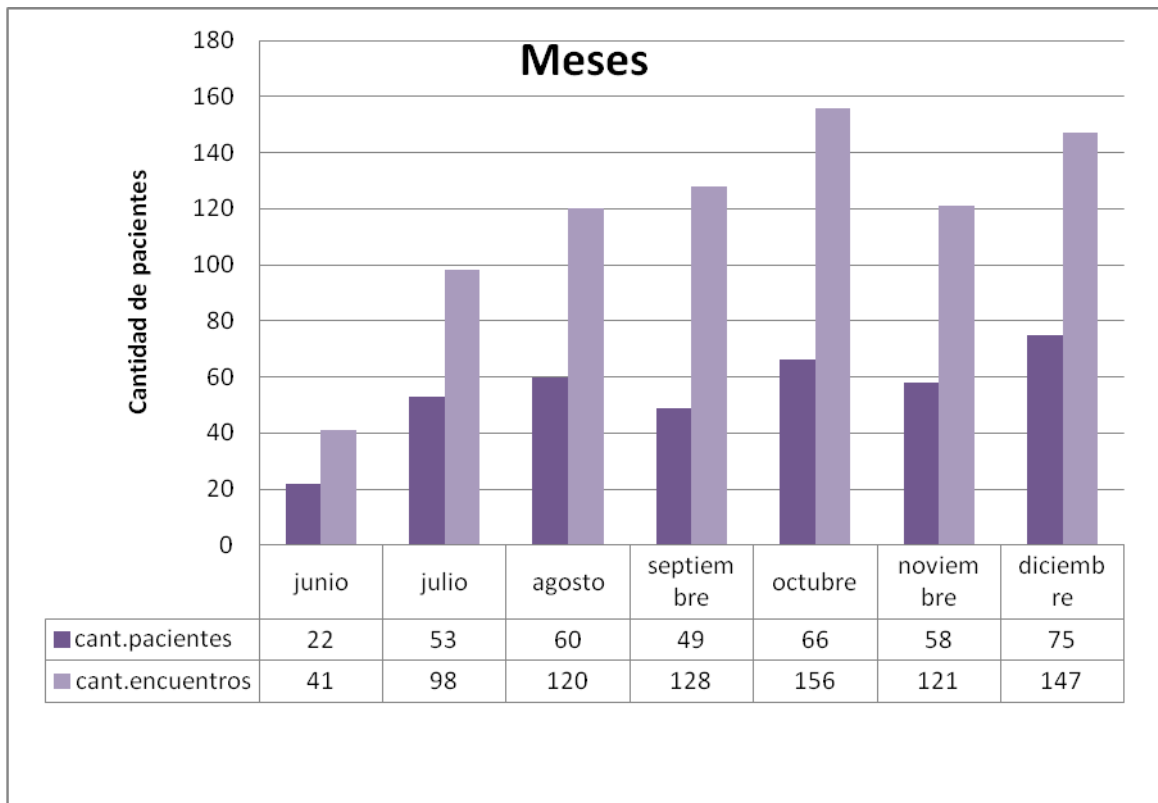
GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Podemos afirmar que durante este tiempo de trabajo se ha realizado el seguimiento de 122 situaciones, de las cuales 52 fueron encuentros por única vez y 70 los seguimientos propiamente dichos, de éstos 22 ya han sido dados de alta. En la actualidad se realiza el seguimiento de 48 situaciones, evaluándose futuros egresos para dar lugar a nuevas intervenciones.

TOTAL DE INTERVENCIONES



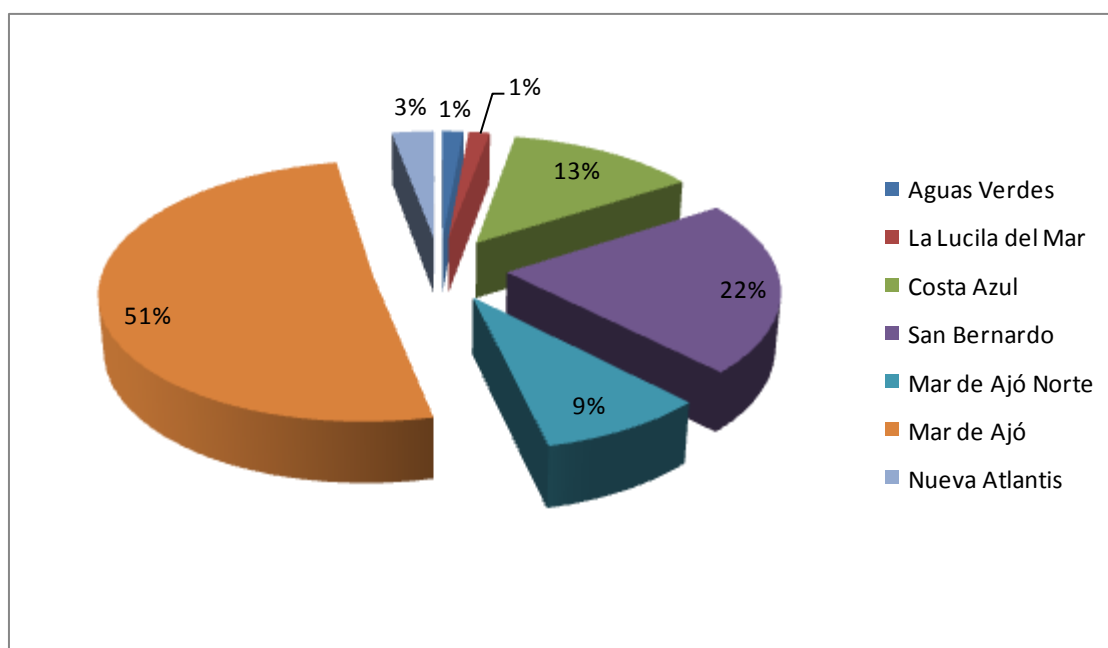
Total de Intervenciones realizadas durante el período de junio-diciembre del año 2013



Cantidad de intervenciones llevadas a cabo y cantidad de encuentros totales por mes durante el período junio-diciembre del año 2013.

SITUACIONES EN SEGUIMIENTO POR LOCALIDAD

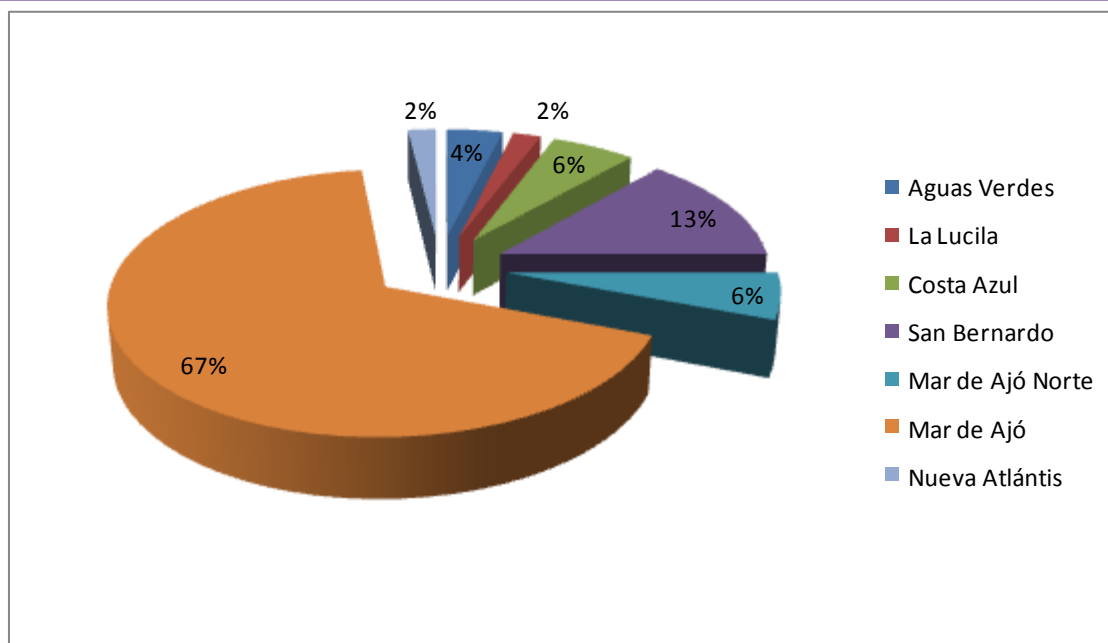
LOCALIDADES	CANTIDAD DE PACIENTES
Aguas Verdes	1
La Lucila del Mar	1
Costa Azul	9
San Bernardo	15
Mar de Ajó Norte	6
Mar de Ajó	35
Nueva Atlantis	2



Total de situaciones en seguimiento por localidad en el periodo junio-diciembre del año 2013

INTERVENCIONES REALIZADAS POR ÚNICA VEZ

LOCALIDADES	CANTIDAD DE INTERVENCIONES
Aguas Verdes	2
La Lucila del Mar	1
Costa Azul	3
San Bernardo	7
Mar de ajó Norte	3
Mar de Ajó	35
Nueva Atlántis	1



Total de intervenciones realizadas por única vez por localidad en el periodo junio-diciembre del año 2013

CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO:

ENFERMERÍA

- Promoción y prevención de la salud.
- Interconsulta con médicos que derivaron al paciente.
- Gestión de turnos para las diferentes especialidades.
- Curaciones (quemaduras, heridas cortantes, quirúrgicas, escaras, etc.).
- control de signos vitales.
- control de glucemia.
- Saturación de oxígeno.
- Administración de medicación por vía intramuscular.

SALUD MENTAL

- Acompañamiento psicológico.
- Reunión de equipo con psiquiatría, psicología y medico clínico.
- Derivación a los centros periféricos para el acceso a profesionales de salud mental.

SERVICIO SOCIAL

- Coordinar las actividades específicas en las unidades de internación, ambulatorio, emergencias y guardia para lograr la accesibilidad al sistema de salud.
- Información.
- Asesoramiento.
- Gestión de recursos económicos (Ayudas económicas- Ayuda en materiales- Gestión de medicación- Gestión de viandas de alimentos- Traslado en remis/ambulancia).

- Gestión de recursos no económicos (Micro-emprendimientos- Gestión de turnos internos y a otros hospitales- Permisos en puestos de ferias artesanales- Solicitud de inserción laboral- Entrega de bolsón de mercaderías- Entrega de leches enteras y maternizadas- Entrega de elementos para curaciones).
- Abordaje familiar.

ARTICULACION CON EFECTORES DE LA COMUNIDAD:

- Centros educativos.
- Centros comunitarios.
- Instituciones religiosas.
- PAMI.
- ONG.
- Instituciones de tercer nivel.

CANTIDAD DE KM RECORRIDOS: 600 km por mes aprox.

GASTOS SEMANALES DE COMBUSTIBLE: \$300 aprox.

MODALIDAD DE ADMISION

La modalidad de admisión será considerada a partir de los siguientes criterios;

- Por derivación médica.
- Por solicitud de la Dirección de Acción Social.
- Por solicitud de efectores de otras instituciones (Educación, Juzgado, Servicio Local de Promoción y Protección a la Niñez,

Salud Mental, Servicios Sociales de comunidad, etc.) que presenten informes de situación escritos, los cuales serán evaluados por las autoridades competentes.

Al mismo tiempo el equipo interdisciplinario además evaluará la admisión de las derivaciones y/o solicitudes efectuadas, así como también de los sujetos que se presenten por demanda espontánea en el servicio social del hospital.

PROYECTOS A DESARROLLAR 2014:

Se trabajará multidisciplinariamente con el Servicio de Infectología el seguimiento de pacientes que no presentan continuidad y adherencia al tratamiento correspondiente.

Asimismo, se abordará de manera articulada con el Servicio de kinesiología a fin de lograr la prevención de enfermedades respiratorias agudas en pacientes vulnerables por motivos orgánicos y/o sociales.

Finalmente, se destaca que se continuarán elaborando nuevas estrategias de intervención; así como también, se evaluará egresos para dar lugar a nuevas situaciones que requieran del Dispositivo.

CONCLUSION

A modo de conclusión se puede decir que el Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”, Salud Social en Movimiento emerge de una fuerte presencia de políticas sociales implementadas desde el Ejecutivo de nuestro gobierno municipal, ligadas a la inclusión social donde el Estado toma protagonismo como garante de derechos sociales y humanos.

Esta centralidad de lo estatal, a nivel macro, implica una revisión de las modalidades de intervención que actúan sobre los efectos de casi 40 años de tránsito hacia la exclusión y fragmentación social que hoy estamos padeciendo.

Fomentando la construcción de mecanismos de inscripción y reinscripción social, como de dispositivos que promuevan el abordaje de orden transversal y desde la perspectiva de la complejidad, no desde un pensamiento

simplificante, fijo y homogéneo, logramos dar sentido a nuestras intervenciones diarias y a la creación de nuevas políticas sociales.

Sobre este orden de ideas este equipo considera que se han superado parte de las expectativas de trabajo propuestas en estos primeros seis meses de intervención, las cuales fueron incentivadas por las demandas vertidas desde el servicio de guardia de este Hospital Municipal. Por lo tanto, cabe mencionar que el apoyo de algunos médicos, licenciados, administrativos y directivos del Hospital fue de gran importancia para el trabajo en red, así como también el acompañamiento desde los referentes comunitarios y directivos del área de Desarrollo Social

Así, se ha logrado cumplir con el objetivo inicial en un número importante de situaciones, se redujeron los ingresos desde el servicio de guardia del Hospital, se concretaron altas de internación de aquellos pacientes denominados “sociales” promoviendo la interacción familiar. Además, se logró presencia y continuidad en territorio, se acompañó y estuvo en situaciones extremas, articulando con demás efectores de la comunidad

Se entiende que es momento de replantear y reorganizar lo realizado y lo no alcanzado en post de ampliar el campo de incumbencia de este equipo y de los actores interesados, en el marco de la co-responsabilidad

.Por ello y mucho más seguimos creyendo en la continuidad de este proyecto y en la posibilidad de multiplicar esfuerzos, apostamos al crecimiento y a la extensión del área de cobertura de este dispositivo hacia otras localidades del Partido de La Costa, como así también al refuerzo en nuestra zona inicial.

Para finalizar queremos mencionar que nuestro ejercicio profesional tiene lugar en territorios cambiantes, comprender estos escenarios para poder generar intervenciones pertinentes requiere de un pensamiento complejo, de trascender las fronteras de lo disciplinar y de aceptar siempre que sea posible el trabajo en equipo interdisciplinario.

Proyecto de Seguimiento domiciliario postalta de niños con IRAB

Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”

Hospital “Carlos Macías” Mar de Ajó

(2014)

FUNDAMENTACION:

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) ocupan un papel predominante tanto en la morbilidad como en la mortalidad, ocasionando, aun en el siglo XXI, un gran número de muertes infantiles que podrían prevenirse. Es decir, que las IRAB, constituyen una de las principales causas de la mortalidad infantil REDUCIBLE.

Dentro de los factores de riesgo podemos incluir:

Del huésped: Falta de lactancia materna, vacunación incompleta, prematuros y bajo peso de nacimiento, desnutrición.

Corta edad: la mayoría de las IRAB ocurren en el primer año de vida, y sobre todo en los primeros 6 meses, debido a la inmadurez de las vías respiratorias y sus defensas inmunológicas.

Contexto socioambiental familiar: Determina condiciones inadecuadas como deficiencias en la ventilación, hacinamiento, deficiencia alimentaria y falta de acceso a la salud, época invernal (otoño-invierno), asistencia a guarderías, madre analfabeta, madre adolescente, contaminación ambiental o domiciliaria

La incidencia invernal de estas patologías pone al límite las posibilidades a nuestros recursos en cuanto a personal, camas disponibles en los hospitales, sectores de aislamiento y derivaciones a centros de mayor complejidad.

Por ello se torna indispensable implementar estrategias adecuadas y normatizadas que permitan optimizar tanto el acceso del paciente a los sistemas de salud, como el aprovechamiento de los recursos disponibles.

La atención ambulatoria busca mejorar el nivel de resolución domiciliaria y así evitar nuevamente la internación con el impacto que involucra en la salud del niño y en los costos sociosanitarios.

En este caso, la articulación hospitalaria con el dispositivo móvil “A tu Puerta” *Salud Social en Movimiento* resultaría altamente productivo para el seguimiento domiciliario de ésta población vulnerable.

PROPÓSITOS

Detectar oportunamente al paciente crítico, mejorar el conocimiento de la comunidad sobre las medidas preventivas y los signos de alarma, reducir las hospitalizaciones innecesarias promoviendo acciones oportunas.

OBJETIVO GENERAL:

- Contribuir a la captación de todos los niños de hasta 2 años de edad internados con diagnóstico y tratamiento de IRAB, con alto riesgo de morbi-mortalidad domiciliaria, egresados del segundo o tercer nivel de atención y lograr el nexo y la continuidad con su red socio-familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar la adherencia al tratamiento médico indicado y signos clínicos de alarma de los niños considerados de alto riesgo al alta hospitalaria del hospital “Carlos Macías” de Mar de Ajó.
- Lograr integración del niño y su familia involucrando la participación de los diferentes efectores.
- Brindar acompañamiento, contención familiar y garantizar en el adulto responsable la comprensión de las indicaciones efectuadas por el médico tratante a fin de lograr la concientización respecto de la importancia del correcto cumplimiento del tratamiento
- Identificar los determinantes sociales que influyen y obstaculizan en el efectivo cumplimiento del tratamiento del niño/a.

Población destinataria:

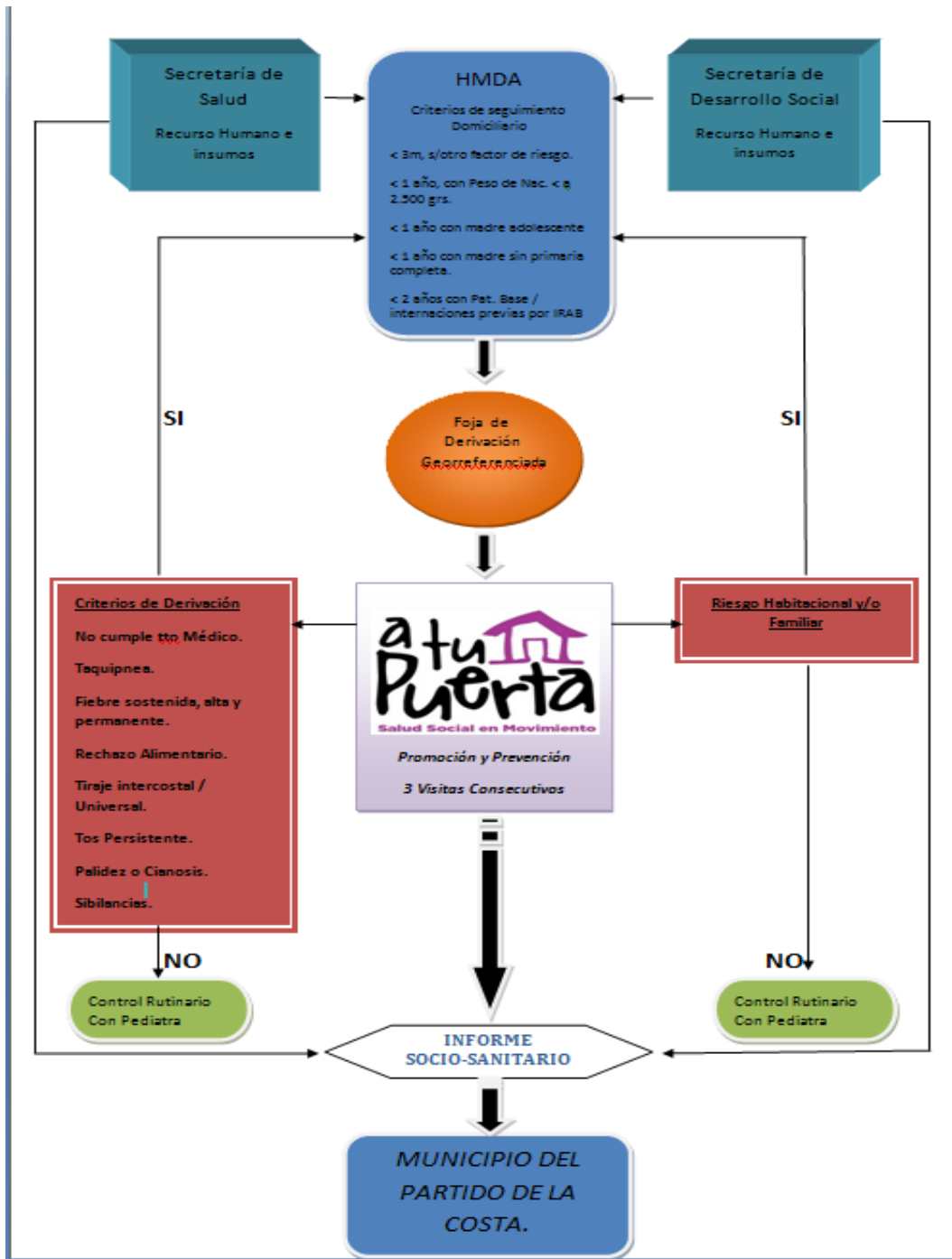
Serán los niños menores de 2 años, que hayan sido internados en el hospital Mar de Ajó con diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda baja (IRAB), con un contexto socio-ambiental y familiar vulnerables, considerados para la realización del seguimiento domiciliario por el equipo multidisciplinario.

Metodología

La metodología tiene como punto de partida la admisión del niño al hospital Mar de Ajó donde se realiza la pesquisa de los condicionantes en la recuperación de la salud del niño frente al alta hospitalaria, ésta, será plasmada en una Foja de derivación realizada por el Lic. en Kinesiología Germán Correa y Jefa de Pediatría Dr. Nora Quiroga, con datos georreferenciados que permitirán coordinar la visita domiciliaria por el Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”, cuyo equipo será capacitado previamente por el Lic. Germán Correa según “Modulo de capacitación

en IRAB para el equipo de salud” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con entrega del material, así el Dispositivo Móvil “A Tu Puerta” cumplirá con 3 visitas domiciliarias diarias y consecutivas, a fin de garantizar la continuidad del tratamiento médico, evaluando los indicadores de alarmas: *clínica* (Anexo II: Planilla de Registro Domiciliario), *socio-familiar* y *ambiental*.

Haciendo valer ésta situación para la promoción de hábitos saludables para madres/padres y/o familiares convivientes del niño. Y la detección de factores de riesgos modificables y no modificables. Permitiendo de esta manera “bosquejar” acciones necesarias a seguir, a fin de garantizar la adecuada recuperación del niño en su hogar, cuyas acciones implican remitirlo para evaluación por su médico pediatra y/o intervención habitacional sujetas a la Secretaria de Salud y a la Secretaría de Desarrollo social del Municipio del Partido de la Costa.



Actores intervinientes

- Equipo interdisciplinario Dispositivo móvil “A Tu puerta” Zona Norte, Sur y Centro.
- Lic. en Kinesiología, Correa Germán A. (Hospital Mar de Ajó).

- Servicio de Pediatría, Dra. Nora Quiroga (Hospital Mar de Ajó).

Actores Necesarios

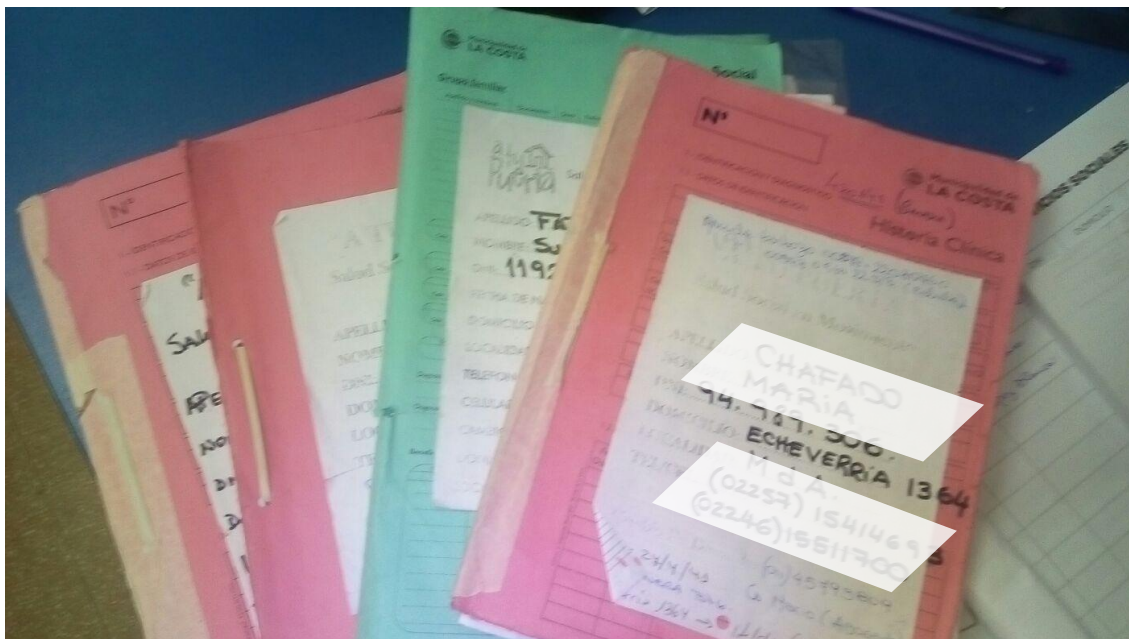
- Equipo interdisciplinario Dispositivo móvil “A Tu puerta” Zona Norte, Sur y Centro.
- Secretaría de Desarrollo Social (Lic. Facundo Nores) del Municipio de la Costa.
- Secretaria de Salud (Dr. Daniel Creuso) del Municipio de la Costa.
- Dirección de promoción para la salud (Lic. Anibal Bascialla).
- Profesionales de la Salud.

CONCLUSIONES:

El seguimiento domiciliario integral de los niños externados con IRAB constituye una estrategia de seguimiento y fortalecimiento epidemiológico que contribuye a disminuir la morbi-mortalidad de estos niños, este seguimiento constituye, per se, un apoyo bio-psicosanitario del niño y la familia fundamental, la intervención del Dispositivo como herramienta integral que contribuya a disminuir la saturación del Sistema de Salud en época invernal, esgrime un modelo de atención centrado en la persona, con acciones de promoción y prevención de la salud que asegure la detección precoz de enfermedad crítica para su tratamiento eficaz y oportuno.

Finalmente este proyecto intenta dar respuesta a la problemática específica que acarrea las IRAB, mediante la intervención-acción en la realidad local con estrategias que refuerzan políticas públicas profundas de un Municipio sensibilizado con la población vulnerable de nuestro Partido de la Costa.

ANEXO III - FOTOS



BIBLIOGRAFIA

- ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2002) “*El sistema de salud en Argentina*”. Documento de trabajo N° 60. Centro de estudios para el desarrollo institucional. Fundación Gobierno.
- ALAYÓN, N. & MOLINA, M. L. “*La desigualdad social: desarrollo y desafíos del Trabajo Social desde la Reconceptualización en América Latina*” Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 34-68. jan./jun. 2007, en línea: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1044/3231>
- ATENCIO, Viviana (2011) “*Padecimiento subjetivo de los Trabajadores Sociales de los centros de salud del Municipio de Florencio Varela*” (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Trabajo social, La Plata, Argentina
- AYLWIN, Nidia. (1986) “*El Trabajo Social como profesión*”, en: Revista de Trabajo Social N° 50. Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- BOURDIEU, Pierre (1994). “Razones practicas sobre la teoría de la acción”. Ed. Anagrama. Buenos Aires.
- BUSTELO, E. S., & MINUJIN, Z. A. (1998). “*Todos entran: Propuesta para sociedades incluyentes.*” Santafé de Bogotá: Unicef.
- CARBALLEDA, A. J. M. (2010) *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. Artículo publicado desde el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Atención a las adicciones. Recuperado el 15 Mayo de 2014, de: <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/carballeda2.pdf>
- CAZZANIGA, S. (1997) “*El abordaje desde la singularidad*”. En: Desde el Fondo. Cuadernillo temático N° 22. Catedra Trabajo Social V, Facultad de Cs. Sociales, UBA
- COMES, Yamila y STOLKINER, Alicia. (2005) “*Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales*. Recuperado el 30 de Mayo de 2014, de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862005000100013&lng=es&nrm=iso
- DEVOTO, Guillermo (2013) “*ATAMDOS un hito en la historia de la*

- Atención Primaria de la Salud en Argentina*” Año 3 - Nro. 5 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Recuperando historia
- FOUCAULT, Michel. (2000) “*Los Anormales*”. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
 - GERGEN, Kenneth. (1996) “*Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción Social*”. Barcelona, Paidós.
 - GOLBERT, Laura (2013) “*Posibilidades y restricciones de las políticas públicas: el caso del sistema de salud argentino*” en Fidel, C. y Valencia Lomeli, E. (Coordinadores) (Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdades en América Latina, Universidad Nacional de Quilmes, Centro de Desarrollo Urbano
 - HIRMAS ADAUY M, POFFALD ANGULO L, JASMEN SEPÚLVEDA AM, AGUILERA SANHUEZA X, DELGADO BECERRA I, VEGA MORALES J. (2013) “*Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*”. Rev. Panamá Salud Publica
 - KISNERMAN, Natalio (1998): “*Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el Construccionismo*”, Buenos Aires, Lumen-Hvmanitas
 - LOPEZ, Susan. (2006). Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social – UNLP. En línea <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria3.pdf>
 - MACEIRA D., APELLA I. y BARBIRI E. (2005) “*Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina*” Nuevos documentos CEDES N°51/2008 Cedes, Buenos Aires, disponible en: http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Ndoc_c/51.pdf
 - MENDICOA G. (1998). “*Manual teórico-Práctico de Investigación Social*”, Buenos Aires, Editorial Espacio.
 - MONTAÑO FRAIRE, Rolando, (2004) “*El dispositivo grupal como instrumento de intervención e investigación*”, Recuperado el 19 de Abril de 2014 de: <http://www.liberadictus.org>
 - MUNICIPIOS Región Sanitaria Octava (sin fecha) Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria8/municipios/>
 - OMS, (2005) “*Determinantes sociales de la salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*”, Recuperado el 28 de Abril de

2014, de:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

- OMS- Organización Mundial de la Salud (1984), *“Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos”*, Ginebra.
- Piergiorgio Corbeta (2007) *“Metodologías y Técnicas de Investigación Social”* ed. S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA, España
- SABINO, Carlos A. (1994) *“Como Hacer Una Tesis”*, Caracas, Editorial Panapo
- SABINO, Carlos A. (1996) *“El Proceso de la Investigación”*, Buenos Aires, Lumen-Hvmanitas
- SVAMPA, Maristella (2010) *“Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político : conversaciones con Floreal Ferrara”*- Buenos Aires : Biblioteca Nacional
- STOLKINER, Alicia (1999) *“La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”*. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3 , No 10 , Abril de 1999, Rosario, Argentina
- STOLKINER y Otros, (2000): *“Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso”* del libro *La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales-* Ed. Dunken. Buenos Aires.
- TAYLOR S. J. y BOGDAN R. (1986) *“Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”*. Buenos Aires, Paidós.
- VASILACHIS DE GIALDINO, Irene. (2007) *“Estrategias de investigación cualitativa.”* Editorial Gedisa. Buenos Aires.
- VEGA J, Solar O, IRWIN A. (2005) *“Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción”*. En: Jadué L., Fabiola M., eds. *Determinantes sociales de la salud en Chile. Iniciativa chilena de equidad en Salud (ICES)*

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- ANDERG EGG, Ezequiel (2003): *“Repensando la Participación Acción Participativa”*, Buenos Aires, Lumen-Hvmanitas.
- CELASTS- Centro Latinoamericano de Trabajo Social (1991): *“Salud Comunitaria y Promoción del desarrollo”*, Lima, Programa de Formación Profesional.

- NIREMBERG, Olga y otros (2005): *“Evaluar para la Transformación”*, Buenos Aires, Paidós.
- OMS- Organización Mundial de la Salud (1978): *“Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud”*, Alma Ata.
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. (2011) *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. 1ra. Edición. Buenos Aires.