

2002

Trabajo social hospitalario

Marino, Marta Susana

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/614>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y SERVICIO SOCIAL**

LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

TESIS

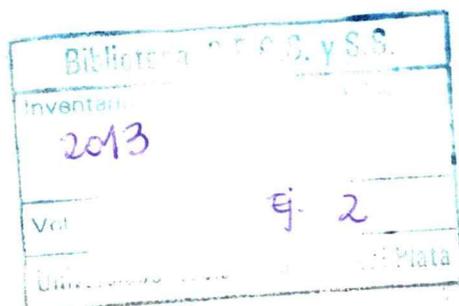
"TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO"

DIRECTORA: Lic. Mónica Burmester

CO DIRECTORA: Lic. Paula Meschini

ALUMNAS: Marta Susana Marino

Marta Romina Rampoldi Aguilar



Junio 2002

INDICE

I) INTRODUCCION.....	pag. 5
II) FUNDAMENTACION.....	pag. 6
III) OBJETIVO GENERAL.....	pag. 10
IV) MARCO TEORICO.....	pag. 11
1. PANORAMA SOCIOPOLÍTICO DE LA ARGENTINA.....	pag. 11
1.1. Características del modelo socio político actual con una perspectiva histórica.....	pag. 11
1.2. Políticas Sociales.....	pag. 14
1.2.1. Evolución histórica de las políticas sociales.....	pag. 14
1.2.2. Situación actual de las políticas sociales.....	pag. 16
1.2.3. A modo de síntesis.....	pag. 18
2. SISTEMA DE SALUD.....	pag. 19
2.1. La salud pública.....	pag. 19
2.2. Antecedentes del hospital público.....	pag. 22
2.3. La salud en la historia de Mar del Plata.....	pag. 24
3. PERSPECTIVA TEÓRICO METODOLÓGICA DEL TRABAJO SOCIAL.....	pag 27
3.1. Evolución histórica del servicio social.....	pag. 27
3.2. Proceso metodológico del servicio social.....	pag. 29
3.3. Especificidad profesional.....	pag 39

4. EL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO.....	pag.45
4.1. Reseña histórica del surgimiento del trabajo social hospitalario.....	pag. 45
4.2. Proceso salud-enfermedad.....	pag. 47
4.3. Trabajo social en el equipo de salud.....	pag. 48
5. DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL.....	pag. 51
5.1. Perfil institucional.....	pag. 51
5.2. Perfil del Servicio Social del HIEMI.....	pag. 53
5.3. Descripción de la normativa vigente.....	pag. 56
V) ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION.....	pag. 62
VI) ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	pag. 81
VII) CONCLUSIONES.....	pag. 97
VIII) BIBLIOGRAFIA.....	pag. 102
IX) ANEXO.....	pag. 106

Agradecimientos:

Le agradecemos en primer lugar a Mónica y Paula por la dirección y co dirección de este trabajo, por su apoyo, y ayuda.

También extendemos este agradecimiento a Jorge y Ana, porque ambos desde distintos lugares nos guiaron y ayudaron tanto en el análisis de datos como en redacción del trabajo.

Por otra parte tenemos que agradecer y valorar el tiempo prestado por los profesionales del Servicio Social del HIEMI, que nos permitieron obtener la información necesaria para la investigación.

Un gracias muy grande para nuestras familias (padres, madres, hermanos, marido y novio respectivamente), por la contención, el apoyo y la comprensión en estos años de carrera universitaria. Por haber estado con nosotras en los aciertos y en los fracasos, siempre a nuestro lado.

Marta y Romina

D) INTRODUCCION

El presente trabajo surge de haber tenido contacto con el trabajo social hospitalario en este caso en el Hospital Impersonal Especializado Materno Infantil a partir de la práctica institucional de la cátedra de Supervisión de la Licenciatura en Trabajo Social.

Con el planteo de una hipótesis y objetivo general y específicos, se trabajo en un marco teórico que comprende a rasgos generales una situación actual del país, el sistema de salud, la cuestión metodológica del trabajo social, el trabajo social hospitalario con sus características, la descripción del HIEMI tanto con un perfil institucional como con la normativa vigente.

El diseño de investigación que se utilizó es de tipo exploratorio - descriptivo, con un método cualitativo y cuantitativo.

Se utilizó para la obtención de información, como fuente primaria una entrevista semi-estructurada, que se aplicó a los asistentes sociales del servicio social del HIEMI, con un año de permanencia como mínimo en la institución.

El trabajo cuenta con varias partes: fundamentación, planteo de objetivos, marco teórico, aspecto metodológico de la investigación, análisis de los datos, análisis de resultados, conclusión y bibliografía.

II) FUNDAMENTACION

Después de 1990, mediante la desregulación y con una marcada política neoliberal, las conquistas políticas y sociales obtenidas, con el Estado de Bienestar, están siendo amenazadas por el modelo vigente, que no hace que sean compatibles los objetivos de estabilidad y crecimiento económico con los requerimientos sociales de bienestar. Se evidencia que la lógica de mercado es la fuerza dominante de la dinámica económico-social y su expansión en el mundo, consolida el proceso de globalización de la economía; instalando en la sociedad el incremento constante del desempleo y como consecuencia la pobreza y la exclusión

Se produce una progresiva disminución del papel del Estado con un rol mínimo en el desarrollo social, especialmente en los sectores de la salud y la educación, con la intención de asignar responsabilidades prioritarias al campo privado sin asegurar la equidad en las ofertas de los servicios.

No es de sorprender, que las instituciones públicas del Sector Salud, como el hospital, no sólo no cuenten con los recursos necesarios para el cumplimiento efectivo de sus objetivos, sino que además se encuentren en una especie de callejón sin salida, ya que el gasto que se realiza en salud no se corresponde con los servicios dados.

Esto se demuestra si se tiene en cuenta que: "El mundo ofrece ejemplos de Naciones que, con igual o menor dinero que el invertido por Argentina en el área de salud, consiguieron un desempeño excelente. El 8,2 % del producto Bruto Nacional erogado durante la década del '90 no logró crear un sistema sanitario eficiente. El dinero no llega a la gente por falta de un proyecto sanitario, mala gestión y corrupción. La falta de una política instrumental, con

su sistema de supervisión y control de gestión técnica, el desequilibrio en la inversión y la estructura sombreada por la corrupción sobre la cual está montado el sistema, son los mayores problemas por los cuales el gasto no se refleja en resultados”¹

Así los profesionales de la salud, insertos para este caso en el hospital público, son víctimas de este modelo, que hace que vivan de la enfermedad y no de la promoción de la salud, de manera precaria, con pocas gratificaciones profesionales, varios empleos y largas jornadas laborales. “La cultura prioritariamente asistencialista, ha transformado la salud en un medio y no en un fin”.²

Como se observa, el profesional de salud, dentro de estos el Trabajador Social, ve obstaculizado su accionar por factores externos al Sistema de Salud, es decir contexto socio económico argentino, y por factores internos al mismo, que se perciben por ejemplo en el funcionamiento del hospital público.

Si se tiene en cuenta que la definición de la salud “es el completo estado de bienestar físico, mental y social”, es decir, no solo la ausencia de enfermedad, en un enfoque de Salud Integral, según el preámbulo de la OMS, se puede ver que el Trabajo Social profesional dentro del hospital es de gran importancia y debería estar dispuesto a dar respuesta a tal sentido.

Por otra parte el Lic. Saúl Franco (consultor de OPS) postula que la salud es entendida hoy como el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social que se da en una población en un

¹ Rombolá, M. El gasto en salud no se corresponde con el servicio. Rev. Le Monde Diplomatique, año 11, N°21, marzo 2001, pag. 10.

² Rombolá, M. Idem anterior, pag.11

determinado tiempo y lugar. Es el fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población.

Hasta aquí un panorama del contexto actual de este país y el sentido con el que se toma el proceso de salud enfermedad pero sería importante tener presente que la "Salud Pública surge como una disciplina basada en saber médico y en el aporte de diversas disciplinas para la investigación y el reconocimiento de la realidad social, definiéndose como "el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país (de ahí el carácter de pública) para promover, prever, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad".³

Resulta difícil comprender, desde esta perspectiva el rol que desempeña los Trabajadores Sociales teniendo que aplicar su saber específico a: designar, clasificar y delimitar el perfil del supuesto "beneficiario" de los planes o recursos que prevee el hospital público. Si bien esta tarea puede ser llevada a cabo por un profesional de servicio social, este tipo de práctica profesional restringe el aporte específico dentro de la institución, así como en la definición de políticas públicas en el ámbito de la salud.

Todo esto lleva a pensar en un interrogante que en forma permanente irá orientando el presente trabajo:

¿El trabajador social hospitalario puede dilucidar y avanzar en el planteamiento de cómo se han resuelto, modificado o tratado los problemas sociales a partir de la aplicación de determinadas formas de intervención, para poder lograr una especificidad profesional, siendo que en la actualidad la institución pública, sufre un deterioro tanto en los servicios que brinda como en

las políticas que se elaboran para solución de determinadas problemáticas sociales?

Habiendo transitado en el trabajo del Servicio Social Hospitalario, por la práctica institucional de la carrera de Lic. en Servicio Social, y por la lectura de variada bibliografía, se llega a ciertas confirmaciones que pueden o no ser ciertas, pero este es el sentido de este trabajo, comprobar o no la siguiente hipótesis:

El Trabajador Social ve limitado su accionar específico dentro de la situación actual por la que atraviesan las instituciones públicas, como el Hospital; otorgando prioridad de su intervención a la demanda constante, y a la asignación de recursos; lo que conlleva entre otras dimensiones a una pérdida de identidad y status profesional.

³ Kisnerman, N., Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires. 1981. pag. 4.

III) OBJETIVO GENERAL

Conocer las diferentes formas de intervención que realiza el Trabajador Social, con el fin de analizar la especificidad profesional en el sector de Salud Pública, Servicio Social del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indagar desde una perspectiva diacrónica acerca del rol del Estado y las políticas sociales en el escenario actual nacional/local, en el ámbito de Salud Pública.
- Definir el marco normativo/legal que rige la actividad profesional en el área de Salud Pública a partir de la normativa provincial y los objetivos del Servicio Social en particular.
- Detectar las diferentes formas del actuar profesional en relación al trabajo en el equipo de salud y las diferentes metodologías de intervención.

IV) MARCO TEORICO

1. PANORAMA SOCIOPOLÍTICO DE LA ARGENTINA

1.1. Características del modelo socio político actual con una perspectiva histórica.

En la Argentina de fines del siglo XX la salud pública pierde las características universalistas que tenía en la época del Estado de Bienestar. Con cambios en la administración y en la legislación de los sistemas de salud, desde 1990, mediante la desregulación y con una marcada política neoliberal. Las conquistas políticas y sociales obtenidas fueron y están siendo amenazadas por el modelo de desarrollo vigente. El mismo hace que no sean compatibles los objetivos de estabilidad y crecimiento económico con los requerimientos sociales de bienestar.

Se evidencia que la lógica de mercado es la fuerza dominante de la dinámica económico-social y su expansión en el mundo consolida el proceso de globalización de la economía, instalando en la sociedad el incremento constante del desempleo y como consecuencia la pobreza y la exclusión.

Se produce una progresiva disminución del rol del Estado con una incidencia mínima en el desarrollo social, especialmente en los sectores de la salud y la educación. A los ya deteriorados servicios públicos se le agrega la disminución progresiva del acceso a los mismos por parte de los sectores más empobrecidos de la población y asimismo se verifica el colapso de estos sistemas debido al aumento de requerimientos de uso por parte de los nuevos pobres, percibiendo que la sociedad argentina se encuentra frente a una carencia de opciones o de propuestas de un modelo alternativo.

Sería conveniente tener presente una breve visión histórica de estos procesos que han llevado a la Argentina a un declive del papel del Estado.

Podríamos tomar los períodos como los describe Susana Torrado en los que hubo, en cuanto a las estrategias de desarrollo, modificaciones importantes respecto de lo económico y social.

1. Modelo justicialista que abarca el período comprendido entre 1945-1955. A partir de la crisis de 1930 la Argentina tiene que dejar de ser un país agroexportador para pasar a tener un modelo de desarrollo basado en la industrialización sustitutiva de importaciones.

La intervención del Estado es fundamental ya que es el encargado de la reasignación de los recursos a los sistemas de salud, educación, vivienda y por supuesto a la seguridad social.

2. Modelo desarrollista que comprende desde 1958 hacia 1972 se caracteriza también por el desarrollo de la industria. Pero ahora con una industrialización sustitutiva de bienes intermedios y de consumo durable. El consumo estaría dado a través de un aumento en la demanda con la inversión en el gasto público y por el consumo de un cierto grupo económico con altos ingresos.

El Estado sigue teniendo una fuerte intervención, tanto como productor de bienes y servicios, como en su acción de distribución de los recursos sociales y toma ciertas medidas para poder sostener el modelo de acumulación. Entre éstas se encontraron: beneficios a la industrias con protección aduanera, otorgamiento de créditos subsidiarios, etc, y un reordenamiento legislativo en función de este objetivo.

3. Modelo aperturista: el período 1976 y continua, por ese entonces con un bloque de poder conformado por militares, burguesía nacional y empresas transnacionales.

Aquí ya no estaba como objetivo central de desarrollo la industrialización. Se trataba de implementar una política de apertura externa de la economía. Se debía terminar con las condiciones económicas que había logrado el desarrollo de la clase obrera para lograr el disciplinamiento político e institucional de esta clase. Para ello se tuvo que someter a sus instituciones corporativas y de representación política.

Sin duda alguna las características del país en la década del 90, son reflejos profundizados de rasgos que ya estaban presentes años anteriores:

... “disminución relativa del volumen de la clase media y su progresiva desalarización, disminución del peso relativo de la clase obrera estable y acentuamiento de su desalarización, aumento absoluto y relativo del estrato marginal (no asalariado). Todo ello en un contexto de empobrecimiento absoluto (caída por debajo de la línea de pobreza) que ahora involucra no sólo a sectores obreros estatales y a sectores marginados, sino también a las capas medias”...⁴

La tradición de inclusión que caracterizó al país por mucho tiempo, comienza a ser un simple recuerdo, las reformas económicas de los últimos tiempos han generado, (y siguen haciéndolo) consecuencias directas sobre lo social. Haciendo cada vez más visibles las limitaciones políticas e institucionales que existen para dar respuesta a las nuevas y constantes

⁴ Beliz, y col. “Política Social: la cuenta pendiente” Torrado S. Cap 2 , Nota sobre la estructura social argentina al comenzar los años '90, por Torrado S. Ed Sudamericana Buenos Aires. 1995 Pag 100.

demandas de la población, imposibilitando la formulación de políticas sociales coherentes.

Si se tiene en cuenta lo anterior se podría ver como, a partir de la deuda externa, nuevas políticas de ajuste estructural fueron impuestas a los gobiernos del país con ciertas condicionalidades dadas por quienes otorgan los créditos, Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. Pero no sólo este condicionamiento es culpable de la fragilidad de las políticas sociales, sino que también lo es la ausencia de la intervención del Estado.

1. 2. Políticas Sociales

1. 2.1. Evolución histórica de las políticas sociales

Cuando se conforma el Estado-Nación las políticas sociales tendían a la disminución de la pobreza con un perfil asistencialista, destinadas generalmente a aquellos que no podían valerse por sí solos (discapacitados, huérfanos, etc.). Éstas políticas que eran puestas en acción por damas de caridad, contaban con una intervención prácticamente nula del Estado.

A partir de la crisis de 1930 surgen en Argentina, políticas sociales con un carácter más igualitario e integrador. Respaldadas en derechos del trabajo, en derechos adquiridos en la legislación, etc.

Por otra parte para ésta época se crean los sistemas de salud y educación pública de naturaleza universalista. Aquí el Estado llevaba un rol integrador y promotor de desarrollo.

Es en esta fase que se extiende el concepto de política social al de ciudadanía, basado en la inclusión del derecho de la mujer al sufragio y la ampliación de derechos políticos.

Esta situación se vio facilitada en su desarrollo por un contexto internacional que permitía "...políticas de mayor autonomía nacional y con un perfil eminentemente integrador de los distintos sectores sociales"⁵.

La amplia intervención del Estado en esta etapa conlleva a una burocratización del mismo, poniendo en riesgo la calidad de las prestaciones sociales.

A pesar del desarrollo que hubo en esta época respecto de lo social, el acceso a las prestaciones no era igualitario para toda la población, como el caso de los no asalariados.

En la década del 70, a causa del aumento del precio del petróleo y del estancamiento del capitalismo, el modelo de acumulación keynesiano y su Estado de Bienestar entraron en crisis. Como consecuencia de ésta se produjo una disminución en la productividad y aumento de conflictos sociales, debido a un vuelco de las políticas económicas orientadas a favorecer a los sectores empresariales y de capital extranjero, controlando el poder político a través de las Fuerzas Armadas, hecho que conduce a una desestabilización política.

En los años 80 se produce una apertura económica que produjo una disminución de los ingresos y una desigual distribución de los mismos.

⁵ Ruzkowski, A. Políticas sociales. Límites y posibilidades en nuestra realidad nacional. Revista Anuario. UNMDP. 1998. Pag 56

“...comienza a tomar forma un modelo económico basado en la especulación financiera por sobre la inversión productiva de capitales”⁶

Esta situación incrementa la deuda externa, lo que va a condicionar el desarrollo económico y social del país.

Es aquí donde se muestra por parte del Estado una escasa atención hacia el área social, afectando la calidad de los servicios públicos como la educación y la salud.

“En el campo de las políticas sociales el Estado comienza a perder sus funciones redistributivas a favor de las grandes mayorías y se constituye en custodio y facilitador de los intereses económicos de los grupos más concentrados de la economía, limitando su accionar precisamente en la etapa que más personas necesitaban de él para vivir.”⁷

1.2.2. Situación actual de las políticas sociales

“...la Política Social ha sido interpretada en su sentido más estrecho, atendiendo a las emergencias, en sectores sociales específicos, como forma de contrarrestar el aumento de la conflictividad social y condicionada por las coyunturas electorales donde se advierte una intencionalidad de los decisores políticos de bajar programas sociales de diversa índole como forma de asegurarse un caudal de votos y fortalecer el clientelismo político”⁸

⁶ Op.cit. pag 58

⁷ Op cit. pag 60

⁸ Op cit. Pag 53

En los '90 "...concentración económica y exclusión social emerge como el nuevo paradigma en un contexto de conflicto y tensiones que profundizan la tendencia cada vez más regresiva de distribución del ingreso." ⁹

En esta sociedad cada vez más dividida aparecen nuevas formas de pobreza, se extienden hacia el Estado demandas necesarias para enfrentar la crisis económica.

Frente a esta situación la Política Social debería estar en un constante crecimiento, pero la realidad muestra que a pesar de ser necesario, no está en las prioridades de los gobernantes el incremento de éstas dentro de las Políticas Públicas.

A continuación se describe el nuevo diseño de las Políticas Sociales en el marco de la globalización:¹⁰

Se debería dar una articulación de las políticas económicas y políticas sociales, con un mayor nivel de equidad y distribución, desarrollando más tecnología de intervención social que articulen nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad.

El Estado tiene que recuperar la capacidad de inversión en los sectores más desprotegidos, desarrollando programas sustentables en el tiempo y no sólo dando respuestas a la emergencia, con políticas económicas y sociales tendientes a mejorar el mercado de trabajo.

⁹ Op.Cit Pag 54-55

¹⁰ Ruszkowski, A. Ficha de cátedra Teoría y Planificación del Desarrollo, Licenciatura en Servicio Social.

Considerando a las instituciones políticas, al estado y a las organizaciones de la sociedad civil como ámbito de mediación, construcción y realización del interés general. Fortaleciendo la democracia social.

1.2.3. A modo de síntesis

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, no es de sorprender, que las instituciones públicas del Sector Salud, como el hospital, no sólo no cuenten con los recursos necesarios para el cumplimiento efectivo de sus objetivos, sino que además se encuentren en una especie de callejón sin salida, ya que el gasto que se realiza en salud no se corresponde con los servicios dados.

Esto se demuestra si se tiene en cuenta que: “El mundo ofrece ejemplos de Naciones que, con igual o menor dinero que el invertido por Argentina en el área de salud, consiguieron un desempeño excelente. El 8,2 % del producto Bruto Nacional erogado durante la década del '90 no logró crear un sistema sanitario eficiente. El dinero no llega a la gente por falta de un proyecto sanitario, mala gestión y corrupción. La falta de una política instrumental, con su sistema de supervisión y control de gestión técnica, el desequilibrio en la inversión y la estructura sombreada por la corrupción sobre la cual está montado el sistema, son los mayores problemas por los cuales el gasto no se refleja en resultados”¹¹

Así los profesionales de la salud, insertos para este caso en el hospital público, son víctimas de este modelo, que hace que vivan de la enfermedad y no de la promoción de la salud, de manera precaria, con pocas gratificaciones profesionales, varios empleos y largas jornadas laborales. “La cultura

prioritariamente asistencialista, ha transformado la salud en un medio y no en un fin".¹²

Si se tiene en cuenta esta situación es claro ver que el profesional tiende a priorizar la atención de la demanda constante que quizás obstaculice realizar otro tipo de intervención. Es por eso que se dice que la acción profesional está dirigida a la atención de la urgencia y la asignación de recursos materiales, limitando la intervención en otros tipos de demandas o necesidades.

2. SISTEMA DE SALUD

2.1. La salud pública

La Salud Pública surge como una disciplina basada en el saber médico y en el aporte de diversas disciplinas para la investigación y el reconocimiento de la realidad social, definiéndose como "el conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país (de ahí el carácter de pública) para promover, prevenir, recuperar y rehabilitar salud en una sociedad"¹³.

Esta se ocupa de: actividades sobre las personas o atención médica; actividades sobre el medio ambiente o saneamiento ambiental; actividades de administración sanitaria y de investigación y docencia.

La salud pública se entiende con un subsistema integrante del sistema social, sin este último, no se logra interpretar y/o analizar la situación actual de la salud, así como tampoco proyectar y programar medidas tendientes a abordarla.

¹¹ Rombolá, M. El gasto en salud no se corresponde con el servicio. Rev. Le Monde Diplomatique, año 11, N°21, marzo 2001, pag. 10.

¹² Rombolá, M. Idem anterior, pag.11

En el se organizan y conjugan la ciencia y la tecnología con la cultura y la historia de una sociedad determinada.

Al sector salud en nuestro país lo componen varios subsectores como lo son:

1) Servicios públicos, estatales o gubernamentales (financiación de nación, provincia o municipio) con una instalación propia, sea esta centro de salud, policlínica u hospital.

2) Servicios de seguridad social (financiación del empleado y empleador), algunas obras sociales tienen cierta instalación propia y /o hacen contratos con el sector privado.

3) Servicios de medicina privada (financiado por los pacientes y la medicina prepaga), las instalaciones con las que cuentan son de propiedad de los profesionales.

En la Argentina el sector público en salud, está integrado por organismos que dependen del Estado Nacional y por instituciones y organizaciones de dependencia provincial y municipal.

En el sector público nacional el Ministerio de salud organiza y ejecuta acciones como regulador, normatizador y fiscalizador de los recursos del sector; brinda apoyo técnico a las provincias respecto de programas tales como: maternos infantiles, de salud bucal, de control de enfermedades de transmisión sexual y otros, estimulando la cooperación permanente entre los mismos.

¹³ Kisineman, N. "Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1981 pag 4

El Ministerio de Salud se encarga del control epidemiológico y la producción de la información estadística del sector.

Este Ministerio a partir de la transferencia ocurrida en el año 1992 a las provincias no cuenta con efectores propios. Entendiéndose a estos últimos por establecimientos operativos de salud: planta física, provista de equipos, personal y con organización administrativa que desarrolla determinadas actividades para la atención de la salud en una zona específica.

El sector público provincial tiene las siguientes atribuciones: las de formular políticas de salud; ejercer el control sobre el sector de su jurisdicción y además posee estructuras propias para la programación y la realización de sus propias acciones de salud.

También formula las políticas contra las endemias, campañas de prevención, educación sanitaria, etc.

Hay que tener presente que las provincias llevan un rol protagónico en la constitución de la red de servicios públicos. De esta forma se ha estructurado un sistema de diversos niveles de complejidad, con hospitales y centros de atención ambulatoria. El nivel de complejidad de un efector depende de las relaciones que lo integran, de las diversas tareas que componen el total de las actividades que se desarrollan y el hecho de concreción de las mismas.

Existe un principio fundamental por el cual determinar los niveles de atención, ya que hay una relación lógica entre la complejidad de los métodos y los recursos que son necesarios para resolverlos. Se sabe que los problemas de salud más comunes y simples no requieren de un alto nivel de complejidad para su solución.

Cabe considerar que un establecimiento de salud también posee un área de influencia, esto se determina por el lugar de donde provienen la mayor cantidad de personas que son atendidas en la institución. También cuenta con un área de cobertura que se estipula por la capacidad de satisfacer las necesidades de la salud y la articulación con otros servicios o recursos para la atención de ésta.

2.2. Antecedentes del hospital público

Haciendo una breve historia de los hospitales públicos, se puede decir que durante el período que comprende desde la colonia hasta 1945, el estado Nacional, tenía pocas instalaciones hospitalarias. Algunas de estas instituciones se hallaban dispersas por las provincias y eran mantenidas por sociedades de beneficencia, ya que estaban destinadas a la atención de personas en condición de pobreza.

Aproximadamente a partir de año 1945 se comenzó con el traspaso de estos hospitales a dependencia provincial o nacional.

Cabe recordar que en nuestro país la inmigración tuvo un desarrollo de gran magnitud, estos hospitales dieron atención a esas comunidades, abriéndose a la demanda en general luego del origen de la seguridad social, lo cual hizo que ya no fuesen exclusivamente para los pobres.

El Estado a partir de 1950 habilitó nuevos establecimientos, ya algo más modernizados.

El rescate de hospital público fue una política de varios gobiernos para poder consolidar y dar respuesta a una población de un país que por aquella época recibía enormes cantidades de inmigrantes.

En la década de los sesentas se da lugar a un nuevo traspaso, pero aquí se trata de un paso de responsabilidad nacional hacia las diferentes provincias y los municipios. En un intento de racionalización de recursos y organización estructural que no pudieron lograr.

Es que el estado se quedó a partir de 1952 sin la suficiente financiación para continuar con el ritmo de desarrollo que tenían sus hospitales, claro está, que tampoco podían sostener la infraestructura edilicia, el equipamiento y al personal.

Por ese entonces, junto a este parate económico, surgía una evolución de las obras sociales. “Se inicia la primera transición, el paradigma del hospital público, “Columna Vertebral del sistema de salud”, comienza a vaciarse de significado y sus camas y consultorios de pacientes”¹⁴

El tener una obra social se debió y es producto en gran parte al hecho que grupos de personas que tenían un menor nivel socio económico, pacientes del hospital público, vieron la gran oportunidad de tener acceso, al igual que el grupo pudiente, a profesionales y establecimientos privados. Sumándose a esto, las personas que fueron cubiertas por las obras sociales aún sin pretenderlo.

No se pudo lograr una complementación entre hospital público y las obras sociales, sin establecer un trabajo en común.

“Salud ha recogido la herencia del esfuerzo de Cabred y de Ramón Carrillo. De allí los legisladores de 1974 imaginaron que el Sistema Nacional Integrado de salud y la Carrera Sanitaria Nacional eran el vehículo natural para

actualizar esa herencia y dotar a la Argentina de servicios públicos de salud acordes con los tiempos y con las necesidades de la población”¹⁵

A partir de 1984 y en adelante con gobiernos constitucionales nuevamente se tiende a la descentralización.

El propósito de articular el sistema, provincializar su administración, promover la relación con el hospital público e ir incorporando a la población desprotegida, encontró y sigue encontrando dificultades y obstáculos que imposibilitan todo intento de cambio y reforma en el sector.

Por supuesto la sociedad no debería estar ajena a las pujas político-económicas que existen por el buen o mal funcionamiento de los hospitales.

2.3. La salud en la historia de Mar del Plata

“Con respecto a salud, el primer hospital, de extremada simpleza funcionó a partir de 1891 -aunque por poco tiempo- en una casa criolla ligeramente adaptada. En el año 1893 se establece el Asilo Marítimo, también en la dependencias de un hotel (...). En el año 1902 se constituye una comisión para crear un hospital, encargándole el proyecto al Arq. Buschiazzo. La piedra fundamental se coloca al año siguiente, inaugurándose en 1906. Llevaba el nombre de Hospital Mar del Plata y funcionaba en la calle Castelli al 2400. Era privado, pero (...) sus servicios fueron municipalizándose de a poco.”¹⁶

¹⁴ Mera, J. Dos décadas del Sistema de Salud: paradigmas y tesis discutibles” Medicina y Sociedad Vol 20 N° 1, 1997

¹⁵ Mera, J op.cit

¹⁶ Bengoa, G. Hacia una lectura ambiental de la historia de Mar del Plata. Beca de Investigación, Iniciación, UNMDP, 1991-1992

La creación de este hospital fue un hecho de gran importancia en materia de salud, ya que significó un avance en el desarrollo de la atención médica y provocó la desaparición de prácticas tales como: uso de curas primitivas y curanterismo.

Era administrado por una Sociedad de Beneficencia, cuya comisión directiva estaba integrada por pobladores de una alta clase y de prestigio social, encabezados por Victorio Tettamanti.

Esta obra se llevó a cabo por las donaciones de grandes estancieros tanto residentes como veraneantes.

“Esto marcó desde su origen una fisonomía que perduró a lo largo de varias décadas: una institución manejada por un grupo selecto y que no tuvo relación con el mundo de la medicina, sino con la elite política y social, hecho que diseñó la dinámica de su funcionamiento, que se amparó en la concepción benéfica y filantrópica de la salud”,¹⁷

Por el año 1920 se comienza a discutir el hecho de que la ciudad no contaba con una atención gratuita en salud, y tampoco se tenía presente una política que tratara de ampliar los servicios hacia los barrios obreros de Mar del Plata.

Con la intendencia de Teodoro Bronzini (socialista) se inicia una reformulación en el área de salud, se instaló la atención gratuita en Asistencia Pública Municipal, se incorporó el criterio de medicina preventiva y se creó la farmacia social.

¹⁷ Diario La Capital, Mar del Plata 125 Años El pasado y el presente. Febrero, 1999.

La ciudad comienza a tener otra demanda, ya que con su crecimiento poblacional, su trama social se hace más compleja y heterogénea, con variadas clases sociales, algunas de las cuales recibió el sector privado, dando origen a ciertas clínicas a las cuales asistía la población con mayores recursos.

En 1940, ciertos médicos en defensa de sus intereses, dan origen a la creación del Círculo Médico. Llevando en 1941 a la organización de una nueva mutual que permitía elegir libremente el médico de cabecera.

Con la llegada del peronismo al poder se da la intervención en el Hospital Mar del Plata y la creación del hospital Regional de Agudos ideado por la Fundación Eva Perón, que luego de la Revolución Libertadora, se encontraba terminado y abandonado.

La Reforma Hospitalaria provincial en 1962 puso en funcionamiento el Hospital Regional.

En 1965 se conforma la Fundación Médica Mar del Plata, dando origen al Hospital Privado de Comunidad, este hecho se da en el momento que existe una reforma del sistema de atención para los jubilados y pensionados y la instrumentación del Programa Asistencial Médico Integral (PAMI). Se origina una división entre el centro Médico que avalaba la libre elección, y el Privado de Comunidad que aceptó la capitación del PAMI.

En los momentos actuales la situación de la salud en la ciudad se observa como sin rumbo. Esto causado por la falta de políticas y planificación que se centren en la atención de los pacientes y por la falta de delimitación de responsabilidades municipales, provinciales y nacionales.

3. PERSPECTIVA TEÓRICO METODOLÓGICA DEL TRABAJO SOCIAL

3.1. Evolución histórica del servicio social

En cuanto al surgimiento del Servicio Social profesional existe variada bibliografía, distintos autores, que de acuerdo a sus intereses hacen hincapié en determinadas cuestiones históricas para explicar y describir como se llega a ejercer un servicio social profesional.

Aquí proponemos desarrollar de forma breve y en rasgos generales qué características ha tenido el trabajo social a lo largo de la historia.

Podría decirse que el trabajo social o servicio social tiene su forma inicial en la ayuda que distintas instituciones con una orientación religiosa o filantrópica realizaba a las personas que más lo necesitaban. Ésta acción tenía un marcado rasgo religioso y moral y era llevada adelante por personas de la alta sociedad.

“Para finales del siglo XIX, primero en Europa y luego en Estados Unidos, se da inicio a las primeras actividades de entrenamiento, que marcan el inicio de la profesionalización de la asistencia social, cuyo interés se orientaba básicamente al desarrollo de procesos de aprendizaje para tratar a la gente, comprender las condiciones en que vivió, los medios que podían emplearse para mejorarlas y conocer los diversos organismo dedicados a la asistencia”¹⁸

En 1917 en Estados Unidos se dio origen a lo que podría denominarse trabajo social de caso, con una clara influencia psicológica. Fue con el libro de Mary Richmond “Social Diagnosis”, en donde se realiza una sistematización de

la acción de los trabajadores sociales, se estudian las demandas y las necesidades de la sociedad.

“Al realizar una mirada más próxima geográficamente, en el contexto latinoamericano, cabe referir que en la década de los ´30 se inicia el proceso de profesionalización de la asistencia social y se fundan las primeras escuelas con la asesoría académica de la Unión Católica Internacional de Servicio Social en la tarea de difundir el Servicio Social Católico en estas latitudes con una notoria orientación asistencialista de tipo paramédico y parajurídico marcado por la incidencia religiosa cristiana que caracterizó la acción social en Europa”

19

Con la creciente intervención del Estado a mitad del siglo XX se comienza cada vez más a institucionalizar los programas sociales, con lo cual la iglesia católica comienza a quedarse a un costado para dar paso al fortalecimiento del sector oficial y privado.

En los ´60 con la continuidad del fortalecimiento del Estado y su intervención en lo social y económico, crece la tendencia de que los programas tengan incidencia en la organización y el desarrollo de la comunidad. Es así como en la formación de los trabajadores sociales se comienza a estudiar el trabajo social comunitario.

Luego de distintas adhesiones a teorías y concepciones viene la etapa de reconceptualización con un fuerte cuestionamiento a las metodologías

¹⁸ Ander Egg, E, et al Del Ajuste a la transformación, apuntes para una historia del trabajo social. Cuadernillo de trabajo social N° 10, editorial Librería Ecro pag 136

¹⁹ Gartner Isaza ¿Es el Trabajo Social una disciplina? Boletín Electrónico SURA N° 33 Abril 1999. Escuela de Trabajo Social Universidad de Costa Rica <http://www.ts.ucr.ac.cr>).

tradicionales, adjudicándoles que eran sostén de un sistema social basado en la diferencia de clases.

Se abre un espacio de debate y con opciones teóricas, pero es en los 80 cuando se da la búsqueda de distintos tipos de concepciones de trabajo social, con mayor flexibilidad y oferta al respecto.

En los 90 la situación económica y social se agudiza en casi toda Latinoamérica, con un modelo neoliberal, donde Estado prácticamente desaparece. Las demandas de la sociedad, particularmente en nuestro país pasan a ser atendidas por otros actores sociales (ONGs, organizaciones de la sociedad civil, etc) que cada vez son más activos y necesarios para dar respuesta a la sociedad, con lo cual la profesión también sufre el impacto de esa situación, llevando a que el profesional tenga que redefinirse y buscar alternativas en la tarea cotidiana, sobre todo en el marco de un trabajo social institucional.

3.2. Proceso metodológico del servicio social

Para esta parte del trabajo se ha tomado como base lo que plantea Margarita Rozas Pagaza en su libro “Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social”.

La autora rescata la explicación de ciertos conceptos que han sido utilizados en otras épocas por diversas personas, pero que han sufrido una imprecisión conceptual al momento de la descripción de los mismos.

Establece como de suma importancia considerar la vida cotidiana y el saber cotidiano, como el espacio micro social en donde se producen los

cambios que permiten la comprensión del campo problemático en el trabajo social.

Hace un recorrido histórico respecto de diversas concepciones sobre la vida cotidiana, desde el pensamiento griego clásico en el que la considera como el ámbito doméstico-privado y como espacio que significa la existencia inferior al espacio público. El pensamiento en el cristianismo, en donde la vida cotidiana es el ámbito del pecado y es opuesto a la vida del mas allá, es decir no tiene trascendencia. El pensamiento en el romanticismo, cuando la vida cotidiana es considerada como la existencia norma de carácter masivo y rutinario y de un nivel inferior. En el pensamiento Marxista la vida cotidiana es el ámbito concreto de reproducción de las relaciones sociales.

Respecto a este concepto la autora sostiene que la "...vida cotidiana expresa la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades. Este escenario es el que marca las coordenadas más importantes para resignificar el campo problemático en la intervención profesional. En este contexto, la cercanía a la vida de dichos sujetos es la clave más importante para desentrañar cómo se expresa la conflictividad de la "cuestión social hoy". Este aspecto da fundamento a la construcción del campo problemático, como un conjunto de dimensiones que se entrecruzan para comprender, interpretar y orientar pertinentemente la intervención profesional"²⁰

Es necesario, según Margarita Rozas, incorporar a la intervención profesional y para profundizar el análisis de la vida cotidiana, la comprensión del saber cotidiano de los individuos, el que permitirá potencializar tanto las

²⁰ Rozas, M. "Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en trabajo social".Ed. espacio, Buenos Aires, 1998.Pag 40

posibilidades como los recursos para llegar a la solución de los problemas que manifiestan.

“Toda vida cotidiana tiene un saber cotidiano, pero no existe dicho saber si no está vinculado a la vida cotidiana. La reproducción de estas dos dimensiones (vida cotidiana y saber cotidiano) nos lleva a la idea de una historia que va siendo reproducida por los hombres, pero en condiciones previamente dadas. Estas condiciones dadas están estructuradas a partir de una experiencia vivida y, como tal, saturada de historias personales y colectivas.(...)el saber cotidiano muestra cómo los hombres son portadores de objetividad social y a ellos les compete (...) la construcción de cada estructura social y su transmisión”²¹

El saber cotidiano permite al hombre desarrollarse en cuanto a que le permite saber qué se hace y cómo se hace algo en su medio, de acuerdo a un tiempo y circunstancias particulares.

El saber cotidiano del hombre se refiere a ese proceso que lleva delante de aprendizaje en el que va internalizando y externalizando, es decir incorporando nuevos conocimientos y descartando los que no le sirven.

Se lo puede considerar a ese saber cotidiano como saber instrumental, ya que es la opinión socialmente aceptada que resulta de la experiencia. Es a través de ésta última que el saber cotidiano se produce, reproduce y actualiza.

Cuando se analiza el saber cotidiano, es necesario tener en cuenta las necesidades que los sujetos objetivan y el significado que para ello tienen, ya que esto permitirá plantear una forma de intervención útil para los mismos.

²¹ Rozas, M. op.cit . Pag 41

Este saber cotidiano es proyectivo, dado que se anticipa como acción futura, es decir que reactiva la vida cotidiana y por otro lado pragmático, porque tiene sentido cuando se logra la solución de problemas.

Otros conceptos que la autora toma como relevantes para poder situar a la intervención profesional es el de la "cuestión social". Explica distintos momentos de la aplicación de este concepto con sus distintas significancias de acuerdo a la época descrita. Situándola en el marco de la constitución del sistema capitalista y como expresión de la relación contradictoria entre capital-trabajo.

Sostiene que en el contexto actual la cuestión no es solamente el enfrentamiento de la exclusión, sino también la precarización del trabajo, la exigencia de mano de obra cada vez más tecnificada, la ruptura en la protección social y los cambios en la subjetividad de los sujetos.

Puede entenderse que la nueva cuestión social gira en torno a dos ejes fundamentales: 1) la fragmentación del soporte salarial y 2) esta situación no tiene un respaldo de protección social por parte del Estado.

Es decir, debería tener en cuenta el impacto que sufren los sujetos al encontrarse en un contexto con características tales como la mayor exigencia de calificación para el desempeño del trabajo, el importante desarrollo tecnológico y la escasa esperanza de solución o proyecto de cambio a corto plazo de su situación.

Es importante la ubicación del trabajo social como la profesión que colabora en el proceso de reproducción de las relaciones sociales, entendiéndose por esto último a la reproducción de un estilo de vida, que contiene el modo de vivir y trabajar.

Un aspecto central que debe preocupar al Trabajo Social, para configurar el campo problemático de la intervención, es el hecho de aportar para la reconstrucción de actores sociales con identidad, capaces de revalorizar sus prácticas sociales colectivas, ya que las situaciones por las que atraviesan hacen que se vean abatidos en la lucha diaria por subsistir.

A partir de esto se puede decir que la profesión y con ella el trabajador social, estará comprometida en sus acciones hacia el desarrollo de la calidad de vida de las personas, implicando la satisfacción de necesidad básicas y llevando adelante procesos de humanización, en el sentido de tener una postura crítica respecto del sistema que somete a las personas a la falta de justicia, de equidad y a la exclusión como aspecto más relevante del contexto actual.

Siguiendo con esta línea teórica la autora, rescata el hecho de que la determinación del objeto de intervención no es una construcción puramente racional, sino que dicho proceso, se da por el hecho de que toda intervención tiene un aval teórico que la sustenta y una parte metodológica que permite recrear dichos conceptos en una realidad social determinada, permitiendo que esos conceptos junto con la realidad configuren un saber especializado.

El objeto de intervención se construye a partir de la reproducción de la vida cotidiana de los sujetos, dada por diversas necesidades que se expresan como demandas, ante determinadas instituciones para ser solucionadas por la mismas.

Para la comprensión del objeto de intervención se hace necesario tener en claro cual es el concepto de intervención profesional:

“Es un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esa relación que se construye el objeto de intervención profesional. Podemos decir que es contexto particular en el cual se desarrolla el verdadero movimiento real de los actores sociales mediado por una metodología y categorías de análisis que posibilitan su elaboración intelectual como objeto de intervención como campo problemático no aparece de inmediato en la realidad, es una construcción del pensamiento basado en datos que aportan a la comprensión de la relación sujeto-necesidad.”²²

Para llegar a determinar el objeto de intervención se hace necesario un procedimiento que permita dar sentido a lo que se hace.

La metodología que se plantea contempla esta complejidad con la que anteriormente se trató de llegar a la construcción del objeto de intervención.

Es por ello que...”entendemos la metodología de intervención en Trabajo Social como un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención, pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.”²³

²² Rozas, M , op.cit Pag 60 y 61

²³ Rozas, M, op citt. Pag 70

Precisamente por la complejidad de la interacción entre los sujetos en su realidad, la metodología es planteada de manera flexible, y no puede dejar de lado la práctica.

Se debe lograr la comprensión correcta respecto de la interacción de los actores, de sus intereses y aspiraciones, si es que se quiere lograr que la metodología sea factible.

Como proceso metodológico se propone la secuencia de tres momentos: la inserción, diagnóstico y planificación. Pudiéndose aplicar tanto a nivel individual, grupal o comunitario. He aquí una descripción breve de cada uno de ellos:

1- **Inserción:** es la primera aproximación que se realiza a la trama de la vida cotidiana del sujeto en la búsqueda de la satisfacción de necesidades. Se pretende en este momento tener un conocimiento del contexto en el cual se encuentra el sujeto para poder ubicarse profesionalmente.

“El proceso de ubicación, significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional, que son: los sujetos con sus demandas y la racionalidad que le dan a dichas demandas, la institución con sus propias demandas y su racionalidad respecto a la relación de los sujetos con sus necesidades y, finalmente, el trabajador social con su saber específico para analizar esa relación sujeto-necesidad como expresión complejizada de la cuestión social.”²⁴

Es también el momento de reflexionar respecto de sobre qué se va a intervenir, es decir establecer una estrategia que contemple las necesidades de

²⁴ Rozas, M op.cit Pag 77

los sujetos y la significancia que estos le dan. Es un aspecto fundamental para poder determinar el campo problemático.

Este proceso se profundiza en la medida que avanza la intervención profesional permitiendo el acercamiento a las instituciones y actores, siempre que este orientada hacia una actitud de investigación y su interrogante sea el sujeto y la necesidad que expresa.

La forma de inserción dependerá de cada práctica en particular, pero a la demanda de las instituciones o de los sujetos siempre debe considerárselas como forma de inserción. Las técnicas para éstas son variadas y se utilizan: la observación, la visita domiciliaria, el testimonio, etc.

2- **Diagnóstico:** se pretende lograr una síntesis de los conocimientos adquiridos del contexto particular en el momento de la inserción para indagar respecto del problema objeto de intervención.

“Desde nuestra perspectiva teórico-metodológica, el diagnóstico es un momento de síntesis del conocimiento que se inicia en la inserción y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención. El diagnóstico, en esta perspectiva, es una instancia en la que se explicitan los nexos de la < cuestión social > relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y que, a su vez, permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.”²⁵

La síntesis que se lleva a cabo en el diagnóstico permite analizar con determinadas categorías de análisis los conocimientos que se obtuvieron en la

²⁵ Rozas, M. op.cit. Pag 84

inserción. Tratando de descubrir la complejidad de la problemática que presentó en el momento anterior.

Se debe determinar cual es el seguimiento de la demanda, lo que hace a la especificidad de la profesión del trabajo social, es decir este seguimiento permitirá redefinir el sobre qué, para qué, el cómo y también con quiénes se desarrollará la intervención profesional.

“El diagnóstico combina dos actividades que consisten en ordenar la información obtenida, relacionándola con otras informaciones y reflexionar desde las categorías de análisis referidas a la problemática central. Reflexionar no es solamente la recolección de información, es saber comprender y explicar su desarrollo histórico y actual, sus interrelaciones y sus causas y consecuencias”²⁶

3- Planificación: la planificación entendida estratégicamente se orienta a la toma de decisiones, desde la interacción con los actores y del contexto en el que ellos se encuentran.

“En esta concepción de los <social> como complejidad, la planificación relacionada a la concepción del campo problemático y relacionada a un proceso metodológico, es aquella que, teniendo en cuenta dicha complejidad, cumple funciones prácticas, con la posibilidad de convertirse en instrumento útil cuya validez social no está sustentada en una racionalidad instrumental, sino en la eficacia de la solución a las demandas que los actores sociales presentan”.²⁷

²⁶ Rozas, M. op.cit.. Pag 86

²⁷ Rozas, M. op.cit.. Pag 89

La planificación articula las acciones del profesional, en rasgos generales, y en particular es la manifestación de objetivos y actividades que permite desarrollar la intervención profesional.

La planificación sufre modificaciones, ya que incorpora como proceso, la natural turbulencia de una realidad que además los sujetos complejizan. Por ende se ven de cierta manera alterados los momentos de llevar adelante el actuar técnico y es necesario evaluar con cierta frecuencia esas operaciones.

Es importante aclarar que para el desarrollo de este proceso metodológico (inserción, diagnóstico y planificación) es necesario utilizar también los aportes de la investigación y la evaluación.

A la investigación se la puede entender como ese proceso de búsqueda de respuestas ante determinados interrogantes. Desde el trabajo social se la podría considerar desde tres niveles:

1) un nivel relacionado a la investigación que intenta avanzar respecto de conocimientos que tengan que ver con la intervención y la disciplina en forma general, permitiendo llegar a aportes de tipo teórico-metodológico que fundamente determinadas intervenciones.

2) un nivel esta dirigido a generar conocimiento en dimensiones problemáticas como tercera edad, embarazo adolescente, etc. dimensiones que hacen a la relación sujeto necesidad.

3) un nivel de investigación en que se tiende a la comprensión del objeto de intervención, es decir, relacionado al proceso metodológico.

La evaluación en trabajo social:

Se logra con la medición de los resultados obtenidos en el desarrollo de la metodología de intervención.

“Hay tres aspectos que conforman el sobre qué de la evaluación, si tenemos en cuenta el conjunto de la intervención profesional:

Uno está referido a la forma recreativa de implementación de la metodología de intervención, destinado a pensar la importancia de una correcta manera de encarar el proceso de la intervención con la finalidad de que ello redunde en un servicio de utilidad a los sectores sociales con los cuales trabajamos.

Otro, referido a las modificaciones que los sujetos sociales vinculados en este proceso metodológico puedan haber logrado mediante procesos educativos que los afirme en su situación de sujetos protagónicos.

El tercero, finalmente, referido al trabajo en el contexto de la institución con fines a resguardar la posibilidad de garantizar este proceso.”²⁸

3.3. Especificidad profesional

Es conocido el debate que se ha dado y que continúa aún, respecto de la especificidad del Servicio Social. Varios autores tratan el tema, desde diferentes puntos de partida, concepciones, etc.

Carlos A. Montaña analiza distintos autores y presenta una comparación o mejor dicho una descripción de cuatro elementos principales para definir la especificidad del Servicio Social:

²⁸ Rozas. M. op.cit. Pag 106 y 107

1- En el primero se encuentran los autores que intentan buscar la especificidad a partir de un saber específico, es decir de encontrar una teoría propia de la profesión.

Da la explicación de tres tendencias:

1.a- los que piensan que existe un objeto social propio, y al respecto él plantea que esto sería falso ya que cuál sería ese objeto que sólo puede ser estudiado en Servicio Social.

1.b- aquí se encuentran aquellos que delimitan el campo de investigación a la propia práctica, esto es, se trata de extraer de la sistematización de la práctica esa teoría propia del Servicio Social.

1.c-en este punto están los autores que plantean que lo específico de la profesión es ese mirar particular de la realidad, o recorte de la misma.

2- En el segundo lugar, el elemento es la búsqueda de una metodología propia, que se plantea a la profesión, con un carácter netamente interventivo y que hace que el método de intervención le sea específico.

En cuanto a esto Montaña plantea que en verdad la intervención del Asistente Social es una característica de la profesión pero no lo específico, ya que hay profesionales que no intervienen en la realidad porque son docentes, funcionarios, investigadores, etc. Asimismo plantea que no es conveniente pensar en un método específico común a todos los profesionales del Servicio Social y para todas las realidades, dado que cada una presenta su particularidad.

En cuanto al método, dice que es el conjunto de pasos, referencias, que orientan la acción, es una orientación, una estrategia.

- 3- En el tercer punto están los autores que intentan buscar lo específico de acuerdo con el tipo de sujeto con el que se trabaja. Montaño plantea entonces que este supuesto se da por desconocimiento de las prácticas de otras profesiones, dado que ninguna segmentación se constituye como población meta exclusiva del Servicio Social.
- 4- A raíz de lo planteado en el tercer punto, el autor expresa que este tipo de profesional que tiene población meta, intenta encontrar la especificidad del Servicio Social en los objetivos que le son propios a esta profesión, como lo son la concientización, la organización y transformación social.

En cuanto a esto el autor aclara que existen diversas profesiones que persiguen tales objetivos.

De acuerdo a lo planteado hasta el momento Montaño sostiene:

“Según buscamos demostrar no hay por lo tanto una <especificidad> del Servicio Social, apenas características que atribuyen cierta identidad, en el sentido de sentimiento de pertinencia de los profesionales al colectivo profesional”²⁹.

Estas características son dadas históricamente, por lo tanto varían y no siempre están presentes en todos los profesionales del Servicio Social.

Plantea que el profesional para poder desempeñarse no debe tener una perspectiva parcializada de la realidad de carácter positivista.

“La perspectiva a adoptar por parte del profesional (en el conocimiento y en la intervención), para poder tener una práctica crítica y transformadora, debe ser dada por el propio objeto, considerado como totalidad, procurando aprehender la realidad concreta en su complejidad y totalidad, no segmentando o recortando artificialmente el objeto de diversas <perspectivas>, o en varias sub-áreas, o incluso, a posteriori, y no a partir de tal o cual profesión, a priori.”³⁰

“...Hoy no es más posible dividir las profesiones en compartimentos estancos. En realidad, en la medida en que las profesiones se desarrollan, creando nuevos saberes y profundizando los viejos, los campos de conocimiento se <especializan> intra profesionalmente; quiere decir que se crean <sub campos> y <especialidades> al interior de cada profesión...”...La especialización de los saberes, de los campos y sub campos de estudio e intervención profesional, lleva cada vez más, a las profesiones, a establecer lazos de interacción e interconexión...”.³¹

El autor dice que sostener que no existen especificidades en las profesiones no significa desconocer que existen algunas características que dan una autorepresentación, sentimiento de pertenencia e identidad profesional.

Por otra parte nos parece importante aclarar dos términos que son parte de nuestra hipótesis de trabajo, ellos son la identidad profesional y status profesional.

²⁹ Montaña, C. Buscando la especificidad prometida el “endogenismo” del Servicio Social. Artículo. Boletín Electrónico SURA N° 24 pag 14

³⁰ Montaña, C. op cit.. Pag 15

³¹ Montaña, C. op.cit.. Pag 16

Por el primero se entiende que son las características que constituyen la imagen social a través de la cual la sociedad reconoce a un profesional.

En el segundo término la aclaración es relación a que es necesario considerar el status profesional que es el reconocimiento externo y el cual delimita la identidad profesional a partir del reconocimiento de la sociedad. Este se otorga a partir de los que hace el profesional y de lo que es la profesión.

Montaño considera que "...una profesión existe en tanto pueda aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, para la solución de ciertas problemáticas; y solo podrá mantenerse dentro de la división sociotécnica del trabajo en tanto pueda captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, estudiarlos e investigarlos, valiéndose de todos los conocimientos y campos del saber que le sean necesarios y elaborando propuestas que contribuyan para su solución"³².

Montaño aclara algunas cuestiones:

-plantea que ningún campo del saber teórico es exclusivo de una profesión. Es decir que si se tiene una perspectiva positivista se tendría una tendencia a fraccionar la realidad en campos particulares del saber.

-no hay que entrar en la confusión de lo que es la práctica profesional (como campo de acción) y la práctica de campo. Dice que no se pueden separar profesiones científicas de las profesiones técnicas. Es decir, no hay que pensar que hay algunas profesiones que producen conocimientos teóricos y otras que intervienen a partir de estos. Se ha considerado al Servicio Social por lo

³² Montaño. C. op.citt. Pag 17

general, en los distintos debates, como que lo específico de la misma, es la intervención en el campo.

Aconseja estimular la actividad investigativa en la profesión, y que por lo tanto habrá asistentes sociales que realicen teoría social.

Por lo expuesto hasta el momento es que consideramos que esas características que hacen a una identidad profesional se verán limitadas en cuanto no puedan dar respuesta a una demanda.

Esas características serán a nuestro entender y en primera instancias los elementos que esos autores tomados por Montaña planten como específico, con lo cual no se excluyen a otras características que postulen los propios trabajadores sociales y que las consideren como los específico de su accionar profesional.

4. EL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

4.1. Reseña histórica del surgimiento del trabajo social hospitalario

Cuando se habla de trabajo social hospitalario no siempre se tiene presente cómo ha surgido el mismo.

Proponemos dar una reseña histórica de éste a partir del conocimiento de lo que planteaba, a entender de Kisnerman, el médico que logró incorporar por primera vez a una persona en función de lo que luego sería el servicio social de un hospital.

El doctor Richard C. Cabot, desempeñaba su función en el Hospital General de Massachussets en 1905. Es allí donde comienza a reflexionar acerca de los diagnósticos que realiza, queriendo lograr un diagnóstico tan perfecto, que llega a la conclusión de que a éstos les faltaba información.

Esta parte que faltaba en sus diagnósticos estaba referida al entorno de sus pacientes, es decir, el conocimiento de las características de la vivienda, lugar de residencia, área laboral, etc. todo lo que hacía a su historia de vida, que no se podía conocer dentro del hospital, y para lo cual no disponía del tiempo suficiente para realizar esta actividad extra hospitalaria.

Es entonces en donde propone que se incorpore al sistema del hospital una inspectora a domicilio para completar sus diagnósticos, y destinada para cooperar con el médico y otros profesionales de la institución.

“Esa primera inspectora social fue Miss Garmet Pelton (1869-1925) que, si bien era enfermera de profesión se había destacado como pionera en la lucha antituberculosa en la que también actuaba el doctor Cabot. Para su tarea contaba dentro del hospital con un escritorio y una silla en el corredor de los

consultorios externos. Ejerció el cargo durante ocho meses con la colaboración de 13 voluntarias, entre ellas Ida M. Cannon, que la sucedió. Miss Cannon elevó el servicio a la categoría de Departamento, creó en 1918 la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios y publicó en 1952 el libro sobre las Fronteras sociales de la medicina”³³

Cabot sostenía que el accionar de la inspectora debía ir más allá de la atención de la emergencia, para convertirse en elemento vital de la prevención de las enfermedades. Debía tener una tendencia marcada a la educación. Y junto con este rol debía desarrollar la investigación, teniendo presente cuáles eran las causas que generaban la enfermedad, averiguando cuál era el motivo que llevaba a las personas a la consulta médica, etc.

Por otra parte describe la relación médico-trabajador social, sosteniendo que este último debe ser reconocido como miembro importante de la institución de la cual forma parte, como integrante del equipo de salud y un agente de diagnóstico y tratamiento, con una tarea específica que, complementa al trabajo del equipo de salud.

“En América Latina el proceso será igual, si bien predomina en su gestación la influencia belga y católica. Un médico, Alejandro Del Río, crea en Chile la Asistencia Pública (1911), el Hospital Arriarán, la Escuela de Enfermeras, la Casa de Socorros de Puente Alto y la Escuela de Servicio Social (1925), la primera de esta parte del continente americano, dependiente de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Santiago, cuyo plan de estudio inicial incluía, Higiene y Profilaxis, Alimentación y Dietética y Atención de

³³ Kismeman, N. “Salud Pública y Trabajo Social”. Ed. Humanitas. 1981 Buenos Aires Pag 117

Enfermos y Heridos. Trabajo social o Servicio Social aparecen así como carrera paramédica, criterio que, junto al parajurídico, imperó en América Latina hasta comienzos de la década del '60"³⁴

4.2. Proceso salud-enfermedad

La salud es un derecho esencial del ser humano. Es un capital por excelencia de toda persona y toda comunidad, que es necesario alcanzar, mantener y proteger mediante el ejercicio permanente de prácticas saludables. La salud es, por lo tanto un derecho básico y una responsabilidad individual y social.

A finales de la década de los 60 surge una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad, y propone que el proceso salud-enfermedad puede ser analizado como producto de factores psicosociales.

Con la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distintos niveles de desarrollo, de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción, se verifica el carácter social. Se cotejaron diferentes clases sociales de una misma sociedad y se demuestra que se enferman de distintos modo.

"Se apunta que el proceso salud-enfermedad tiene carácter social tanto por ser socialmente determinado cuanto por ser en si mismo un proceso social"³⁵.

³⁴ Kisneman, N.op. cit. Pag 120

Según el preámbulo de la OMS, en un enfoque de Salud Integral, la salud es definida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, es decir y no solo la ausencia de enfermedad. Por otra parte el Lic. Saúl Franco (consultor de OPS) postula que la salud es entendida hoy como el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social que se da en una población en un determinado tiempo-lugar. Es el fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población.

En las dos últimas décadas se ha planteado el cuestionamiento a los enfoques curativos-asistenciales exclusivos, versus las modificaciones de los ambientes y de los comportamientos, para alcanzar un óptimo nivel de salud en la población, creándose un nuevo paradigma.

El cambio en el perfil epidemiológico de las poblaciones marca que las enfermedades y daños están determinados fundamentalmente por factores ambientales y solo en pequeños porcentajes por predisposiciones genéticas. Los factores físicos, químicos, biológicos y socioculturales del ambiente interactúan para determinar los niveles de salud-enfermedad de individuos, familias y comunidades.

4.3. Trabajo social en el equipo de salud

La realidad demuestra que es imposible que la situación de una persona que asiste a un Hospital de alta complejidad pueda ser comprendida y entendida desde una sola visión disciplinaria. Por ello planteamos tener un

³⁵ Laurell. C. "El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina" Ponencia ALMALC.

conocimiento de lo que es el trabajo en equipo y dentro de este qué lugar ocupa el asistente social.

Para la comprensión de la compleja realidad por la que atravesamos en estos días es necesario que se realice un trabajo en equipo y se admitan los aportes de las diversas profesiones que es deseable que lo integren.

“La Organización Mundial de la Salud define el equipo como asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es proveer en cualquier ámbito a los individuos y familias la atención más integral de salud posibles”³⁶

“Si bien puede existir entre los distintos actores del equipo de salud una relativa coincidencia en cuanto a la necesidad de elevar los niveles sanitarios de la población, no siempre se logra una acción coordinada, convergente e integrada”³⁷

Este hecho puede originarse por diversos factores. Se suele dar una sobrevalorización de cierta disciplina sobre otra; intereses personales y profesionales, que hacen que exista un trabajo aislado; profesionales que no admiten discrepancias, etc. entre tantas otras dificultades para desarrollar el trabajo en el equipo de salud.

Con un trabajo en equipo la actitud del profesional será diferente a la hora de trabajar.

Montreal. Canadá.

³⁶ Lasagabaster y Guardiola, “Manual de prácticas de Trabajo Social en el campo de la salud”. Ed. Siglo veintiuno. España. Sep. 1999 pag 123

³⁷ Kisman, N. Op.cit pag 123

“Estará al servicio de los usuarios, y no al servicio de su prestigio. Como se advierte, el problema es básicamente de opciones frente a la realidad en la que se trabaja”³⁸

El trabajo en equipo estará orientado para abarcar por un lado el problema orgánico y el componente psicológico que atenderán diversas disciplinas y por otro lado el cuadro social, el cual será atendido por el trabajador social inserto en el equipo de salud. Su tarea consistirá en el estudio, el diagnóstico y tratamiento de hábitos, creencias y formas de vida del paciente tratando asimismo de incorporarlo en este proceso, para que sea parte activa del logro de su bienestar.

³⁸ Kisneman, N. Op.cit, pag 124

5. DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

5.1. Perfil institucional

En esta parte del trabajo de investigación se trata de dar una descripción general del perfil institucional, y del servicio social en particular.

Las características del Hospital son según el propio nombre:

Interzonal: porque recibe derivaciones de toda la Zona Sanitaria VIII, la cual comprende 16 municipios.

MUNICIPIOS COMPRENDIDOS POR ZONA SANITARIA VIII
AYACUCHO
BALCARCE
GENERAL ALVARADO
GENERAL GUIDO
GENERAL MADARIAGA
GENERAL LAVALLES
GENERAL PUEYRREDON
PARTIDO DE LA COSTA
LOBERÍA
MAIPU
MAR CHIQUITA
NECOCHEA
PINAMAR
SAN CAYETANO
TANDIL
VILLA GESELL

Especializado: porque abarca dos grandes áreas principales: pediatría y obstetricia, desde casi todas las especialidades.

Se considera hospital de Alta Complejidad, dado que cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría y una sala de Neonatología con unidad de terapia intensiva.

El hospital depende jerárquicamente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, pero es un Hospital Descentralizado.

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

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

El Hospital tiene:

CANTIDAD	CAMAS POR SECTOR DISPONIBLES PARA LA INTERNACION
146	Pediatría
93	Obstetricia
70	Recién nacidos sanos
40	Neonatología
27	Hospital de Día
6	Sala de Observación de Guardia Pediátrica

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

La población atendida concurre de Mar del Plata y su zona de influencia. El Hospital atiende a embarazadas, niños y adolescentes de hasta 15 años. Las pacientes son derivadas al Hospital desde Unidades Sanitarias en el octavo mes de embarazo, o cuando se presentase algún factor de riesgo o complicación que requiera dicha derivación.

5.2. Perfil del Servicio Social del HIEMI

El Servicio Social esta integrado por 16 profesionales y una empleada administrativa.

De los profesionales, cinco son residentes, uno es jefe de residentes y los demás pertenecen a la planta del hospital.

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

-Cuidados Moderados. TBC

-Cuidados Moderados. Celíacos. TBC. Oxígeno Dependientes

-Derivación de RN

-Diabéticos. Medicaciones especiales. Comité de Fisurado Maxilo-Faciales.

Voluntariado

-Oncohematología. Menores- Madres

-Neonatología

-Consultorio Externo de Neonatología

-Diabéticos. Cuidados Moderados. Terapia Intermedia

-ETS. HVI. SIDA. Fibroquísticos

-Comité de Maltrato

-Residencia en Trabajo Social Hospitalario: Instructora; Jefa de Residentes, cinco residentes

El Servicio Social Atiende:

1. Demanda espontánea de Guardia y de Consultorios Externos de Obstetricia y Pediatría.

2. Sala de Internación

- Pediatría: Cuidados Moderados A, Cuidados Moderados B, Cim Rojo, Terapia Intermedia, Unidad de Terapia Intensiva, Neonatología, Oncohematología, Traumatología, Clínica Quirúrgica.

- Obstetricia: Pauperio Normal, Alto Riesgo, Uceo

Objetivos Generales del Servicio:

* Investigar los aspectos relacionales, socio-ambientales, su incidencia en el proceso salud-enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.

* Facilitar la integración del enfermo y su grupo familiar a la institución, durante el periodo de internación, creando situaciones que favorezcan la comunicación, cooperación, participación, y respeto por el otro, para la recuperación y promoción de la salud.

* Estimular en los pacientes y su grupo familiar la máxima puesta en marcha de sus recursos como sujetos de su propia salud integral.

* Integrar grupos interdisciplinarios, para el abordaje de las diferentes patologías.

* Favorecer la adecuada información acceso y aprovechamiento de los recursos de la institución y de la Comunidad mediante la articulación intra y extrahospitalaria.

* Fomentar la Sistematización y Evaluación del trabajo cotidiano.

* Crear y sostener un espacio de Docencia, con lo profesionales del Servicio Social, con estudiantes de Pre grado de Lic. en Servicio Social, UNMDP, Residentes de Trabajo Social y otros destinatarios.

Metas:

- Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al Equipo Interdisciplinario.
- Estimular, afianzar y promover el desarrollo de los recursos personales y Factores Protectores del paciente y su familia, para atenuar o neutralizar los Factores de Riesgo.
- Lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.
- Formar parte activa de Comité o Equipos interdisciplinarios para el estudio, diagnóstico y tratamiento de patologías específicas, por ejemplo: diabetes, fibrosis quística. Violencia familiar.
- Abordar específicamente situaciones problemáticas relacionadas con el binomio madre-hijo (obstetricia), prevenir el abandono del RN, orientar sobre Adopción, Patria Potestad, etc.
- Realizar la derivación del recién Nacido sano a los Centros de Lactantes de la ciudad.
- Con respecto a la Menor – Madre: prevenir el abandono de la madre y su hijo; fomentar la documentación inmediata del RN, convocar a los Representantes Legales, cuando así correspondiera realizar la comunicación al Tribunal de Menores.
- Orientar consultas en Planificación familiar.
- Instrumentar un espacio de docencia en el Servicio Social del HIEMI, y en la institución hospitalaria. Dar continuidad a la docencia destinada a estudiantes pre-grado y residentes de Trabajo Social, alumnos de EGB y Polimodal. Sostener la capacidad de Voluntarios del Grupo KUMELEN.

5.3. Descripción de la normativa vigente.

Se propone aquí tener una aproximación al conocimiento de la normativa con la se rige el funcionamiento del Hospital por un lado y por otro el encuadre legal del personal, particularmente de los asistentes sociales.

En la búsqueda de esta información se consultó al asistente social de Zona Sanitaria VII, que no disponía al momento de esa información. También se solicitó la información al Servicio Social del Hospital. Allí supimos que la institución se rige principalmente por dos leyes, la 10.471 de Carrera Profesional y la 11.072 de Descentralización Hospitalaria.

También la Ley 10.751 del Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia.

La Ley 10.471 de Carrera Profesional en rasgos generales, plantea el alcance de la misma; de la admisibilidad e ingreso al sistema; cuadro del personal, es decir las plantas (dividiéndose en permanente, temporaria, pre escalafonario, etc); plantea el regimen de trabajo; de sueldos; los derechos; obligaciones y atribuciones del personal escalafonado; de la disciplina; de la antigüedad; de la creación de la comisión permanente de la carrera profesional hospitalaria.

Los alcances de esta ley son: abarcará las actividades destinadas a la atención médica integral por medio de la práctica de los profesionales de la salud, ejercidas a través de las acciones de fomento, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, y a programar, dirigir, controlar y evaluar las mismas.

La Carrera establecida por la presente ley, abarcará las actividades profesionales de: médicos, odontólogos, químicos, bioquímicos,

bacteriológicos, farmacéuticos, psicólogos, obstetras, kinesiólogos, nutricionistas, dietistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, y asistentes sociales ó equivalentes con títulos universitarios.

Quedan comprendidos también los fonoaudiólogos con títulos de nivel terciario no universitario, expandidos por Institutos Superiores dependientes de la Dirección general de Escuelas y Cultura de la provincia de Buenos Aires y los Asistentes Sociales, trabajadores sociales, licenciados en Servicio Social ó equivalentes con título de nivel terciario no universitario.

Queda facultado el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud, para incluir otras actividades profesionales con título correspondientes a las funciones sanitarias de la presente Carrera.

La ley de descentralización hospitalaria, 11.072, que hace al funcionamiento del hospital comprende lo siguiente: "ejecutar la reestructuración técnico-administrativa de los hospitales de su jurisdicción y de los que adhieran a la presente Ley, transformándolos en entes descentralizados sin fines de lucro, con participación de los trabajadores del equipo de salud así como de la comunidad en su conducción".(Ley 11.072 art. 1)

El art. 3 se refiere a: "Los hospitales incorporados al proceso de descentralización tendrán como objetivo desarrollar las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud que aseguren, en forma coordinada con los restantes efectores sanitarios de distinta complejidad y dependencia, la atención sanitaria de la población conforme a las políticas que sobre la misma elabore el Gobierno Provincial y a las disposiciones emergentes de la presente ley".

“Deberá regirse por los principios básicos de universalidad y equidad en las prestaciones. La accesibilidad y gratuidad estará garantizada para las personas debidamente identificadas que no posean cobertura social y/o medios para afrontar el costo de atención, dándose prioridad a éstos en la asignación de recursos que el hospital disponga”. (art.4)

En el artículo 5 plantea la responsabilidad del Hospital Público a partir de su descentralización:

- a) Desarrollar acciones sanitarias de acuerdo con las necesidades de la población de su área de influencia.
- b) Formular una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud, con el fin de contribuir a su inserción en el sistema prestador.
- c) Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con el fin de su redimensionamiento y reconversión.
- d) Disponer el manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial.
- e) Favorecer la docencia y la investigación, así como la capacitación permanente del plantel de personal, desarrollando programas de educación continua y auditoria de recursos humanos.
- f) Proponer la incorporación de tecnología asegurando el cumplimiento de los objetivos asignados, en el marco de las normativas que establezca el organismo ministerial.
- g) Asegurar la eficacia final en las distintas prestaciones, adecuando los costos a los presupuestos estimados.

h) Estructurar un mecanismo apto para sistematizar y procesar la atención del paciente y su consecuencia administrativa, en cuanto a procedimientos, producción de información, control de gestión y realización presupuestaria y financiera que permita la identificación de la demanda y el cobro a la Seguridad Social.

i) Instrumentar mecanismos que posibiliten el aprovechamiento intensivo de los recursos instalados, incrementando los niveles de producción y calidad de los servicios.

j) Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas del Ministerio de Salud.

Solo consideramos estos artículos por considerarlos de relevancia para este trabajo.

Como también lo es la ley 10.751 que se refiere en particular a la actividad de los asistentes sociales mas allá del ámbito de desempeño, citamos algunos artículos:

“art.2: A los efectos de la presente ley, considérese Ejercicio profesional del Servicio o Trabajo Social a la actividad de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinadas a la atención de situaciones de carencia, desorganización y desintegración social que afectan a personas, grupos comunidades y sus interrelaciones, así como la de aquéllas situaciones cuyos involucrados requieran el conocimiento y técnicas que determinen sus títulos habilitantes. La actividad profesional, por sí o en el marco de servicios institucionales y programas integrados de desarrollo social tiende al logro de una mejor calidad de vida en la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo.

Asimismo considérese ejercicio profesional del servicio social o trabajo social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación y programación en materia de su específica competencia.

Cabe también mencionar el artículo 5: los profesionales del Servicio Social, podrán ejercer su profesión en relación con las siguientes áreas y actividades:

A) Justicia, educación, Salud, Minoridad, Ancianidad, Discapacitados, Fuerzas Armadas y Seguridad, Comunidades Urbanas, Comunidades Rurales, Comunidades Indígenas, Empresas y Relaciones Laborales, Previsión y Seguridad Social, Vivienda, Recreación y Deportes, Migraciones y Todas aquellas áreas en que deba tratarse el bienestar social, así como aquéllas que pudieren en los sucesivos requerir de sus conocimientos específicos.

Podrán hacerlo en forma individual o integrada en equipos multidisciplinarios, según las exigencias que la prestación requiera.

b) Asesoramiento en la determinación de políticas de acción social o comunitaria a nivel provincial o municipal.

c) Participación en la formación, organización, conducción y administración de servicios de bienestar social, públicos o privados.

d) Investigación, planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de acción social y promoción comunitaria, como así también de aquellos que fueren de su específica competencia.

e) desempeño de direcciones, cargos, funciones, misiones o empleos privados o públicos de servicio social, de oficio o a propuesta de partes.

Esta información en cuanto a la Ley de Ejercicio Profesional fue
suministra en el Colegio de Asistente Sociales de Mar del Plata.

V. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION

Tipo de diseño de investigación

Esta investigación se encuentra diseñada dentro del tipo exploratorio - descriptivo.

Se entiende a la investigación exploratoria como "...un ensayo teórico, especulativo en que uno intenta articular la serie de preguntas que el tema le suscita en un marco interpretativo general a partir del cual sea posible deducir hipótesis explicativas"³⁹.

Por otro lado la investigación descriptiva "...resulta muy útil como forma de poner a prueba afirmaciones de sentido común, aquello que "todo el mundo sabe", y que muchas veces constituye fundamento de políticas concretas"⁴⁰, ya que la situación planteada para este trabajo puede ser más compleja que la hipótesis formulada.

Método a utilizar

Se utilizó un método cualitativo y cuantitativo, ya que se pretendió obtener datos de distinta índole.

Por ejemplo: obtener datos primarios, respecto de la cantidad de pacientes atendidos en el HIEMI con relación a la cantidad de trabajadores sociales del mismo.

Por otra parte, se indagó sobre información de la situación laboral del trabajador social, ya sea formas de capacitación recibida, formas de intervención, etc.

³⁹ Sabatini, F. "¿Qué es un proyecto de investigación?. Instituto de Estudios Urbanos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Serie Azul N° 1, septiembre, 1993. pag. 7

⁴⁰ Sabatini, F. Idem. Anterior. Pag 9.

Universo de la investigación

Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales del HIEMI de la ciudad de Mar del Plata.

Criterios de inclusión

Todos los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales del Servicio Social del HIEMI que forman parte de la planta permanente o sean residentes.

Criterios de exclusión

Quedaron excluidos para la aplicación del instrumento los Trabajadores Sociales o Asistente Sociales que no hayan cumplido, por lo menos con 1 año de permanencia en el Servicio Social del HIEMI. Dado que se pretende que el profesional tenga un considerable tiempo de inserción en el Servicio Social, que le permita tener un conocimiento en cuanto al funcionamiento general del HIEMI y de la intervención profesional implementada.

Unidad de análisis

Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales, en planta permanente o residentes, del Servicio Social del HIEMI, con 1 año como mínimo de inserción profesional en dicha institución.

Instrumento de recolección de datos

Se observaron fuentes secundarias como: archivos del Servicio Social, datos estadísticos del Hospital, material periodístico, revistas científicas y documentación jurídica.

Se tomó como fuente primaria la aplicación de una entrevista semi - estructurada, con preguntas cerradas, con el fin de obtener datos como: años de trabajo profesional hospitalario, cantidad de horas laborales, etc. Y con

preguntas abiertas que permitan obtener información más cualitativa, como por ejemplo tipo de metodologías de intervención utilizadas, tipo de capacitación recibida, etc.

Análisis de datos:

De la pregunta 1: con cuáles de los siguientes roles Ud. se identifica según su interés profesional, como.

Cuadro 1: Identificación del rol de acuerdo al interés profesional.

Orden Roles	1er	2do	3er	4to	5to	No lo consideran
Educador	3	4	1			4
Concientizador	1	4	1			6
Mediador	6	1	1			4
Administrador de recursos			3	2		7
Agente de gestión			1	3		8
Investigador / operador	1					11
Acompañamiento de paciente y familia					1	11
Asesoramiento/información			1			11
Trabajador de la salud	1					11
Facilitador de acceso		1				11
Informador de historia y cultura			1			11
Defensor y divulgador de derechos sociales		1				11

-Según los datos la identificación del rol es predominantemente múltiple

- En el cuadro se observa que los roles mencionados en más cantidad son tres, los cuales según el orden de prioridad establecido son:

Mediador

Educador

Concientizador

- Se puede decir que en nueve casos dos de los roles prioritarios se encuentran entre los mencionados.

De la pregunta 1b) independientemente de su interés profesional del cual acabamos de presentar, hablemos ahora de la frecuencia con que desempeña estos roles profesionales.

Surge la idea de ver si a mayor identificación del rol mayor probabilidad de concretar su desempeño.

Se aclara: se denomina una fuerte identificación al 1 y 2 orden de prioridad y débil al 3 y más orden de prioridad.

ROL EDUCADOR:

Cuadro 2: Desempeño logrado por frecuencia del desempeño del rol según identificación.

Desempeño logrado	Frecuencia	Identificación	
		Fuerte	Débil
Muy Frecuente		71%	20%
No muy frecuente ó rara vez/nunca		29%	80%
		(7)	(5)

-Se establece una relación diagonal es decir necesaria y suficiente ya que la propensión a que los que tienen fuerte identificación del rol educador puedan desempeñar el mismo con el 71% y en tanto la de quienes tienen una débil identificación es del 20%.

ROL CONCIENTIZADOR

Cuadro 3: Desempeño logrado por frecuencia del desempeño del rol según identificación.

Desempeño logrado	Frecuencia	Identificación	
		Fuerte	Débil
Muy Frecuente		60%	0%
No muy frecuente ó rara vez/nunca		40%	100%
		(5)	(7)

- Se establece una relación rinconal, es decir necesaria pero no suficiente ya que la propensión a que los que tienen fuerte identificación del rol puedan desempeñar el mismo es del 60% y en tanto la de quienes tienen una débil identificación es del 100%.

ROL MEDIADOR

Cuadro 4: Desempeño logrado por frecuencia del desempeño del rol según identificación.

Desempeño logrado	Frecuencia	Identificación	
		Fuerte	Débil
Muy Frecuente		75%	25%
No muy frecuente ó rara vez/nunca		25%	75%
		(8)	(4)

- Se establece una relación diagonal es decir necesaria y suficiente ya que la propensión a que los que tienen fuerte identificación con el rol mediador puedan desempeñar el mismo es del 75% y en tanto la de quienes tienen una débil identificación es del 75%.

ROL ADMINISTRADOR DE RECURSOS

Cuadro 5: Desempeño logrado por frecuencia del desempeño del rol según identificación.

Desempeño logrado	Frecuencia	Identificación	
		Fuerte	Débil
Muy Frecuente		0%	50%
No muy frecuente ó rara vez/nunca		0%	50%
		()	(12)

- Se ve que los porcentajes se sitúan en el lateral, con un 50% en ambas frecuencias no pudiendo determinar cual es la preponderancia.

ROL AGENTE DE GESTION

Cuadro 6: Desempeño logrado por frecuencia del desempeño del rol según identificación.

Desempeño logrado	Frecuencia	Identificación	
		Fuerte	Débil
Muy Frecuente		0%	58%
No muy frecuente ó rara vez/nunca		0%	42%
			(12)

- Hay una débil identificación con el rol de agente de gestión preponderando con un 58% a que lo desempeñen pese a la identificación.

Hasta el momento parecería que de los casos entrevistados la identificación con el rol estaría con el rol mediador, educador y concientizador, con una tendencia de poder desempeñar con cierta accesibilidad solo dos de ellos, el rol educador y mediador.

En tanto que con el rol de concientizador pese a una fuerte identificación con el mismo, parece estar faltando otro elemento para que la relación sea necesaria y suficiente, es decir a pesar de la fuerte identificación, faltaría algún otro elemento que no podemos determinar aquí, para que el mismo pueda ser desempeñado por los profesionales del Servicio Social del HIEMI.

Ahora con el rol de administrador de recursos y agente de gestión, parece existir una débil identificación sin embargo los porcentajes parecerían indicar en el primer caso que la mitad de los entrevistados lo desempeñaría con frecuencia. En el segundo caso también con un porcentaje mayor lo estarían desempeñando.

De la pregunta 2: cómo cree que es percibido ese rol profesional por el resto de la comunidad hospitalaria, surge:

Cuadro 7: Percepción del rol profesional del Asistente Social, por el resto de la comunidad hospitalaria.

ROL	MIEMBROS HOSPITALARIOS				
	Médicos	Enfermeros	Administrativos	Pacientes	Directivos
Educador	5%	6%		8%	
Concientizador	15%	12%			9%
Mediador	15%	29%	8%	29%	22%
Administrador de recursos	20%	29%	42%	33%	22%
Agente de gestión	25%	6%	25%	8%	22%
Investigador	5%				
Controlador/seguimiento	15%		8%	13%	4%
Orientador		6%		4%	
Administrativo		6%	17%		
Desactivador de conflicto		6%		4%	9%
Contenedor de demanda					9%
Defensor de derechos					4%
	(20)	(17)	(12)	24	23

- Respecto de la visión que los distintos miembros hospitalarios tienen, según los entrevistados, del rol del Asistente Social podría decirse que es múltiple, es decir identificar al profesional del Servicio Social en diferentes roles.

Pero no obstante podría observarse rasgos generales que en el caso:

Del médico: existe una preponderancia del 25 % a identificar al Asistente Social en el rol de agente de gestión.

Del enfermero estaría con el 25% en ambos casos entre administrador de recurso y agente de gestión.

Del administrativo: la señalarán un 42% al rol del administrador de recurso.

Del paciente estaría la preponderancia a identificar al Asistente Social con un 33% como administrador de recursos.

Del directivo sería con el 22% en tres casos es decir prepondera el rol de mediador, administrador de recurso, agente de gestión.

De la pregunta 3: respecto a la concepción generalizada de que el profesional de servicio social tiene su intervención destinada a la asignación de recursos, Ud. adhiere...

Surge que:

En términos generales adhiere el 25%, 3 casos; en parte si y en parte no adhiere el 42%, 5 casos; no adhiere a esta idea el 33%, 4 casos.

Se podría apreciar que el porcentaje mayor es del 42% en adhesión a la categoría de que adhiere en parte si y en parte no, en cuanto a esta concepción la justificación de la misma se expone en de forma general:

“La persona viene con carencias materiales que si no cubrés no dan bolilla y no porque se hacen otros tipos de intervención”.

“Esta relacionado por el hecho de que si el recurso está tenemos una capacidad técnica para administrarlos, porque muchas veces con la consigna de que no corresponde que lo hagamos nosotros lo hacen otras personas que no están en condiciones de hacerlo correctamente. Y por otro lado no porque no todo tiene que estar gerenciado por nosotros”

“Es parte de la realidad, no se adhiere a que eso sea así, pero existe porque es parte de la realidad”.

“Porque administrador de recurso material poco pero dentro del recurso se incluye el recurso humano, paciente y su familia, socialmente se adjudica lo material”.

“En relación a la práctica profesional, se puede plantear, cual es el rol. Hay un reconocimiento en ciertos espacios te lo da la práctica cotidiana y el estar en un lugar”.

Le sigue a esta categoría, con un 33%, la categoría que no adhiere a esta concepción, los porque se describen a continuación:

“El recurso es un elemento más de la intervención del trabajo social.

“No creo que sea así porque se trabajan otras áreas”

“Considero que el trabajador social puede conjuntamente con el ciudadano transformar la realidad circundante. La disciplina va más allá de dar recurso material”.

“Es un recorte reduccionista de la profesión que se centra en la gestión de recursos materiales, dejando de lado la posibilidad de trabajo con el otro desde lo simbólico.

En última instancia con un 25% de adhesión a la categoría de adhesión en términos generales, las justificaciones son:

“El recurso material está relacionado con la necesidad y está siempre orientada a lo material. Cuesta ver al Servicio Social como recurso humano”.

“Siempre que necesitan un recurso tienen que pasar por el Servicio Social según el caso tienen miedo a la conclusión del profesional”.

“Hacemos eso porque no queda otra alternativa, pero en verdad hacemos otra intervención”.

De la pregunta 4: cuál es su objeto de intervención dentro del servicio. Se transcribe las respuestas dadas de acuerdo a cada profesional del Servicio.

“La población asistida en las variables sociales que inciden en la aparición y sostenimiento de la patología en el grupo familiar para facilitar la consecución del tratamiento, en prevención secundaria para evitar futuras internaciones, articulando el trabajo junto a la familia extensa, instituciones barriales y otros actores involucrados”.

“Prevención, mediar entre la familia, realizar gestiones”:

“El paciente y su familia”.

“Favorecer y acompañar el tratamiento del paciente”.

“El paciente, entendido como sujeto de derecho o sea un ciudadano”.

“En neonatología: acompañamiento, proceso de reflexión, capacitación y contención de la familia del paciente internado. EN VIH problemática familiar, el niño puede dar indicadores de la dinámica familiar y la relación de la familia con la enfermedad”.

“El paciente y la familia y su entorno”.

“Gestión de trabajo con el equipo profesional, en cuanto a contención, supervisión como jefa -en relación a la dirección y otros jefes de servicio, trabajar dificultades o propuestas en común -capacitación y supervisión del

voluntariado y evaluación de casos de violencia, relación con otras instituciones”.

“La persona, un buen estado general psicofísico del paciente”.

“Madres menores solteras y menores oncológicos.”

“Las necesidades, saberes y relaciones.”

”Identificación de elementos (creencias, obstáculos, percepción) que se ponen en juego en la internación de un niño, para atenuar el componente traumático de la misma en la vida del niño y su familia”.

Pareciera que en el momento de verbalizar el objeto de intervención no es tan preciso, desde luego no en todos los entrevistados, esto se analizará en las conclusiones.

En cuanto a la pregunta 5 qué nivel de intervención es el mas frecuente:

Los 12 entrevistados plantean trabajar con un nivel de intervención de caso: solo 4 de ellos también trabajan con grupo.

De lo descrito en las entrevistas se puede sintetizar que la forma de trabajo o mejor dicho la intervención se lleva a cabo mediante: interconsulta, demanda espontánea o detección.

En el área de pediatría entrevista a la familia, contacto con otras instituciones. También se realiza seguimiento, se acompaña el proceso en patologías crónicas.

En un solo caso entrevistado se mencionan el diagnóstico y las visitas domiciliarias.

Se realiza orientación e investigación actual del paciente.

En el trabajo con grupos un caso plantea la realización de charlas de información con las madres internadas.

En el área de diabetes en niños un día a la semana concurren, para la realización de talleres recreativos, y se les da información para que realicen su cultivo de vegetales, etc.

Se trabaja con grupos de padres con niños de patologías crónicas.

La jefa del Servicio plantea el trabajo con grupos de profesionales del Servicio Social, ateneos, con grupos de voluntariado, equipo interdisciplinario de maltrato y en red.

De la pregunta 6 de los tipos de intervención que efectivamente realiza, asígnele a cada uno de ellos el orden de prioridad atendiendo a su frecuencia de realización. ¿Cuál es el mas frecuente? Surge

Cuadro 8: Niveles de incidencia según distintos tipos de intervención.

Tipo de Intervención	Incidencia de los tipos de intervención				
	Alta	Media	Baja	Nula	Total
Orientación	83%	17%			(12)
Tratamiento	42%	33%	17%	8%	(12)
Prevención	42%	17%	17%	25%	(12)
Seguimiento	17%	50%	25%	8%	(12)
Derivación	8%	33%	33%	25%	(12)
Planificación	8%	33%	17%	42%	(12)
Control	8%		17%	75%	(12)

Se unifican los ordenes de prioridad en categorías como:

1er y 2do orden en alta, 3ero y 4to en media, 5to y más en baja, y quienes no lo consideran en nula.

No se incluye el tipo de intervención de gestión por ser mencionada por un solo entrevistado y por no ser puesto en consideración para el resto de los entrevistados.

El tipo de intervención es múltiple, ya que de los diferentes tipos de intervención 5 es el promedio, es decir el 66% de los entrevistados mencionan entre 4 y 6 tipo de intervención

No obstante podría decirse que en casi la totalidad de los entrevistados (83%), la Orientación resulta ser el tipo de intervención que registra la más alta frecuencia.

El Tratamiento resulta ser un tipo de intervención muy frecuente para el 42% de los entrevistados y de mediana frecuencia para el 33%.

La Prevención también resulta para el 42% ser una práctica muy frecuente pero para un 17% es de baja incidencia y para el 25% no es un tipo de intervención que se desarrolle.

El resto de los tipos de intervención no tiene destacada relevancia en la constitución del perfil laboral profesional.

De la pregunta 7: cómo se generan las demandas que atiende con mayor frecuencia.

Cuadro 9: Origen de la demanda

Frecuencia	Origen de la demanda		
	Espontánea	Derivación	Generada
Muy frecuente	8	7	7
No muy frecuente	4	5	3
Rara vez/nunca			2

Los tres orígenes de demanda registran ser muy frecuentes no obstante la demanda espontánea parece tener la mayor propensión de frecuencia.

De la pregunta 8 cómo calificaría la manera en que es cubierta la demanda por los profesionales del servicio social?

Se han establecido dos categorías para el análisis estas son opiniones positivas y opiniones críticas, la primera encerraría a las categorías anteriores como son la cobertura muy satisfactorio / satisfactorio y la segunda a las categorías poco satisfactorios / no satisfactorios.

Esto se debe a que nosotras debemos proponer a modo de hipótesis cuales son los patrones cognitivos y evaluativos con que nuestros encuestados estructuran su visión de su mundo laboral y profesional.

Puede observarse que en las explicaciones en general positivas de la cobertura de la demanda, se destacan o se ponen en valor la actitud profesional, el avance del servicio en la institución, el esfuerzo por cubrir las áreas de trabajo y el compromiso con la profesión.

Las explicaciones que se han dado respecto de una opinión crítica acerca de la cobertura de la demanda, en términos generales, tienden a sobresalir problemas de tipo estructural y funcional del hospital, más allá de algunas menciones relacionadas a factores como contexto de crisis y cuestiones de obstáculos propios al servicio.

Explicaciones positiva

“Se atiende la demanda, se atiende a los pacientes, se trata de hacer todo lo mejor posible; porque hay actualización, supervisión de casos”.

“Porque hay trabajo continuo y tratamos de dar respuesta a las demandas, con los profesionales que nos interconsultan”.

“El proceso de intervención que tiene el servicio social dentro de la institución a avanzado para mejor, tanto que se intenta satisfacer las demandas cubriendo todos los servicios”.

“Porque considero que hay una competencia profesional en equipo y compromiso con la tarea”.

“Hay muchas limitaciones institucionales de estructura y de recurso por eso no es muy satisfactorio”

“Por la voluntad profesional de cada uno y por las expectativas que cada uno tiene en el desempeño de su rol”.

Explicaciones críticas:

“Por la deficiente organización del servicio, por la escasa calificación del personal de planta, por la escasa dedicación del personal de planta”.

“Por las características que existe por trabajar en un hospital de alta complejidad. Por la presión del giro cama, por el costo económico que implica la internación, porque el abordaje no se logra en el tiempo necesario sino con menos lo que hace que no se logra intervenir y conocer la problemática”.

“La situación de crisis es tan intensa que las problemáticas sociales son cada vez más graves, la situación de violencia, desocupación, problema de vivienda, y en relación a los recursos institucionales no hay nada, como remedios, etc.”.

“Por falta de personal profesional, hay mucha demanda”.

“Por falta de profesionales, éramos 17 y ahora somos 9 sin residentes”.

“La demanda supera la capacidad de respuesta del servicio ya que al estar organizada en base a la gestión de recursos y ante la falta de estos el servicio va perdiendo su razón de existencia en la institución”.

De la pregunta 9. 1. existen factores internos de la institución que obstaculizan el desempeño profesional?

Surge que 10 encuestados encuentran factores internos que obstaculizan el desempeño profesional y 2 encuestados responden que no los hay.

Entre quienes dicen que si hay factores obstaculizantes se puede determinar una clasificación de los mismos y a su vez dentro de estos determinar si pertenecen a factores del Hospital como institución o del Servicio Social como parte de la misma.

Factores del Hospital:

- falta de recursos materiales
- el giro cama, presión del egreso del paciente
- falta de información de los profesionales en general
- fuerte hegemonía médica
- crisis institucional desde las políticas del Ministerio de Salud
- lucha de poder
- la característica de la urgencia
- poco personal en el servicio social

Factores del Servicio Social:

- lugar subalterno de la profesión y el servicio
- temor a la iniciativa de cambio
- no se logra el trabajo interdisciplinario
- concepción que se tiene del servicio social, como agente de gestión, gestor de recurso
- dificultad de comunicación entre equipos
- abulia institucional
- situación histórico personal del trabajador social
- diferentes formas de intervención y concepción de servicio social
- vínculos informales que propician amiguismo.

Se describen a rasgos generales cuales son las acciones que los profesionales del Servicio Social llevan a cabo para revertir la situación:

“Trabajo lo mejor que puedo”.

“Se reclama pero no depende de nosotros”.

“Se trata de trabajar con los casos de mayor prioridad”.

“Una lucha cotidiana, intentando demostrar que somos una disciplina y que podemos trabajar en otra cosa no solo en la administración de recursos materiales”.

“Esta situación nos permite repensar nuestro actuar profesional, no nos deja sentado en la silla, nos permite plantearnos nuevas estrategias.”

“Destabar a través del diálogo con el profesional responsable para que se de apertura, a veces con otros jefes de servicio. Y con la dirección también”.

“Tratar de trabajar en forma más programada y con más comunicación entre el equipo de asistente sociales, porque genera autocontrol. Poner los límites con las cosas que no corresponden institucionalmente”.

“Petitionar al directorio y presentar propuestas”.

“Lo del personal nada porque es cuestión de política en los demás se trata de trabajar en la residencia, en los ateneos trabajar algún material”.

De la pregunta 9. 2. existen factores externos a la institución que obstaculizan el desempeño profesional?

Surge de la respuesta a esta pregunta que 9 encuestados respondieron que existen factores externos y solo 3 dicen que no hay factores externos que obstaculicen la tarea profesional.

Se perfilan claramente dos posturas frente a una situación contextual avasalladora

1) la de orientación pesimista, no encuentra a su alcance formas de reversión, por considerar que sus causas son de escala “macro”.

2) la postura que busca caminos alternativos sin bajar los brazos, valorizando las acciones a escala “microsocial o institucional”.

Se describen las respuestas dadas respecto de cuales son los factores que enuncian los encuestados:

-crisis y ajuste permanente

-destrucción del sistema sanitario

-la exclusión de la población

-la inestabilidad laboral de los padres de los pacientes (nueva dinámica familiar

- crisis institucional, se vuelcan al hospital por falta de respuesta a las demandas
- coyuntura del país
- carencia de recurso institucionales al momento de hacer derivación
- crisis económica y social
- bajada de línea de los caminos de gestión
- burocratización institucional
- desaparición del Estado

Se describen en esta parte las respuestas que han dado al preguntar que hacen para revertir estos factores externos que obstaculizan la tarea profesional:

“Actividad a través de la participación en acciones de fuerza u opinión que involucre a los actores que se relacionan con el sistema.”

“Se trata de trabajar con esa dinámica familiar acompañando, se trata de encontrar recursos extrainstitucionales, coordinar con otras instituciones el abordaje del paciente”.

“Nada porque no tenemos el poder para hacerlo”

“Ir trabajando, somos eslabones”.

“No depende de nosotros depende de las políticas sociales”

“Tratar de buscar otra alternativa, buscar otras formas de que pueda seguir con el seguimiento o tratamiento, tratar de optimizar recursos en la sociedad”.

“Es lo más difícil de revertir porque nos supera, es a nivel de Latinoamérica”.

“Nada”.

“En principio tratar de canalizar la demanda por donde corresponda (municipio, dirección) con el fin de garantizar la posición del usuario que corresponde por derecho para luego poder ahondar en cuestiones no relacionadas con recursos materiales”.

De la pregunta 10 qué características de la profesión Ud. cree que hacen imprescindible a la misma dentro del sistema hospitalario?

De la respuesta dada por los entrevistados surge que:

- Desde la cuestión epistemológica al fenómeno salud, hay una visión, mirada, enfoque que puede que sean: propio, diferente, integrador.

- la praxis profesional típica y específica, con la intervención, vínculo, interdisciplina, articulación entre lo médico y social,

- la cuestión axiológica, humanismo, derecho a la salud, sujeto de derechos.

Estas afirmaciones que se han agrupado o caracterizado de esta forma, son en base a las respuestas dadas por los entrevistados, que continuación se describen:

“El conocimiento, la mirada y la intervención en lo social, como parte imprescindible de un adecuado diagnóstico y tratamiento de la población asistida, en una concepción integral de la misma”.

“El área de competencia es muy específico, en cuanto a enfermedades y tratamientos, y porque se dan situaciones en la familia y el paciente que tienen que ser atendidas por el servicio social”.

“En pediatría nuestra integración al equipo de salud, en cuanto seguimiento de caso, entrevista, nuestro enfoque es diferente al del médico, con una llegada diferente a los otros profesionales por nuestra formación”.

“El vínculo que se establece con el paciente, la visión que tiene el profesional con respecto al concepto de hombre, de salud, con mayor comprensión de esa persona. Eso nos diferencia”.

“Ver al hombre como ciudadano, sujeto de derecho y podemos trabajar lo cotidiano de ese sujeto. Tenemos una mirada diferente de ese cotidiano respecto de otros profesionales”.

“Intervencionista, visto con distintas características, en salud es muy importante el tema de cómo nos paramos ante el rol que vas ejerciendo, está muy relacionado con la intervención”.

“Porque tenemos una mirada propia sobre el objeto de intervención.

La intervención con pacientes y su grupo familiar en cuanto a diagnóstico, contención, es la mirada que tiene sobre el proceso salud enfermedad. Esa articulación entre lo médico y lo social”.

“El sentido integrador, mirada integradora, modo más amplio, un sentido humanizador de la persona que asiste, establece un vínculo que el médico no puede lograr, para que la persona se sienta bien”.

“El rol profesional estamos bien considerados, en la parte docencia, no se”.

“El trabajo interdisciplinario, la mirada desde lo social, la concepción de derecho a la salud”.

“Nuestra formación sociológica/antropológica nos brinda herramientas de análisis integrales de la situación puntual de salud que presenta el paciente y su familia, contemplando aspectos estructurales, coyunturales, vinculares”.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Planteamos nuevamente nuestra hipótesis de trabajo:

“El Trabajador Social, ve limitado su accionar específico dentro de la situación actual por la que atraviesan las instituciones públicas como el Hospital, otorgando prioridad de su intervención a la demanda constante , y a la asignación de recursos, lo que conlleva entre otras dimensiones a una pérdida de identidad y status profesional”.

Teniendo en cuenta esta información, nos proponemos dar respuesta a ciertas afirmaciones que surgen de la hipótesis planteada inicialmente.

1) En las instituciones públicas en este caso el HIEMI y en la situación actual por la que atraviesa, los trabajadores sociales atienden la demanda espontánea y la asignación de recursos.

Surge asimismo, conocer si la situación actual impone a los trabajadores sociales un rol distinto al esperado en condiciones normales, haciendo que su accionar quede concentrado en la atención de la demanda espontánea y asignación de recursos, o si en verdad es en esta situación actual que los trabajadores sociales son quienes evalúan necesario y/o conveniente atender prioritariamente la demanda espontánea y la asignación de recursos.

Expondremos de forma resumida algunas cuestiones planteadas en el marco teórico para dar cuenta de la situación en la que se encuentra nuestra sociedad y en la cual se inserta el Hospital.

En la Argentina de fines del siglo XX la Salud Pública pierde las características universalistas que tenía en la época del Estado de Bienestar. Con cambios en la administración y en la legislación de los sistemas de salud,

desde 1990, mediante la desregulación de la actividad y con una marcada política neoliberal.

Se produce una progresiva disminución del rol del Estado, con una incidencia mínima en el desarrollo social, especialmente en los sectores de la salud y la educación. A los ya deteriorados servicios públicos se le agrega la disminución constante del acceso a los mismos por parte de los sectores más empobrecidos de la población y asimismo se verifica el colapso de estos sistemas debido al aumento de requerimientos de uso por parte de los nuevos pobres, percibiendo que la sociedad argentina se encuentra frente a una carencia de opciones o de propuestas de un modelo alternativo.

Las instituciones públicas del Sector Salud, como el hospital, no sólo no cuentan con los recursos necesarios para el cumplimiento efectivo de sus objetivos, sino que además se encuentran en una especie de callejón sin salida, ya que el gasto que se realiza en salud no se corresponde con los servicios dados.

Esto se demuestra si se tiene en cuenta que: "El mundo ofrece ejemplos de Naciones que, con igual o menor dinero que el invertido por Argentina en el área de salud, consiguieron un desempeño excelente. El 8,2 % del producto Bruto Nacional erogado durante la década del '90 no logró crear un sistema sanitario eficiente. El dinero no llega a la gente por falta de un proyecto sanitario, mala gestión y corrupción. La falta de una política instrumental, con su sistema de supervisión y control de gestión técnica, el desequilibrio en la inversión y la estructura sombreada por la corrupción sobre la cual está

montado el sistema, son los mayores problemas por los cuales el gasto no se refleja en resultados”⁴¹

Así, los profesionales de la salud insertos para este caso en el hospital público, son víctimas de este modelo que hace que vivan de la enfermedad y no de la promoción de la salud, de manera precaria, con pocas gratificaciones profesionales, varios empleos y largas jornadas laborales. “La cultura prioritariamente asistencialista, ha transformado la salud en un medio y no en un fin”.⁴²

Parece oportuno plantear cuáles son los factores macro que los profesionales de servicio social del HIEMI detectan como incidentes en el funcionamiento de su actividad

Surge de la respuesta a esta pregunta que 9 encuestados respondieron que existen factores externos y solo 3 dicen que no hay factores externos que obstaculicen la tarea profesional.

Se perfilan claramente dos posturas frente a una situación contextual avasalladora

- 1) la de orientación pesimista, no encuentra a su alcance formas de reversión, por considerar que sus causas son de escala “macro”.
- 2) la postura que busca caminos alternativos sin bajar los brazos, valorizando las acciones a escala “microsocial o institucional”.

Estas afirmaciones se determinan a partir de las respuestas dadas respecto de cuales son los factores que enuncian los encuestados:

- ◆ crisis y ajuste permanente
- ◆ destrucción del sistema sanitario

⁴¹ Rombolá, M. El gasto en salud no se corresponde con el servicio. Rev. Le Monde Diplomatique, año

- ◆ la exclusión de la población
- ◆ la inestabilidad laboral de los padres de los pacientes (nueva dinámica familiar)
- ◆ crisis institucional, se vuelcan al hospital por falta de respuesta a las demandas en otras instituciones
- ◆ coyuntura del país
- ◆ carencia de recurso institucionales al momento de hacer derivación
- ◆ crisis económica y social
- ◆ bajada de línea de los caminos de gestión
- ◆ burocratización institucional
- ◆ desaparición del Estado

También las respuestas que han dado al preguntar qué hacen para revertir estos factores externos, ayudan a entender cual es la posición de los mismos frente a éstos:

Acción positiva	Acción negativa
"Actividad a través de la participación en acciones de fuerza u opinión que involucre a los actores que se relacionan con el sistema."	"Nada porque no tenemos el poder para hacerlo"
"Se trata de trabajar con esa dinámica familiar acompañando, se trata de encontrar recursos extra institucionales, coordinar con otras instituciones el abordaje del paciente".	"No depende de nosotros, depende de las políticas sociales"
"Ir trabajando, somos eslabones".	"Es lo más difícil de revertir porque nos supera, es a nivel de Latinoamérica".
"Tratar de buscar otra alternativa, buscar otras formas de que pueda seguir con el seguimiento o tratamiento, tratar de optimizar"	"Nada".

11, N°21, marzo 2001, pag. 10.

⁴² Rombolá. M. Idem anterior, pag.11

recursos en la sociedad”.	
“En principio tratar de canalizar la demanda por donde corresponda (municipio, dirección) con el fin de garantizar la posición del usuario que corresponde por derecho para luego poder ahondar en cuestiones no relacionadas con recursos materiales”.	

Si se tiene en cuenta esta situación es claro ver que el profesional tienda a priorizar la atención de la demanda constante que quizás obstaculice realizar otro tipo de intervención.

Es por eso que se dice que la acción profesional esta dirigida a la atención de la urgencia y la asignación de recursos materiales, limitando la intervención en otro tipo de demandas o necesidades.

Es necesario por otra parte y en relación al estado actual de la cuestión, conocer cómo se genera la demanda en el Servicio Social del HIEMI, y cómo es cubierta.

Los tres orígenes de la demanda (derivación, espontánea o generada desde el Servicio) registran ser muy frecuentes, no obstante la demanda espontánea parece tener la mayor propensión de frecuencia. (Ver Análisis de Datos Cuadro 9)

En cuanto a la cobertura de la demanda por parte de los profesionales del Servicio se han establecido dos categorías para el análisis: opiniones positivas y opiniones críticas.

Se observa que en las explicaciones en general positivas de la cobertura de la demanda, se destacan o se ponen en valor la actitud profesional, el avance del servicio en la institución, el esfuerzo por cubrir las áreas de trabajo y el compromiso con la profesión.

Las explicaciones que se han dado respecto de una opinión crítica acerca de la cobertura de la demanda, en términos generales, tienden a sobresalir problemas de tipo estructural y funcional del hospital, más allá de algunas menciones relacionadas a factores como contexto de crisis y cuestiones de obstáculos propios al servicio.

Explicaciones positivas

- “Se atiende la demanda, se atiende a los pacientes, se trata de hacer todo lo mejor posible; porque hay actualización, supervisión de casos”.
- “Porque hay trabajo continuo y tratamos de dar respuesta a las demandas, con los profesionales que nos interconsultan”.
- “El proceso de intervención que tiene el servicio social dentro de la institución a avanzado para mejor, tanto que se intenta satisfacer las demandas cubriendo todos los servicios”.
- “Porque considero que hay una competencia profesional en equipo y compromiso con la tarea”.
- “Hay muchas limitaciones institucionales de estructura y de recurso por eso no es muy satisfactorio”
- “Por la voluntad profesional de cada uno y por las expectativas que cada uno tiene en el desempeño de su rol”.

Explicaciones críticas:

- “Por la deficiente organización del servicio, por la escasa calificación del personal de planta, por la escasa dedicación del personal de planta”.
- “Por las características que existe por trabajar en un hospital de alta complejidad. Por la presión del giro cama, por el costo económico que implica la internación, porque el abordaje no se logra en el tiempo necesario

sino con menos lo que hace que no se logra intervenir y conocer la problemática”.

- “La situación de crisis es tan intensa que las problemáticas sociales son cada vez más graves, la situación de violencia, desocupación, problema de vivienda, y en relación a los recursos institucionales no hay nada, como remedios, etc.”.
- “Por falta de personal profesional, hay mucha demanda”.
- “Por falta de profesionales, éramos 17 y ahora somos 9 sin residentes”.
- “La demanda supera la capacidad de respuesta del servicio ya que al estar organizada en base a la gestión de recursos y ante la falta de estos el servicio va perdiendo su razón de existencia en la institución”

Si bien esta información da un panorama de la cobertura del servicio social, es importante tener presente que factores internos, reconocen los profesionales como obstaculizantes de su tarea cotidiana.

Se puede determinar una clasificación de los mismos y a su vez dentro de estos determinar si pertenecen a factores del Hospital como institución o del Servicio Social como parte de la misma.

Factores del Hospital:	Factores del Servicio Social:
-falta de recursos materiales -el giro cama, presión del egreso del paciente -falta de información de los profesionales en general -fuerte hegemonía médica	-lugar subalterno de la profesión y el servicio -temor a la iniciativa de cambio -no se logra el trabajo interdisciplinario -concepción que se tiene del servicio social, como agente de gestión, gestor de

-crisis institucional desde las políticas del Ministerio de Salud	recurso
-lucha de poder	-dificultad de comunicación entre equipos
-la característica de la urgencia	-abulia institucional
-poco personal en el servicio social	-situación histórico personal del trabajador social
	-diferentes formas de intervención y concepción de servicio social
	-vinculos informales que propician amiguismo.

Es posible ver como hay ciertas explicaciones críticas en cuanto a la cobertura de la demanda por parte del servicio social están relacionadas con factores internos del hospital que detectan los profesionales entrevistados.

Como se dijo anteriormente que estaríamos frente a profesionales que se encuentran en una situación compleja y con dificultades de desempeñar su función, trataremos de ver que características tiene su desempeño profesional.

Es por eso que nos interesó conocer cual es el rol del profesional de servicio social. Es decir por un lado saber con cuales se identifica y por otro detectar los que se desempeñan en este contexto.

Se obtuvo que la identificación de los profesionales está dada con el rol de mediador, educador y concientizador. Con una tendencia a poder desempeñar concretamente el rol de educador y mediador. Y por otra parte a pesar de no tener una fuerte identificación estarían desempeñando el rol de administrador de recursos y agente de gestión.

Para el trabajo profesional dentro de una institución es necesario tener presente cual la visión que los demás integrantes del sistema tiene respecto del rol de los asistentes sociales.

Por otra parte, si se tienen en cuenta el origen del servicio social como profesión y mas aun del origen de la misma dentro del sistema hospitalario podemos ver que la misma surge con una intención distinta al desarrollo actual.

Podría decirse que el trabajo social o servicio social tiene su forma inicial en la ayuda que distintas instituciones con una orientación religiosa o filantrópica realizaba a las personas que más lo necesitaban. Ésta acción tenía un marcado rasgo religioso y moral y era llevada adelante por personas de la alta sociedad.

Cabot por el año 1905, en cuanto al servicio social hospitalario, sostenía que el accionar de la inspectora debía ir más allá de la atención de la emergencia, para convertirse en elemento vital de la prevención de las enfermedades. Debía tener una tendencia marcada a la educación. Y junto con este rol debía desarrollar la investigación, teniendo presente cuáles eran las causas que generaban la enfermedad, averiguando cuál era el motivo que llevaba a las personas a la consulta médica, etc.

Por otra parte describe la relación médico-trabajador social, sosteniendo que este último debe ser reconocido como miembro importante de la institución de la cual forma parte, como integrante del equipo de salud y un agente de diagnóstico y tratamiento, con una tarea específica que, complementa al trabajo del equipo de salud.

Si a este origen se le suma los actuales objetivos del servicio social del HIEMI como ejemplo:

* Investigar los aspectos relacionales, socio-ambientales, su incidencia en el proceso salud-enfermedad del paciente, su grupo familiar, red familiar ampliada y comunidad en la que vive.

* Participar en el tratamiento del paciente, con el aporte del diagnóstico y aspectos sociales de la problemática al Equipo Interdisciplinario.

Pensamos que es importante tener presente cual es la visión de los profesionales entrevistados en cuanto al rol que les adjudican los demás miembros del sistema hospitalario

Según los entrevistados, del rol del Asistente Social podría decirse que es múltiple, es decir identifican al profesional del Servicio Social con diferentes roles.

No obstante podría observarse a rasgos generales que:

- Del médico: existe una preponderancia del 25 % a identificar al Asistente Social en el rol de agente de gestión.
- Del enfermero sería, con el 25% en ambos casos, entre administrador de recursos y agente de gestión.
- Del administrativo: le asignarán un 42% al rol del administrador de recursos.
- Del paciente: se verifica la preponderancia a identificar al Asistente Social con un 33% como administrador de recursos.
- Del directivo: con el 22% en tres casos, prepondera el rol de mediador, administrador de recursos y agente de gestión.

Es así como se observa que esta visión no se corresponde con la que inicialmente comenzó el servicio social hospitalario. Y por otra parte se puede determinar que los mismos profesionales entrevistados se identifican con otros

roles, pero a su vez ejercen los roles de agente de gestión y administrador de recursos con alta frecuencia a pesar de identificarse débilmente con los mismos.

A su vez, si bien esto último tiene que ver con el rol, pudimos conocer cuales son los niveles y tipo de intervención que desarrollan dentro del servicio social.

Los 12 entrevistados plantean trabajar con un nivel de intervención de caso; solo 4 de ellos también trabajan con grupo.

De lo descrito en las entrevistas se puede sintetizar que la forma de trabajo o mejor dicho la intervención en caso se lleva a cabo mediante:

- interconsulta, demanda espontánea o detección.
- se realiza seguimiento y se acompaña el proceso en patologías crónicas.
- un solo caso entrevistado menciona el diagnóstico y las visitas domiciliarias.
- en el área de pediatría se entrevista a la familia y se realizan los contactos con otras instituciones.
- se trabaja en orientación e investigación actual del paciente.

En la intervención con grupos, se trabaja de la siguiente manera:

- un caso plantea la realización de charlas de información con las madres internadas.
- en el área de diabetes en niños un día a la semana se concretan talleres recreativos, y se les da información para que realicen cultivo de vegetales, etc.
- se trabaja con grupos de padres con niños de patologías crónicas.

- la jefa del Servicio plantea el trabajo con grupos de profesionales del Servicio Social, ateneos, con grupos de voluntariado, equipo interdisciplinario de maltrato y en red.

Es importante saber que el tipo de intervención es múltiple, es decir el 66% de los entrevistados mencionan entre 4 y 6 tipos de intervención

No obstante podría decirse que en casi la totalidad de los entrevistados (83%), la Orientación resulta ser el tipo de intervención que registra la más alta frecuencia. (Ver Análisis de Datos Cuadro 8)

El Tratamiento resulta ser un tipo de intervención muy frecuente para el 42% de los entrevistados y de mediana frecuencia para el 33%.

La Prevención también resulta para el 42% ser una práctica muy frecuente, pero para un 17% es de baja incidencia y para el 25% no es un tipo de intervención que se desarrolle.

El resto de los tipos de intervención no tiene destacada relevancia en la constitución del perfil laboral profesional.

Teniendo en cuenta esta situación podemos dar paso a una segunda afirmación: la continua atención de la demanda espontánea y la asignación de recursos da como consecuencia un accionar específico limitado.

Describimos que se entiende por especificidad profesional:

"...características que atribuyen cierta identidad, en el sentido de sentimiento de pertinencia de los profesionales al colectivo profesional"⁴³.

Estas características son dadas históricamente, por lo tanto varían y no siempre están presentes en todos los profesionales del Servicio Social.

⁴³ Montaña, C. Buscando la especificidad prometida el "endogenismo" del Servicio Social. Artículo. Boletín Electrónico SURA N° 24

“La perspectiva a adoptar por parte del profesional (en el conocimiento y en la intervención), para poder tener una práctica crítica y transformadora, debe ser dada por el propio objeto, considerado como totalidad, procurando aprehender la realidad concreta en su complejidad y totalidad, no segmentando o recortando artificialmente el objeto de diversas <perspectivas>, o en varias sub-áreas, o incluso, a posteriori, y no a partir de tal o cual profesión, a priori.”⁴⁴

“...Hoy no es más posible dividir las profesiones en compartimentos estancos. En realidad, en la medida en que las profesiones se desarrollan, creando nuevos saberes y profundizando los viejos, los campos de conocimiento se <especializan> intra profesionalmente; quiere decir que se crean <sub campos> y <especialidades> al interior de cada profesión...” “...La especialización de los saberes, de los campos y sub campos de estudio e intervención profesional, lleva cada vez más, a las profesiones, a establecer lazos de interacción e interconexión...”⁴⁵

Sostener que no existen especificidades en las profesiones no significa desconocer que existen algunas características que dan una autorepresentación, sentimiento de pertenencia e identidad profesional.

Montaño considera que “...una profesión existe en tanto pueda aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, para la solución de ciertas problemáticas; y solo podrá mantenerse dentro de la división sociotécnica del trabajo en tanto pueda captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, estudiarlos e investigarlos, valiéndose de todos los

⁴⁴ Montaño, C. op cit.. Pag 15

⁴⁵ Montaño, C. op.cit.. Pag 16

conocimientos y campos del saber que le sean necesarios y elaborando propuestas que contribuyan para su solución”⁴⁶.

De los datos que se han obtenido, los profesionales del HIEMI, han mencionado ciertas características profesionales, al momento de determinar qué es lo que hace que la profesión sea imprescindible dentro del sistema hospitalario. (ver Análisis de Datos, respuesta pregunta 10)

Lo mencionado giro en torno a diversas cuestiones:

- Desde la cuestión epistemológica al fenómeno salud, existe una visión, mirada, enfoque que puede caracterizarse como: propio, diferente, integrador.
- La praxis profesional típica y específica, con la intervención, vinculo, interdisciplina, articulación entre lo médico y lo social,
- La cuestión axiológica, humanismo, derecho a la salud, sujeto de derechos.

Consideramos que esas características que hacen a una identidad profesional se verán limitadas en cuanto no puedan dar respuesta a una demanda. Con lo cual no se excluyen a otras características que postulen los propios trabajadores sociales y que las consideren como los específico de su accionar profesional.

Planteamos que existe un accionar específico limitado teniendo en cuenta los siguientes liniamientos:

- desfazaje entre la identificación con determinados roles (mediador, educador , concientizador) y el desempeño de los mismos, solo pueden llevar a cabo el rol de educador y mediador. Por otro lado tienen una débil

⁴⁶ Montañó. C. op.citt. Pag 17

identificación con el rol de administrador de recursos y agente de gestión, y lo desempeñan con una alta frecuencia, como dijeron los encuestados.

- en cuanto al tipo y nivel de intervención, por un lado los objetivos generales del servicio social vislumbran variados tipos de intervención y sin embargo predomina mayormente el trabajo a nivel de caso y con mayor frecuencia con el tipo de intervención de orientación.
- reconocen factores internos que obstaculizan la tarea por lo cual no estarían cumpliendo con los objetivos planteados desde el servicio social. Por otro lado estos factores están relacionados con explicaciones de la postura crítica respecto de la cobertura de la demanda.
- se plantean ciertos factores propio de servicio y de la profesión como son: lugar subalternos de la profesión, temor a la iniciativa de cambio, diferentes formas de intervención y concepción del servicio social, dando lugar a determinar que estos forman parte de un reconocimiento de limitaciones para el desempeño de la tarea profesional.

A partir de esto podríamos dar paso a una tercera afirmación: este accionar específico limitado causa pérdida de identidad y status profesional.

Nos parece importante aclarar dos términos que son parte de nuestra hipótesis de trabajo, ellos son la identidad profesional y status profesional.

Por el primero se entiende que son las características que constituyen la imagen social a través de la cual la sociedad reconoce a un profesional.

En el segundo término la aclaración es en relación a que es necesario considerar el status profesional que es el reconocimiento externo y el cual

delimita la identidad profesional a partir del reconocimiento de la sociedad. Este se otorga a partir de los que hace el profesional y de lo que es la profesión.

Si se tiene en cuenta que el profesional se identifica con ciertos roles y lleva adelante otros con los cuales en verdad no se identifica como profesional, su imagen frente al resto tiene una representación errónea.

Esta imagen errónea del asistente social se puede determinar a partir de tener presente que los entrevistados ven que la función que los miembros del hospital le adjudican, es de agente de gestión y administrador de recurso, con lo cual tratan de revertir esta percepción equivocada o única del profesional.

Si inicialmente la profesión se originó con una intención distinta a la actual y no se ha superado esas instancias de alguna manera se estaría frente una pérdida de status, dificultando esta situación a la delimitación de a identidad profesional.

VII) CONCLUSIONES

Como hemos planteado en el marco teórico, se produce una progresiva disminución del papel del Estado con un rol mínimo en el desarrollo social, especialmente en los sectores de la salud y la educación, con la intención de asignar responsabilidades prioritarias al campo privado sin asegurar la equidad en las ofertas de los servicios

Con lo cual y teniendo en cuenta la historia de este país, la tradición de inclusión que lo caracterizó por mucho tiempo comienza a ser un recuerdo, las reformas económicas han generado consecuencias directas sobre los social, haciendo cada vez más visibles las limitaciones políticas e institucionales que existen para dar respuesta a las nuevas y constantes demandas de la población, imposibilitando la formulación de políticas sociales coherentes.

Esto hace pensar que el sistema sanitario como parte de este contexto se encuentra en una profunda crisis y así los profesionales de la salud, insertos para este caso en el hospital público, son víctimas de este modelo, que hace que vivan de la enfermedad y no de la promoción de la salud, de manera precaria.

Inicialmente la profesión comenzó con una actitud de voluntariado, de caridad y asistencia a los más necesitados, no así el trabajo social hospitalario.

Éste tuvo su origen como una actividad complementaria a la del médico con un trabajo destinado a cooperar en el diagnósticos de los pacientes, con cierta información que era necesaria para la comprensión de la situación del mismo.

Contrario al momento actual, el accionar de esta "inspectora" debía ir más allá de la atención de la emergencia, para convertirse en elemento importante

de prevención de las enfermedades, con una marcada tendencia a la educación y a la investigación.

Por parte se dejaba asentado que el lugar del trabajador social dentro del sistema debería tener un importante reconocimiento, como integrante del equipo de salud y como agente de diagnóstico y tratamiento

En la actualidad pudimos ver que los profesionales en este caso los asistentes sociales del HIEMI, encuentran dificultades tanto externas como internas al hospital para desempeñar su profesión, y no obstante a ello existen otros factores propios del servicio social como parte de la institución y como profesión

Tenemos profesionales que se identifican con roles que no pueden llevar adelante en su totalidad, y sin embargo desempeñan con frecuencia otros con los cuales se identifica débilmente como son los roles de asignación de recursos y agente de gestión.

Esta situación de crisis institucional, imposibilita el desempeño normal de los objetivos del servicio social en su totalidad, y se este dando prioridad a la atención de la demanda constante, (esta entendida como la atención de la urgencia) y asignación de recursos materiales.

Con esto no dejamos de reconocer que se hacen otros tipos de intervenciones pero la información demuestra que hay una tendencia a priorizar estas demandas, sin poder determinar si esto es por decisión del profesional o por al necesidad de la respuesta institucional.

Vemos que en un 83% los encuestados respondieron llevar adelante un tipo de intervención, como la Orientación, bajando de porcentaje el tratamiento y la prevención. Con lo cual llama la atención teniendo en cuenta que originalmente

el servicio social hospitalario le daba gran importancia a la prevención, como parte de ese equipo de salud

A pesar de lo planteado no podemos dejar de reconocer actitudes de los profesionales en cuanto a tratar de revertir de cierta forma estas dificultades internas al hospital y al servicio social que traban la tarea del profesional.

Como así tampoco acciones que quieren revertir el reconocimiento del profesional en su rol por parte de los demás miembros del hospital.

Por otra parte también están quienes tienen una actitud positiva, de compromiso social, frente a esta situación nacional de un fuerte proceso de crisis, que indiscutiblemente se traslada a las instituciones públicas como el hospital.

Es por esto que decimos y vemos en este contexto nacional e institucional que el trabajador social ve obstaculizada su tarea profesional, dando prioridad a la atención de la demanda espontánea y la asignación de recursos.

Lo que da como consecuencia de esta priorización que su accionar específico se encuentre limitado, causando pérdida de identidad y status profesional.

Es importante tener presente las dificultades que plantean los asistentes sociales como propias del servicio social, las cuales tienen que ver con una cuestión de formación profesional.

Con esto no estamos dejando de reconocer que existe un accionar específico del trabajador social. Los entrevistados plantearon diversas cuestiones:

- Desde la cuestión epistemológica al fenómeno salud, existe una visión, mirada, enfoque que puede caracterizarse como: propio, diferente, integrador.
- La praxis profesional típica y específica, con la intervención, vínculo, interdisciplina, articulación entre lo médico y lo social.
- La cuestión axiológica, humanismo, derecho a la salud, sujeto de derechos.

Es por ello que si bien estas características sufren dificultades para plantearse de lleno en la realidad, creemos que es importante tomar alguna medida que refuerce estas y otras características específicas de la profesión, para lo cual se hace necesario espacios de reflexión y discusión respecto de lo que un trabajador social debe hacer y concretamente puede hacer.

Nuestra hipótesis de trabajo planteada:

“El Trabajador Social ve limitado su accionar específico dentro de la situación actual por la que atraviesan las instituciones públicas, como el Hospital; otorgando prioridad de su intervención a la demanda constante, y a la asignación de recursos; lo que conlleva entre otras dimensiones a una pérdida de identidad y status profesional”.

Estaríamos en condiciones de afirmar dos ideas:

1) Se estaría frente a una situación actual concreta que hace que el trabajador social otorgue prioridad de su intervención a la demanda constante y a la asignación de recursos, llevando a una pérdida de identidad y status profesional.

2) por otra parte no solo la situación actual es parte de esta pérdida de identidad y status profesional, creemos que existen otros factores, que no

podemos determinar en este trabajo con exactitud, que son específicas de nuestra formación e historia profesional.

Por lo tanto reconocemos una accionar específico limitado pero no dejamos de ver y valorar, los planteos alternativos a una situación crítica, para poder seguir trabajando y tratando de dar respuestas a las demandas de una población a la que se le presentan difíciles luchas cotidianas.

Creemos que es posible dentro del trabajo social institucional, llevar acciones profesionales ligadas a un trabajo en red, es decir, reforzar e instar a un trabajo con otras instituciones de salud y educación de la ciudad de Mar del Plata.

Para, como lo dice uno de los objetivos generales del servicio social del HIEMI, lograr una eficiente coordinación con los Centros de Salud y otras Instituciones para no demorar el egreso hospitalario, asegurar continuidad del tratamiento, prevenir reingresos.

Por otra parte tratar de que desde el servicio social se planifiquen gestiones, ya sea de planes internacionales, programas de ONGs, que brinden tanto recursos técnicos como financieros, es decir tratar de lograr un articulación con recursos nuevos que existen a nivel local, nacional o internacional.

VIII) BIBLIOGRAFÍA

*Ander Egg, E, et al Del Ajuste a la transformación, apuntes para una historia del trabajo social. Cuadernillo de trabajo social N° 10, editorial Librería Ecro

*Arce, H. "Acerca del llamado Modelo Médico Hegemónico", Medicina y Sociedad, Vol. 20 N° 3, 1997.

*Beliz, G, y col. "Política Social: la cuenta pendiente". Cap. 2 Nota sobre la estructura social argentina al comenzar los años '90, por Susana Torrado. Ed. Sudamericana. Buenos Aires, mayo 1995.

*Bengoa, G. Hacia una lectura ambiental de la historia de Mar del Plata. Beca de Investigación, Iniciación, UNMDP, 1991-1992

*Coraggio, J. "Desarrollo humano, Economía popular y educación".

*Diario La Capital, Mar del Plata 125 Años El pasado y el presente. Febrero, 1999.

*Fischer, M. "El panorama actual de la medicina. Nubes de tormenta en el horizonte. Trabajo en Internet. En monografias. com

*Fischer, M. "La medicina y su contexto sociopolítico actual. Trabajo en Internet. En monografias. Com

*García, L. "Los Sistemas de Salud". Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Medicina, Cátedra Salud Pública. VII Simposio Argentino de Pediatría Social, Tucumán, 1998.

*García Delgado, D. "Estado-Nación y Globalización. Fortalezas y debilidades en el umbral del tercer milenio". Ed. Ariel.

*García Salord, S. "Especificidad y rol en Trabajo Social. Curriculum, Saber, Formación". Ed. Humanitas. Buenos Aires, 1991

*Gartner Isaza ¿Es el Trabajo Social una disciplina? Boletín Electrónico SURA Nº 33 Abril 1999. Escuela de Trabajo Social Universidad de Costa Rica <http://www.ts.ucr.ac.cr>).

*Grassi, Hintze, Neufeld. "Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural". Ed. Espacio. Buenos Aires, 1994.

*Giordano, O y Colina, J. "Las reformas al sistema de salud ¿El camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente?". Serie Documentos # 19. Fundación Novum Millenium, Buenos Aires, julio 2000.

*Gonzalez García, G. "Políticas de salud en Argentina en los umbrales del siglo XXI". Medicina y Sociedad. Vol 20. Nº 1, 1997.

*Kisnerman, N. "Salud Pública y Trabajo Social". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1981.

*Lasagabaster y Guardiola, "Manual de prácticas de Trabajo Social en el campo de la salud". Ed. Siglo veintiuno. España. Sep. 1999

*Laurell, C. "El estudio social del proceso salud - enfermedad en América Latina", Ponencia. ALMALC. Montreal, Canadá.

*Martinic, S. "Diseño y evaluación de proyectos sociales. Herramienta para el aprendizaje". Ed. CEMEXANI-CEJUV, México, 1997.

*Menéndez, E. "La salud como derecho humano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada". Cuadernos Medicina Social. Nº 37, septiembre, 1986.

*Mera, J. "Dos décadas del Sistema de Salud: paradigmas y tesis discutibles".
Medicina y Sociedad. Vol 20. Nº 1, 1997.

*Montaño, C. Buscando la especificidad prometida el "endogenismo" del
Servicio Social. Artículo. Boletín Electrónico SURA Nº 24

*Montoya J. "Repercusión en la crisis provincial en nuestros servicios de salud"
Acto Social. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Nº 12 Año IV
Dirección de publicaciones de la Universidad Nacional de Córdoba, octubre,
1995.

*Nájera, E. "Cuidar la Salud". Conferencia del II Congreso Panamericano de
epidemiología y Atención de la Salud, Buenos Aires, octubre, 1993.

*O'Donnell, J. "El futuro de los hospitales y el hospital del futuro". Medicina y
Sociedad. Vol 20. Nº 1, 1997.

*Paganini y Moraes Novoes. "El Hospital Público". La situación de la salud y el
contexto por Juoval Henri. HSS/SILOS 39 OPS, 1994

*Redi, C. "Principales corrientes de la salud y la enfermedad en la historia".
Ficha cátedra Medicina social y preventiva de Lic. en Servicio Social UNMDP.

*Rombolá, M. "El gasto en salud no se corresponde con el servicio". Art. Rev.
Le Monde Diplomatique. Año 11. Nº 21. Marzo 2001.

*Rozas Pagaza, M. "Una Perspectiva teórica metodológica de la intervención
en Trabajo Social". Ed. Espacio. Buenos Aires, 1998.

*Ruszkowski, A. "Políticas Sociales. Límites y posibilidades en nuestra realidad
nacional". Anuario Departamento Servicio Social, UNMDP, Año 3, 1998.

*Ruszkowski, A. Ficha de cátedra Teoría y Planificación del Desarrollo, Licenciatura en Servicio Social.

*Sabatini, F. "¿Qué es un proyecto de investigación?". Instituto de estudios urbanos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Serie Azul N° 1, Chile, septiembre, 1993.

*Samaja, J. "Dialéctica de la Investigación científica". Ed. Helguero Editores. Buenos Aires, 1987.

*Servicio Social Hospital de Pediatría. Prof. Dr. Juan P. Garrahan. "Trabajo Social Hospitalario. Práctica y quehacer profesional. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1996.

*Torrado, S. "Estructura social de la Argentina: 1945-1983". Ed. Ediciones de la Flor.

ANEXO

FICHA IDENTIFICATORIA (interna para entrevistadores)

Nombre y Apellido:.....

Fecha.....

Duración.....

Área de Servicio.....

Antigüedad en Hospital.....

Situación de cargo

.....
(planta permanente, contratado, residente)

1) CON CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ROLES UD. SE IDENTIFICA SEGUN SU INTERES PROFESIONAL, COMO...:

a) educador

b) concientizador

c) mediador

d) administrador de recursos

e) agente de gestión

f) otro

rol.....

1b) INDEPENDIENDIEMENTE DE SU INTERES PROFESIONAL DEL CUAL ACABAMOS DE PRESENTAR, HABLEMOS AHORA DE LA FRECUENCIA CON QUE DESEMPEÑA ESTOS ROLES PROFESIONALES:

CON FRECUENCIA DESEMPEÑA COMO...	QUÉ SE	MUY FRECUENTEMENTE	NO MUY FRECUENTEMENTE	RARA VEZ O NUNCA
educador				
concientizador				
mediador				
administrador de recursos				
agente de gestión				
otro rol				

2) CÓMO CREE QUE ES PERCIBIDO ESE ROL PROFESIONAL POR EL RESTO DE LA COMUNIDAD HOSPITALARIA: (en caso de una respuesta, percepción, no esperada por el entrevistado, qué es lo que se realiza para revertir la situación)

a) por los médicos.....

b) por los enfermeros.....

c) por administrativos.....

d) por los pacientes.....

e) por los directivos.....

3) RESPECTO A LA A LA CONCEPCIÓN GENERALIZADA DE QUE EL PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL TIENE SU INTERVENCIÓN DESTINADA A LA ASIGNACION DE RECURSOS, UD. ADHIERE...

a) en términos generales

b) en parte si y en parte no

c) no adhiere a esta concepción

Por qué.....

4) CUÁL ES SU OBJETO DE INTERVENCIÓN DENTRO DEL SERVICIO:

5) QUÉ NIVEL DE INTERVENCIÓN ES EL MAS FRECUENTE: (describir en que se trabaja)

a) caso

b) grupo.....

c) comunidad.....

6) DE LOS TIPOS DE INTERVENCION QUE EFECTIVAMENTE REALIZA, ASIGNELE A CADA UNO DE ELLOS EL ORDEN DE PRIORIDAD ATENDIENDO A SU FRECUENCIA DE REALIZACIÓN. ¿CUÁL ES EL MAS FRECUENTE? (mostrar tarjeta)

- | | | | |
|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| a) derivación | <input type="checkbox"/> | e) tratamiento | <input type="checkbox"/> |
| b) orientación | <input type="checkbox"/> | f) prevención | <input type="checkbox"/> |
| c) seguimiento | <input type="checkbox"/> | g) planificación | <input type="checkbox"/> |
| d) control | <input type="checkbox"/> | h) otro..... | |

7) CÓMO SE GENERAN LAS DEMANDAS QUE ATIENDE CON MAYOR FRECUENCIA:

(fijar orden de prioridad)

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------|
| *solicitada por otro profesional (derivación) | <input type="checkbox"/> |
| *espontánea | <input type="checkbox"/> |
| *generada desde el servicio | <input type="checkbox"/> |

DEMANDA	MUY FRECUENTE	NO MUY FRECUENTE	RARA VEZ O NUNCA
solicitada por otro profesional (derivación)			
espontánea			
generada desde el servicio			

8) CÓMO CALIFICARÍA LA MANERA EN QUE ES CUBIERTA LA DEMANDA POR LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO SOCIAL?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| a) muy satisfactoriamente | <input type="checkbox"/> | c) poco satisfactorio | <input type="checkbox"/> |
| b) satisfactoriamente | <input type="checkbox"/> | d) no se llega a cubrir satisfactoriamente | <input type="checkbox"/> |

¿Por qué le da esta calificación al servicio?.....

9. 1.) EXISTEN FACTORES INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN QUE OBSTACULIZAN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL?


 SI NO

Cuáles:.....
.....
.....

¿Qué se hace Ud. para revertirlos?.....
.....
.....

9. 2.) EXISTEN FACTORES EXTERNOS A LA INSTITUCIÓN QUE OBSTACULIZAN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL?



SI

NO

Cuáles:.....
.....
.....

¿Qué se hace Ud. para revertirlos?.....
.....
.....

10) QUÉ CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN UD. CREE QUE HACEN IMPRESCINDIBLE A LA MISMA DENTRO DEL SISTEMA HOSPITALARIO?

.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....