

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

María Claudia Balenzano

Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires (CABA)

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de la tesis

Diego Galeano

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Balenzano, María Claudia. (2011). Microprocesos de trabajo en los servicios sociales del Sistema de Salud Público un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en:

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/tesis/MaEGyPS/030013_Balenzano.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

6ª cohorte (2003-2005)

Tesis para la obtención del título de Magíster

Microprocesos de trabajo en los Servicios Sociales del Sistema de Salud Público:

un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención

en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

Autora

Lic. Ma. Claudia Balenzano

Director

Mgr. Diego Galeano

Octubre 2011



Universidad Nacional de Lanús

En la Universidad Nacional de Lanús, siendo las 12 horas del día 12 de octubre de 2011 de 2011, se presenta Claudia Balenzano, alumna de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, ante el jurado designado por la Dra. Ana Jaramillo, rectora de la Universidad Nacional de Lanús, que entiende en la Defensa de la Tesis de Maestría denominada: "Microprocesos de trabajo en los Servicios Sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)".

El jurado se encuentra integrado por los Profesores:

Dra. Claudia Danani

Dra. Anahí Sy

Mgr. María Silvina Cavalleri

De acuerdo a lo convenido por el jurado se evalúan a continuación los siguientes aspectos: la tesis presentada por la aspirante Claudia Balenzano cumple con los requisitos fijados por los reglamentos correspondientes.

La tesis se propone describir y analizar los microprocesos de trabajo en los Servicios sociales en el ámbito de la salud, y particularmente en el primer y segundo nivel de atención (articulados a través de un hospital) de la Ciudad de Buenos Aires, problematizando la noción de gestión. Se formula preguntas relevantes en torno de la práctica profesional del trabajo Social, principalmente alrededor de los procesos de gestión, y del lugar que ese colectivo profesional ocupa en los procesos de gestión institucional. Sin embargo, en el trabajo escrito se observa una definición preliminar de ciertas categorías y conceptos que se introducen en el análisis, donde hubiera sido precisa una mayor profundización.

Asimismo, se considera que hubiera sido pertinente incorporar más explícitamente, otras dimensiones tales como lo institucional, la dinámica y rasgos del Estado y las Políticas Sociales que permitirían contextualizar los microprocesos de trabajo estudiados.

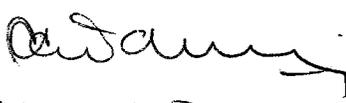
Cabe destacar que en la instancia de defensa oral la maestranda recupera algunas observaciones del jurado, respondiendo de forma adecuada, especialmente sobre los aspectos metodológicos que le fueran señalados. En este sentido, se recomienda la incorporación de tales reformulaciones al documento final de la tesis.

Proponemos por unanimidad la calificación de Muy bueno: 8 (ocho) puntos.

Firmas de los Jurados:


Ma. S. Cavalleri


Anahí Sy


Claudia Danani

RESUMEN

La presente tesis es el resultado del trabajo de campo realizado en un Hospital y Centro de Salud de la Zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con el objetivo de conocer los “microprocesos de trabajo” que realizan los Servicios Sociales de estos efectores. El estudio se realizó a través de entrevistas en profundidad.

La descripción y análisis de los “microprocesos de trabajo” ha permitido conocer con mayor precisión la serie de actividades que conforman el quehacer cotidiano del trabajo social en el primer y segundo nivel de atención. El uso de las herramientas analíticas descriptivas como los “flujos analizadores”, “los mapas analíticos” y la “red de petición y compromiso” ha sido de utilidad para mostrar estos procesos.

El trabajo social en salud está centrado en el “trabajo vivo en acto” porque el uso de “tecnologías blandas”, tales como las relaciones de producción de vínculo, relaciones de autonomización, el acogimiento, y la gestión como forma de gobernar procesos de trabajo, componen gran parte de su quehacer profesional.

Los “procesos mediadores”, ha sido un concepto tomado de la disciplina de trabajo social para englobar en él todas aquellas acciones diversas, tanto de gestión como de cuidado que implica el Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado (PSEAC) y que son realizadas por el trabajador social de salud.

Los actos de gestión organizacional y de cuidado no han sido reconocidos como tales por el colectivo profesional, pero se ha observado que constituyen una de las principales dimensiones del trabajo social en salud. Han podido tomar entidad en esta tesis y ser de aporte para la gestión de los servicios sociales de salud.

Palabras claves: microprocesos de trabajo - gestión de los servicios sociales de salud - flujos analizadores - mapas analíticos - red de petición y compromisos - trabajo vivo en acto - tecnologías blandas - procesos mediadores.

ABSTRACT

This thesis is the result of a fieldwork done in a Hospital and Health Centre in the south of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) with the aim of getting to know the working microprocesses that Social Services do in these institutions. The study was done in depth through well planned and careful interviews.

The descriptions and analysis of the working processes have let us known accurately, the number of activities that take place every single day in Social Work in the first and second level of assistance. The use of descriptive, analytical tools like “analyzer flowcharts, “analytic maps” and “request and commitment network” have been very useful to show these processes.

Social Health Work is focused on the “alive work in action”, because the use of “soft technologies”, “autonomyization”, such as the relationship of creating bonds, acceptance, and the management as a way of governing working processes, make up a big deal of the daily work of the professional work.

The “mediation process” has been a concept taken from the social work discipline, to embrace in it a variety of actions such as management and assistance that the Disease, Assistance, Caring Health Process (PSEAC) implies and which are performed by the social health professional workers.

The actions of organizational management and caring have not been recognized as they are by the professional group. However, it has been observed that they are one of the main social health dimensions. They have acquired special significance in this thesis and have been considered extremely useful for the management of social health services.

Key words: working micro processes - social health management - analysis flow charts - analytical maps - request and commitment network - alive work in action - soft technologies – mediation processes.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN	8
Aspectos metodológicos.....	10
Ubicación de la Unidad de Análisis.....	15
MARCO TEÓRICO.....	17
CAPÍTULO 1. TRABAJO SOCIAL. MICROPROCESOS DE TRABAJO.....	25
Descripción de los procesos de trabajo.....	27
1. EL HOSPITAL.....	28
1.1 LA JEFATURA DEL SERVICIO SOCIAL.....	28
Jefatura de División.....	28
Jefatura de Sección o Unidad.....	36
1.2 SALAS DE INTERNACIÓN	40
Sala de Clínica Médica	41
Sala de Pediatría	49
Sala de Maternidad.	52
1.3. PROGRAMAS DE SALUD VIGENTES EN EL HOSPITAL.....	58
Programa de Infectología en Adultos. VIH y ETS.....	58
Programa de Mal de Chagas.....	59
Programa de VIH en Pediatría.....	64
Programa de Salud Sexual y Reproductiva.....	67
1.4. DEMANDA ESPONTÁNEA.....	71
2. ÁREA PROGRAMATICA.CENTRO DE SALUD	76

A MODO DE SÍNTESIS. SERVICIO SOCIAL: PROCESO DE TRABAJO CENTRADO	
EN EL USUARIO-PACIENTE.....	83
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS MICROPROCESOS DE TRABAJO.....	92
2.1. MAPAS ANALÍTICOS	92
Mapas de los conflictos.....	93
Mapa de los actos inusitados e instituyentes.....	99
Mapa de los actos inútiles.....	103
2.2. RED DE PETICIÓN Y RENDICIÓN DE COMPROMISOS.....	105
MISIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE SALUD, CAMPO Y NÚCLEO DE COMPETENCIAS	110
Misión de los servicios sociales en salud.....	111
Campo y Núcleo de Competencias del trabajo social en salud.....	112
Los “procesos mediadores” como componente principal del núcleo de competencias...	113
2.3 ACTOS DE GESTIÓN PRESENTES EN EL PROCESO DE TRABAJO.....	116
Cuadro de los Actos de Gestión	117
2.3.1 ACTOS DE GESTIÓN A NIVEL ORGANIZACIONAL.....	118
2. 3.2 ACTOS DE GESTIÓN DE CUIDADO.....	120
A MODO DE SÍNTESIS. LA GESTIÓN COMO REALIDAD DE LOS SS EN SALUD.....	129
CONCLUSIÓN.....	131
BIBLIOGRAFÍA.....	135
ANEXOS	
ANEXO I	138
ANEXO II	141

Abreviaturas

AP: Área Programática

APS: Atención Primaria de la Salud de la Ciudad

CABA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CATA: Comité de Asesoramiento Técnico y Administrativo

CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria

CPA: Centros de Atención Primaria de la Salud, pertenecientes a la Provincia de Buenos Aires

DE: Demanda espontánea

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

GRESAM: Encuesta ambiental - Programa de Salud Ambiental

HGA: Hospital General de Agudos

MAPP: Método Altadir de Planificación Popular

PPN: Prueba de Pesquisa Neonatal

PROFE: Cobertura Social de las Pensiones no contributivas

PSEAC: Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado

SUM: Salón de Usos Múltiples

SS: Servicio Social

TS: Trabajador/ a Social. (y sus usos en plural)

TS CM1: Trabajadora Social de la Sala de Clínica Médica 1.

TS CM2: Trabajadora Social de la Sala de Clínica Médica 2.

TS CM 3: Trabajadora Social de la Sala de Clínica Médica 3.

TS P: Trabajadora Social de la Sala de Pediatría

TS M1: Trabajadora Social de la Sala de Maternidad 1.

TS M2: Trabajadora Social de la Sala de Maternidad 2.

TS M3: Trabajadora Social de la Sala de Maternidad 3.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

La presente tesis surge, en parte, como respuesta a algunas de mis inquietudes como profesional del Trabajo Social del Área de la Salud Pública.

La clave de esos pensamientos estaba centrada en cuestiones tales como: los trabajadores sociales de la salud ¿gestionamos?, y si lo hacemos ¿qué gestionamos? ¿cuáles son las acciones que nos pueden dar cuenta de ello? Y si ya lo estamos haciendo ¿por qué no lo enunciamos, no lo hablamos, discutimos, problematizamos? ¿somos conscientes de que lo hacemos? Tal vez esta tesis favorezca a perder el miedo de nombrar nuestra práctica con términos que han sido trocados de sentido. Identificar lo que hacemos, llenarlo de sentido y defenderlo creo que forma parte de poder profesionalizar aún más la disciplina. ¿Para qué? Sencillamente para trabajar mejor en la defensa de la vida, que debiera ser nuestro horizonte.

Estas cuestiones siguieron incomodándome a lo largo de toda la Maestría y fueron dando lugar a esta tesis. Este ejercicio de escribir me ha permitido repensar la práctica laboral, tomando distancia de mi propio lugar de trabajo, apelando a otros Servicios de manera de poder “objetivar” lo que nos es tan cercano, tan cotidiano como es el quehacer profesional.

Estas preguntas no se han ido contestando solas, y aún quedan muchas por responder. Creo que las respuestas siempre son parciales y sirven para un tiempo y un espacio determinado. La Maestría me ha ayudado, en parte, a ir encontrando algunas de ellas.

En este sentido, quisiera agradecer a mis docentes de la Maestría por lo mucho que me han brindado.

A mi tutor, Diego Galeano, que con persistencia me supo acompañar en este proceso.

A Magalí y a Tatiana que tanto hacen por los maestrandos y tesistas.

Mi más profundo agradecimiento a mis colegas del Hospital y del Centro de Salud en estudio por la generosidad que han tenido al abrimme las puertas de sus servicios. A todos ellos y en ellos al colectivo profesional del Área de Salud quiero dedicarles esta tesis, para que nunca nos dejemos de preguntar ¿qué hacemos?, ¿por qué lo hacemos? ¿cómo lo hacemos? ¿para qué? y sobre todo ¿para quién lo hacemos? ¿para quién trabajamos?

A mis colegas del Hospital Piñero y, en especial, a Mariela, Maia, Mirtha y Mercedes con quienes comparto todos los días.

Mi agradecimiento a mis queridas colegas y amigas, Silvia y Mercedes que con sus lecturas y sugerencias me ayudaron a mejorar el texto.

Agradecer también a Carina Burcatt quien con su profesionalismo y paciencia tuvo la responsabilidad de hacer este texto más ameno para la lectura.

A todo el equipo del CeSac N° 18, del cual formo parte, que está permanentemente apoyándome con su afecto.

A Martín, mi compañero de la vida, agradecerle y dedicarle, también, esta tesis producto del esfuerzo compartido.

A mis padres...

Por último, pero no por eso menos importante, a Dios Padre, que me pensó y me creó desde el principio.

Ma. Claudia Balenzano

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente tesis surge a raíz de una inquietud que se fue presentando durante el curso de la Maestría y que después se transformó en pregunta de investigación. Para ese momento llevaba algunos años trabajando en los servicios sociales de salud. La observación sobre los diversos ámbitos de Trabajo Social en salud puso de manifiesto que raramente se hablaba o se mencionaba la palabra gestión, mucho menos, claro, reconocer que algo de lo que se hacía estaba vinculado a ella. La pregunta, entonces, fue tomando cuerpo: ¿cuáles son los actos de gestión de los trabajadores sociales en salud? ¿cómo se presentan en los microprocesos de trabajo?

Cuando se habla de gestión se puede hacer un abordaje etimológico que nos dice que gestión proviene de “*gestus*”, palabra de origen latino que significa actitud, movimiento del cuerpo. “*Gestus*” proviene de “*gerere*” que tiene diversas acepciones como llevar adelante o llevar a cabo, liberar una guerra o trabar un combate, conducir a una acción o un grupo. Ejecutar, en el sentido de un artista que hace algo sobre un escenario. O también se encuentra que gestión proviene directamente de “*gestión-onis*” que es la acción de llevar a cabo; y además está relacionada con “*gesta*” en tanto historia de lo realizado y con “*gestación*”, llevar encima o engendrar vida.

Tratándose del ámbito de la salud, que la gestión estuviera ligada a dar vida realmente le imbuía un nuevo sentido al concepto. La profundización fue devolviendo otros cuestionamientos: por qué si uno de los sentidos es dar vida, era y es poco utilizado por el colectivo profesional.

Y tal vez fue ese el punto en que comenzaron a asomar algunas respuestas posibles y surgió la siguiente observación. Los Servicios Sociales de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) no se presentan como espacios eficaces de gestión en la resolución de los problemas vinculados al Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (SEAC) de los usuarios. Sin embargo, en la práctica cotidiana se observa una alta capacidad en la resolución de los mismos.

El avance en la escritura de la tesis permitía repensar esta cuestión. Se hizo palpable que el no registro de la palabra y de los actos de gestión por parte del colectivo profesional no era azaroso o parte de un proceso natural, sino que obedecía a hechos políticos e históricos que

signaron a la sociedad toda y por ende a las organizaciones de salud en los últimos veinte años. Las referencias apuntan directamente al neoliberalismo como política ideológica y a la burocracia como una característica de las organizaciones centradas en las normas y los procedimientos y no en los sujetos que las conforman.

En tiempos del neoliberalismo muchas palabras fueron cambiadas de su sentido original dado que en la práctica se hacía algo distinto de lo que emanaba de su definición. Así por ejemplo, la inversión en salud comenzó a ser entendida como un gasto, y la eficacia y la eficiencia, se entendieron, no como logros en términos de calidad de vida para el usuario sino en términos de minimizar los costos destinados a los servicios de salud. En este contexto, la palabra gestión fue asociada a gerenciamiento como parte del proyecto del capital financiero para la organización productiva del sector de la salud, modelo en el cual la salud se reduce a mercancía (Merhy, 2006, p. 46), como producto que se compra y se vende en el mercado, y no como obligación del Estado y derecho de los ciudadanos.

La palabra gestión era entendida en el colectivo profesional como gerenciamiento y, como tal, era y es considerada una “mala palabra” desde la perspectiva en que concebiría a la salud como una mercancía y no como un derecho.

Por otra parte, la burocracia asociada a la palabra gestión es entendida como actos repetitivos vacíos de sentido que producen alienación. El pensar se escinde del actuar produciendo una separación del trabajador con el producto de su trabajo, donde el sujeto de la intervención se transforma en un objeto mediatizado por las normas establecidas.

Cambiar estas representaciones, después de tantos años, requiere de una capacitación continua y de un interés por incorporar críticamente las nuevas corrientes de pensamiento en torno a la organización del trabajo en salud y, específicamente, del Trabajo Social en Salud.

En este sentido, esta tesis apunta a que se problematice, al menos, el reconocimiento de que hoy es posible poder nombrar buena parte del quehacer profesional como actos de gestión y no únicamente como intervención en lo social. Gestión en un doble sentido, por un lado: producir, engendrar salud, engendrar vida y, también, en el sentido de obtener un lugar en la toma de decisiones que involucren a la micropolítica de la salud en la organización hospitalaria y en los centros de salud.

La categoría “procesos de trabajo” tomada del campo de la Gestión me ha servido como marco para encontrar y dar luz a los actos de gestión presentes en el Trabajo Social en Salud.

Es por eso que el Primer Capítulo posee un carácter descriptivo. Estará centrado básicamente en describir exhaustivamente los procedimientos que se realizan en los distintos espacios de trabajo dentro del ámbito hospitalario y de los centros de salud. El “flujograma analizador” constituye una herramienta analítica y descriptiva que permitirá realizar un mapeo de la red de relaciones que conforman estos procesos de trabajo. En este capítulo, se describirá a las distintas salas que conforman un hospital de agudos, con los programas de salud que se implementan sumado al funcionamiento de la atención espontánea, llamada “Demanda Espontánea”. Además, se realizará la descripción de las funciones y actividades que presenta el trabajador social en el primer nivel de atención, que tiene como efector a los centros de salud.

Cabe aclarar que a los fines de esta investigación se reserva la identificación del hospital estudiado y de las trabajadoras sociales entrevistadas.

Si bien este Primer Capítulo dará cuenta de los actos de gestión presentes en el proceso de trabajo, en el Segundo se realizará un análisis de los procesos de trabajo y se identificarán los actos de gestión presentes en ellos. Para esto, se utilizarán herramientas analíticas como el mapa de actos de trabajo junto a la red de petición y compromisos. Estos conceptos serán definidos seguidamente en el marco teórico

Las conclusiones darán cuenta de los resultados encontrados y abrirán espacios a los nuevos interrogantes suscitados por esta tesis.

Aspectos metodológicos

La elección de la metodología cualitativa estuvo fundamentada en el propio objeto de investigación de esta tesis que son los procesos de trabajo y las relaciones que se imbrican en ellos. Se consideró apropiada ya que ha permitido realizar una descripción, caracterización y análisis de los mismos. Como refiere Minayo, “*el abordaje cualitativo profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medidas y estadísticas.*”¹ Implica además considerar “*sujeto de estudio: gente, en*

1. Souza Minayo, M.C.de. "Investigación Social" Lugar Editorial. Junio 2004

determinada condición social perteneciente a un determinado grupo social o clase con sus creencias, valores y significados.” ²Se busca la comprensión, la interpretación y el análisis en profundidad de los casos a investigar, comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos.

La Metodología Cualitativa permite realizar una descripción en profundidad de los escenarios y de los actores sociales. En el análisis de los datos se tienen en cuenta dos niveles: las representaciones sociales y las prácticas de los actores, lo cual permite conocer las contradicciones en el nivel de representaciones y de prácticas.

Se tienen en cuenta los relatos en las propias palabras de los actores sociales, se realiza una transcripción exacta del discurso de los actores. En el análisis se seleccionan aquellos aspectos más relevantes del discurso de los actores sociales en función del problema de investigación planteado

A los fines de la presente investigación se realizó un estudio de caso. La elección de diseño de investigación estuvo fundamentado en que el proyecto de tesis original contemplaba estudiar dos hospitales de agudos, uno de la zona norte y otro de la zona sur de la CABA, más uno especializado. Esto resultó muy ambicioso al momento de la ejecución de la tesis, restándole factibilidad al proyecto, debiendo entonces optar por estudiar solo un servicio, sabiendo que tal vez se pierda la posibilidad de encontrar similitudes y diferencias entre distintos servicios estudiados. Sin embargo, y teniendo en cuenta las características que guardan estos tipos de estudios encontramos que Merriam ³ identifica cinco características en los estudios de caso y que justamente la primera alude al ser “particular” del estudio de caso: aunque se examina una instancia en particular, se espera que ésta ilumine un problema en general. Se enfoca en personas, situaciones, eventos, programas o fenómenos.

Otras de las características que también fundamentaba esta elección y que hacen al objeto

²Souza Minayo, Ma.C.de. “El desafío del conocimiento” Investigación Cualitativa en Salud. Lugar Editorial.2004

³ Merriam, S.(2009) Qualitative reserach: aguide to design and implementation(2ª.ed.)San Francisco, USA. Jossey-Bass Publishers.

estudiado son:

- El estudio de caso es descriptivo, en tanto describe detalladamente el fenómeno en estudio usando información de diferentes fuentes.
- Es heurístico dado que puede explicar las razones de un problema
- Y es inductivo en el sentido de que las teorías surgen del examen minucioso de los datos recabados en el mismo contexto.

En el mismo sentido y parafraseando a Bourdié, (2005)⁴, que a la vez cita a Bachelard, dice que *“no se puede asir la lógica más profunda del mundo social sino a condición de sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada y fechada, pero para construirla como “caso particular de lo posible” es decir como un caso de figura en el universo finito de las configuraciones posibles.”*

Se espera, entonces, que los resultados de la descripción y análisis de este Servicio Social en particular puedan servir para analizar, pensar, dar luz sobre los procesos de trabajo de otros Servicios que guarden características similares al estudiado

Es importante aclarar que el proyecto de tesis había planteado la posibilidad de utilizar diversas fuentes de datos, tales como realizar observaciones de un día de trabajo, así como también entrevistas con las trabajadoras sociales del SS estudiado, a usuarios del Servicio atendidos en ese día y profesionales de otros servicios con los que el SS estuviera involucrado. También estaba contemplada la posibilidad de acceder a las Historias Sociales de los pacientes atendidos en la Demanda Espontánea para su observación y análisis. Además del análisis de documentos producidos por el propio SS, normativas internas y comunes a todos los SS de Salud de la CABA. Todas las guías de estas técnicas no implementadas figuran para su consulta en el Anexo ya mencionado. Estas no se pudieron realizar en parte debido al desfase entre los tiempos programados y los posibles para la ejecución de esta tesis; y en parte por resistencias no explícitas de los informantes claves. En cuanto a los documentos

⁴ Bourdié, P (2005) Espacio cultural, escuela y espacio social. 6ta. Edición en español. Ed. SXXI. Editores Argentina, S.A. Buenos Aires,

internos y normativas si pudieron ser utilizadas como soporte para este trabajo, tales como: Programas de Salud, Normas Internas, Normas de los Servicios Sociales de Salud, Misión del Servicio Social, entre otros. Respecto de la observación planificada, si bien ésta no se pudo realizar si se realizaron observaciones no sistematizadas en el marco de las distintas entrevistas que se llevaron a cabo.

Finalmente la técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada en profundidad, que se les practicó a las doce entrevistadas. (ver anexo I: guía de entrevista)

El total de las entrevistas fueron cinco porque se realizaron en referencia a los lugares de trabajo que están divididos por Salas de Internación, Demanda Espontánea y programas de Salud, y Jefatura y trabajo en los centros de salud. Las salas estudiadas fueron tres: Sala de Clínica Médica, de Pediatría y Neonatología, de Maternidad y Obstetricia.

Los ejes principales de las entrevistas estuvieron relacionados a los insumos necesarios para describir y analizar el proceso de trabajo del Servicio Social. Se realizó desde los aportes teóricos metodológicos que proponen Batista Franco y Emerson Merhy para describir y analizar un equipo o servicio a partir del uso de la cartografía de los espacios de trabajo y los flujos analizadores. La propuesta es describir la red de relaciones que se dan en una organización, las decisiones que se toman, la presencia de conflictos, actos instituyentes e instituidos desde el análisis de la micropolítica de “trabajo vivo”, más allá del espacio geográfico y normativo.

Para ello, en primer lugar se procedió a localizar, “mapear” por lugares de trabajo, y los procedimientos que se realizan en cada uno de ellos, además del recorrido que los pacientes-usuarios y los profesionales realizan al interior de la institución, y la red de relaciones que se da al interior de estos distintos ámbitos. En el Centro de Salud las preguntas también estuvieron dirigidas a conocer el proceso de trabajo haciendo más énfasis en la relación con el afuera del propio Centro.

En segundo lugar se analizaron estos ejes a partir de utilizar los mapas analíticos y la red de petición y compromisos.

Es importante aclarar que a los fines de la Tesis estas herramientas se utilizaron con una finalidad distinta a la que proponen los autores citados. Es decir, se utilizaron como herramientas más que analíticas, como descriptivas analíticas si se quiere, ya que la finalidad que persigue este trabajo es más bien describir e identificar procesos de trabajo y actos de gestión que analizar una organización de salud a los fines de introducir modificaciones en ella.

Con esto se expresa que las herramientas han sido adaptadas con este fin. Esto se podrá ver también en que los flujos analizadores no serán representados como diagramas sino que se tomará de ellos el mapa de relaciones, los procesos decisorios y los conflictos de poder.

Tratamiento de los datos.

Para el tratamiento de los datos se confeccionó una matriz de datos de doble entrada en la que se utilizaron las categorías teóricas-metodológicas que atravesaron la lectura de todas las entrevistas y que permitieron ir encontrando otras nuevas que serán presentadas en los resultados de este trabajo. Se trabajó en primer lugar buscando una organización de los datos en un: **1.1. Primer agrupamiento por ámbito espacios /escenarios de trabajo cotidiano.**

Hospital

Salas de Internación;

Demanda Espontánea (DE)

Programas (Progr.)

Area Programática: Centro de Salud

Demanda espontánea,

Programas,

Trabajo comunitario

Segundo agrupamiento

1.2 en categorías que comprendieran el proceso de trabajo: los componentes el “trabajo vivo en acto”:

- las narraciones, y descripciones que los actores realizan de su trabajo
- Las tecnologías utilizadas
- los lugares y las principales cuestiones que forman parte de su trabajo;
- el modo en el que operan las relaciones
 - entre pares, TS-TS
 - no pares (otros profesionales) RP:
 - con la Jefatura: J-SS

con los usuarios-pacientes; RUP

2. Y luego volver a recorrer las entrevistas usando el método comparativo:

semejanzas - diferencias –contradicciones

- entre las Unidades de Información ubicadas en los mismos ámbitos de trabajo
- entre los procesos de trabajo de los distintos ámbitos: Hospital/ Centro; Sala, DE, Programas, Comunidad.

3. Para luego poder analizar el producto de este ordenamiento desde los mapas analíticos y la red de petición y compromisos. (Ver la Matriz de datos en Anexo II.)

Ubicación de la Unidad de Análisis. Descripción general del Servicio Social de un Hospital Público General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con 33 establecimientos asistenciales, distribuidos en 13 Hospitales Generales de Agudos (HGA), 14 Especializados y 3 Hospitales Odontológicos.

El Hospital en estudio es uno de los 13 HGA, está regido por la Ley Básica de Salud 153/99. Está ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, donde se presentan los peores indicadores de salud, entre ellos, una de las mayores tasas de mortalidad infantil: 9,1 por mil.⁵

Este Hospital cuenta con 450 camas de dotación para internación y pertenece al Nivel IX de complejidad. La población que atiende proviene en un 64,51% del Conurbano y el resto de la Zona Sur de la Ciudad.

En el egreso hospitalario la mayor proporción la alcanza la población materno infantil con un 52%. El Área de responsabilidad del Hospital alcanza cuatro barrios ubicados en la Zona Sur-Suroeste de la Ciudad. Cuenta con una ubicación geográfica que le permite al usuario poder trasladarse a través de dos líneas de ferrocarril y varias líneas de colectivos.

⁵ Fuente: Dirección General de Estadística y Censo. Ministerio de Hacienda. (GCBA). Estadísticas Vitales. 2009.

El Servicio Social es la unidad de organización que, interviniendo en los niveles individual, grupal y comunitario a través de la identificación y tratamiento de las situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, tiende a favorecer la accesibilidad de la salud a través de la eficaz utilización de los recursos disponibles.

Como parte de la organización hospitalaria, corresponde a una división, la División de Servicio Social, contando a su vez con dos secciones: Consultorios Externos y Sección Internación. En el futuro se piensan unidades en vez de secciones, agregando una más en el Organigrama, que sería la Unidad de Salud Comunitaria.

El Recurso Humano está compuesto por tres jefas: una Jefa de División, y dos jefas de secciones -una para internación y otra para consultorios externos, respectivamente-. Cuenta además con 12 profesionales de planta, una instructora de residentes y 6 residentes de distintos años. Además desde hace aproximadamente un año se efectivizaron los cargos de trabajadoras sociales para la Guardia General del Hospital, las cuales no entraron en estudio dado que cuando se realizó el diseño no estaban efectivizados los cargos.

Las Salas de Internación son las de Clínica Médica, Varones y Mujeres, la de Cirugía, la de Traumatología, la de Pediatría y Neonatología, la de Maternidad y Obstetricia, y la de Ginecología.

Además del Área de Internación está el Área de Consultorios Externos que abarca la demanda espontánea, ambulatoria y los Centros de Salud.

El Área de Asistencia se complementa con el Área de Docencia e Investigación, de la cual participan TS de planta y de la residencia.

En la documentación brindada por el Servicio Social se menciona que su misión es “contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad a través de acciones eminentemente educativas, que tiendan a generar una actitud crítica respecto a los causales de los problemas bio-psicosociales, posibilitando que las personas, grupos y comunidades participativa y solidariamente organicen acciones y recursos que apunten a prevenirlos y/o solucionarlos”⁶

⁶ Plan Estratégico División Servicio Social. Documentación interna producida por el Servicio. (2009)

MARCO TEÓRICO

En el ámbito de los Servicios Sociales de Salud de la CABA, se observa una tendencia a naturalizar las funciones, acciones y el impacto que éstas producen en los usuarios atendidos.

Entendiendo la “naturalización” como un proceso de “familiarización” en tanto mecanismos de clasificación, categorización, etiquetamiento, denominación y explicación, que permite asumir lo extraño haciéndolo familiar. Es parte del proceso de conocimiento. Es un proceso que impide imaginar que existen otras formas de hacer y/o pensar. A la vez que facilita la vida social también supone resistencia al cambio (Montero, M., 2004).

Estos mecanismos se observan tanto por el propio colectivo profesional como así también por parte de otras disciplinas.

Las acciones de gestión quedan opacadas por la asistencia, que en ocasiones se presenta fragmentada hacia los usuarios, e impide al profesional asir la situación problemas de abordaje de manera integral, produciéndose una separación del profesional con su *Obra*. En términos de Souza Campos, por “Obra se entiende el reconocimiento, tanto por parte del trabajador como del paciente y de la sociedad, del resultado del trabajo” (2001, p.106). Es decir, el trabajo fragmentado impide o limita que el profesional pueda recorrer todo el tránsito que el usuario realiza por el efector de salud y los resultados de ese recorrido en términos de generación de salud, de solución efectiva y eficaz que el usuario trae a la consulta.

A su vez, el déficit de un registro sistemático de la propia práctica profesional cotidiana, vela, oculta, diluye el quehacer profesional dando lugar a una apariencia de actividades dispersas, discontinuas.

Concomitantemente, se observa que las otras disciplinas que interactúan con el Servicio Social no sólo naturalizan sino que además desconocen el núcleo de competencias del Servicio Social, demandando a éste acciones que no le corresponden. Entendiendo como “núcleo de competencia: al conjunto de saberes y responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad. El núcleo demarcará la identidad de un área de saber y de práctica profesional” (Souza Campos, 2001, p.122-123).

Según la Ley Nacional N° 23.377 que reglamenta el ejercicio profesional del Servicio Social/Trabajo Social para todo el país, en su Art. N° 2, hace alusión a lo que podríamos entender, de acuerdo a la definición citada anteriormente, al núcleo de competencias:

[...] considérase ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como la de aquellas situaciones cuyos involucrados requieran sólo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales. La actividad profesional, por sí o en el marco de servicios institucionales y programas integrados de desarrollo social, tienden al logro, en los aspectos que le competen de una mejor calidad de vida de la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo. Asimismo considerase ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia (Ley Nacional Nº 23.377 y Decreto Nacional Reglamentario Nº 1568/88,1987).

A nivel teórico, la trabajadora social mexicana, Susana García Salord, plantea que no existe una especificidad en el trabajo social, argumentando que la intervención profesional se articula alrededor de una diversidad de objetos de intervención.

Trabajo Social interviene -como otras profesiones- en el terreno de las interacciones sociales vinculadas a las condiciones de vida: vivienda, educación, alimentación, recreación, trabajo, salud; pero cuando éstos aparecen como obstáculos para la producción y reproducción de la sociedad, de la vida cotidiana de las personas: hacinamiento, analfabetismo, desempleo, [...], etc. Sin embargo, Trabajo Social no interviene directamente en el fenómeno planteado como problema: corresponde al médico intervenir en el problema salud-enfermedad; al abogado le corresponde actuar en el terreno circunscripto por el binomio ley-delito; [...] (García Salord, 1998, p. 46).

Para García Salord el núcleo de competencias estaría dado por los “procesos mediadores” que son las acciones que facilitan o crean las condiciones para el tratamiento del problema (1998, p. 46).

Podríamos pensar que para el caso específico de salud, que es sobre el cual estamos haciendo referencia, el trabajo social tiene injerencia directa en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC), desde el lugar de crear las condiciones para garantizar que los usuarios-pacientes accedan al sistema de salud y puedan satisfacer este derecho básico.

En la búsqueda de dar un paso más, cabría preguntarse cuál es la misión de los Servicios Sociales de Salud para los efectores públicos dependientes del Ministerio de Salud de la CABA. Según Sousa Campos “la defensa de la vida debiera ser un trazo distintivo de los servicios de salud [...] producir salud es la Misión de las instituciones de salud, el trabajo que los legitimaría socialmente” (2001, p. 128).

A nivel normativo, encontramos, normas y funciones a nivel nacional, como la Resolución Nacional 482/2002⁷, que en este sentido sirven de orientación para los Servicios Sociales de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad, producidas por el Ministerio de Salud de Nación. En su contenido, abarca las funciones del Trabajo Social para los tres niveles de atención: de bajo riesgo (primer nivel, centros de salud, centros médicos barriales, unidades sanitarias), de mediano riesgo (segundo nivel de atención: hospitales generales y de especialidades básicas) y de alto riesgo (o tercer nivel, que se caracteriza por tecnología de alta complejidad para resolución de situaciones de salud de alto riesgo y/ rehabilitación).

Si bien estas normas no especifican la Misión del Trabajo Social en Salud, al definirlo, están sentando algunos lineamientos para poder pensar la Misión del SS en Salud. Trabajo Social en Salud:

Es la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extra sectoriales que obstaculicen su integral atención. En los distintos efectores, el Servicio Social dependerá de la Dirección del Establecimiento o de aquella autoridad competente de acuerdo a su estructura. El servicio ha sido dispuesto para coordinar las actividades específicas en las unidades de Internación, Ambulatorio, Emergencias, y Guardia (Resolución Nacional 482/2002:8-9).

En este sentido, la presente tesis tiene como finalidad dilucidar aquel o aquellos microprocesos de trabajo tanto manifiestos como ocultos que se dan al interior de estos servicios. Es decir, poder dar cuenta de los actos de gestión que tal vez ya se realizan pero no se nombran o categorizan así, o que no son reconocidos como tales por los propios actores: los trabajadores sociales de salud. Los *microprocesos de trabajo* hacen referencia, en términos de Emerson Merhy, a lo que se produce a partir del hacer cotidiano colectivo y de cada uno, en los lugares

⁷ Ministerio de Salud Pública Resolución 482/2002 Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos (con asesoramiento y participación de Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social y la entonces Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Boletín Oficial N° 29.968, 1ª Sección, viernes 23 de agosto de 2002, p.8, Buenos Aires.

específicos de trabajo donde se procura operar los procesos de trabajo de acuerdo con sus proyectos singulares, que reflejan de alguna forma o modo cómo significan o entienden la producción de cuidado (Merhy, 2006). Podemos pensar también los microprocesos de trabajo en salud, como el terreno de la microdecisiones y acciones de los servicios e instituciones de salud y que se encuentran en el terreno de las “tecnologías blandas.”

Las tecnologías blandas son las relaciones de producción de vínculo entre trabajador y usuario-paciente, entre trabajador-trabajador; relaciones de autonomización, el acogimiento, y la gestión como forma de gobernar procesos de trabajo (Merhy, 2006). En el caso de salud el trabajo está centrado permanentemente en el trabajo vivo, dominado por las tecnologías blandas: operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades, más allá de los saberes tecnológicos estructurados. La noción de tecnología, en este autor, trasciende la noción de equipamientos y máquinas e incluye aquellos saberes que son construidos para la obtención de productos singulares, y hasta para organizar las acciones humanas en los procesos productivos, inclusive en una dimensión subjetiva (Merhy, 2006).

Para Emerson Merhy “el trabajo vivo en acto” opera con tecnologías blandas en doble aspecto: por un lado, como un cierto modo de gobernar organizaciones, de dirigir procesos construyendo sus objetos, recursos e intenciones; y por el otro, como una cierta manera de actuar para la producción de bienes/producto” (2006, p. 36). Es en esta producción que actúan estos procesos intercesores: el autor los utiliza “para designar lo que se origina en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los “dos” en acto y no tiene existencia sin el momento de la relación. Es en ella donde “los inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, en una de sus dimensiones claves, que es el encuentro del profesional con el usuario, que en última instancia, 'representa' necesidades de salud” (Merhy, 2006).

Finalmente, cabría preguntarse entonces si es justamente en el ámbito de las tecnologías blandas, de las relaciones intersubjetivas, de cuidado, de acogimiento, de generar “procesos intercesores” en la que estarían encuadrados los procesos de trabajo de los servicios sociales en salud. Si hay predominancia de trabajo vivo sobre trabajo muerto o si ha quedado atrapado en las garras del trabajo burocrático que inmoviliza y cosifica la intervención. Por otra parte: ¿los Servicios Sociales en salud se encuentran transitando estos procesos de dirigir, de autonomización hacia adentro y hacia afuera? ¿están pudiendo dar cuenta de estos procesos intercesores, de gestar espacios de acogimiento, de liberación hacia el interior de los mismos

que redunde en prácticas de producción de salud? o ¿están encerrados en procesos productivos repetitivos, normativos, burocráticos, dependientes del saber médico?

En este sentido, la presente tesis tiene como intencionalidad hacer visible lo que ahora aparece como invisibilizado, fragmentado o como meras acciones sueltas sin sentido entre sí. Es decir, poder dar cuenta del rol que tienen los Servicios Sociales en la resolución efectiva de las problemáticas de salud-enfermedad-atención de los usuarios que son atendidos por estos efectores, desentrañando el “trabajo vivo” del “trabajo muerto” y visualizar el grado de correspondencia de estos microprocesos con la misión no explicitada. Para ello, se realizará una descripción de las acciones realizadas por los Servicios Sociales elegidos: uno que corresponda a un efector del segundo nivel de atención (hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires y otro correspondiente a un efector del primer nivel de atención (centro de salud, dependiente del mismo efector de segundo nivel).

Marco conceptual metodológico

A los fines de describir los procesos de trabajo e identificar los actos de gestión presentes en ellos, como se mencionara anteriormente, se utilizará en forma adaptada a los fines de la Tesis, las herramientas analizadoras tales como el “Mapeo o Cartografía del Trabajo Vivo en Acto”, los “Fluxogramas analizadores”, y la red de petición y compromisos, propuestos por Batista Franco y Emerson Merhy para el análisis institucional de las organizaciones de salud.

En este sentido, se utilizará como referencia el análisis realizado los autores en el Servicio Social del Hospital de Clínicas de la Universidad de Campinas, en Brasil (Franco, T.B., Merhy, E., 2003).

1. Los Mapas Analíticos.

Son concebidos como herramientas que permiten mirar tanto crítica como constructivamente la organización de un servicio o efector de salud y su proceso de trabajo, o sea hacer aparecer cosas que a simple vista no están visibles.

Al interior de las organizaciones, de los servicios de salud, se encuentran operando en otros planos, flujos continuos de intensidades entre los “actores sujetos”, que se encuentran en sus espacios de producción, en sus diferentes procesos de trabajo,

[...] como si operaran dos realidades yuxtapuestas, una más vinculada a lo dado a lo,

instituido y otra, nueva, que emerge sobre la primera, dándole otra vida, superponiéndola y dominado en la dinámica de los escenarios que se componen y descomponen cotidianamente (Franco T.B., Merhy, E., 2007, p. 5).

Los mapas analíticos permiten justamente desentrañar lo oculto, lo instituyente, dar cuenta de los ruidos, tensiones que hablan de lo que quiere fluir pero no puede. Permite descubrir, reconstruir el Trabajo Vivo en Acto. La finalidad de esta herramienta analizadora es develar las relaciones que se constituyen en el territorio del proceso de trabajo:

“**las relaciones intercesoras** que se producen entre trabajadores y de estos con los usuarios, en la medida que ambos forman un encuentro en el cual se colocan como actores-sujetos para la producción de cuidado, las subjetividades que se atraviesan, la manifestación de lo diferente, la producción deseante de ciertos flujos de cuidado, y también de no cuidado, lo contradictorio, etc. Esas expresiones se dan sobre las diversas formas de lenguaje de los actores-sujetos que están en situación de producción, expresando sus vivencias sobre el mundo del trabajo” (Franco T.B., Merhy E., 2007, p.12-13).

Los autores proponen entonces como metodología cartográfica registrar: las narraciones, y descripciones que los actores realizan de su trabajo cotidiano, a partir de lo hablado, conversado por ellos mismos; reconstruir luego los escenarios cotidianos de trabajo (agrupados por servicios o áreas similares), los lugares y las principales cuestiones que forman parte de su trabajo; el modo en el que operan las relaciones entre pares, no pares y con los usuarios-pacientes; el contenido subjetivo las relaciones como forma de representación de la realidad, el timbre, la textura, las ondas de afecto que van siendo expresadas en la exégesis del texto escrito, en el texto oculto, que pesan en las palabras y en las actitudes asumidas. (Franco, T.B., 2007).

También sugieren la identificación de tres mapas que se pueden identificar en las escenas del PSEAC:

- a) **Mapa de los conflictos:** deberían expresar las narrativas de los trabajadores, en cuanto a los conflictos vivenciados por ellos mismos como trabajadores de la salud. El conflicto visto como un potente analizador de las relaciones porque expresa subjetividades operando en la realidad, afecta a los miembros del equipo y en función de eso se crean líneas de fuga, desvíos.
- b) **Mapa de los actos inusitados:** inesperados por el equipo. Su potencia analizadora radica en el hecho de que lo no frecuente afecta al equipo, lo descoloca. La reacción puede ser

de extrañamiento o de asimilación produciendo desvíos o no en su cronograma habitual de trabajo. Lo que va a revelar es justamente cómo responde el equipo frente a esto.

c) **Mapa de los actos inútiles:** parte del presupuesto según el cual las actividades de los equipos de salud producen actos inútiles, a veces para responder a la extensa normativa instituida que mantiene en funcionamiento la plataforma organizacional. (Franco T.B., 2007).

2. Los Flujos Analizadores.

Esta herramienta analizadora es definida por Merhy como “un diagrama usado por diferentes campos de conocimientos con la perspectiva de diseñar un cierto modo de organización de un conjunto de procesos de trabajo, que se vinculan entre sí en torno de una cierta cadena de producción” (Merhy, 1997, p.14).

Este diagrama se compone por símbolos utilizados universalmente como una elipse, que muestra el comienzo de la cadena productiva, llamando a esto una entrada y salida del proceso global de producción, por ejemplo, de un determinado servicio. Por medio de un rectángulo se muestran aquellos momentos en los cuales se realizan etapas de trabajo importantes de la cadena productiva, en los cuales se realizan consumos de recursos y producción de productos bien definidos, que van a servir para abrir nuevas etapas en la cadena. A través de un cuadrado se representan los momentos en que la cadena productiva se enfrenta con un proceso de decisión de caminos a ser seguidos, que aparecen después de cada etapa y que son siempre momentos de decisión y de posibilidades de recursos para la atención de las siguientes etapas (Merhy, 1997).

Para el caso del Servicio Social del Hospital de Clínicas de la Universidad de Campinas, el flujograma fue utilizado con el objetivo de preguntar, cuestionar acerca de la micropolítica de organización del Servicio y así poder demostrar, graficar las relaciones de los trabajadores entre sí y de éstos con los usuarios, los nudos críticos de procesos de trabajo, el juego de intereses, poder y los procesos decisivos. De este modo, graficar, retratar, todos los procesos e intereses implicados en la organización del servicio, revelar áreas de “sombra” que no están claras ni explícitas para los integrantes del servicio, para los que ocupan lugares tanto de gestión como de asistencia. La técnica para lograrlo fue el trabajo en grupo, realizado en forma colectiva, ya que los insumos que se requieren provienen de apelar a la memoria como fuente de registro de información y al mismo tiempo como ejercicio de reflexión (Franco, 2003).

3. Red de Petición y Compromisos.

Esta herramienta de análisis está tomada de la planificación en la base, del Método Altadir de Planificación Popular (MAPP). Matus propone como último paso de la planificación: el “Diseño del sistema de petición y rendición de cuentas”. Tiene como finalidad que cada operación del plan tenga responsables bien definidos. Es decir, que cada responsable pueda dar cuenta de lo que hizo y con qué resultados (Matus, 2007).

En el caso del Servicio Social de UNICAMP, se construyó una “Red de petición y compromisos” utilizando como centro el propio Servicio Social de cada área del Hospital. La imagen era la de una estaca. A partir de este punto fueron identificados y relacionados los diversos actores que establecen relaciones con el Servicio Social, haciendo pedidos y firmando compromisos al mismo tiempo. La construcción de redes de petición y compromisos se completa identificándose junto a ella, el tipo de pedidos y compromisos establecidos entre los diversos actores con el Servicio Social e internamente entre ellos (Franco, 2003).

CAPÍTULO 1. TRABAJO SOCIAL. MICROPROCESOS DE TRABAJO

En el presente capítulo se realizará una descripción de las principales acciones que componen el proceso de trabajo de un Servicio Social en el Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo es dar cuenta de la estructura organizacional del Servicio Social además de la red de relaciones que representan el trabajo vivo en acto presentes en ella.

Para ello, utilizaremos parte de los “flujogramas analizadores” planteados por Merhy en el Servicio Social del Hospital de Clínicas de la Universidad de Campinas, Brasil. No se utilizará toda la metodología, más bien la descripción estará centrada sobre el proceso de trabajo, los actos productivos, la red de relaciones: Dirección del Hospital-SS; Jefatura del SS-TS; TS-Usuario; TS-TS, TS-otras disciplinas, TS-otras instituciones o sectores; los nudos críticos de procesos de trabajo, el juego de intereses, el poder y los procesos decisorios. Las relaciones no se diagramarán, como sí lo están en el trabajo de referencia citado, dado que en ese caso la metodología se utilizó como herramienta analizadora institucional para operar cambios, y por pedido de los propios trabajadores, y en este caso se abordará como herramienta analítica a los fines de producir conocimiento.

Por otra parte se hará uso de herramientas normativas⁸ ya adelantadas en el Marco Teórico que definen al SS como:

una disciplina de las Ciencias Sociales en la cual los objetos y objetivos de la intervención colocan al quehacer profesional, dentro de las vastas problemáticas sociales, en un proceso dinámico entre los usuarios (sujetos de necesidades), sean éstos, individuos, grupos, comunidades o instituciones y los recursos (objeto de satisfacción de las necesidades) no sólo orientadas por el eje asistencial sino también por lo de promoción, participación y socialización.

En el marco de estas mismas Normas, se define más específicamente al Servicio Social en Salud como:

“Unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentran dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus

⁸Normas del Servicio Social para los Sistemas Públicos de Salud. Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Boletín Oficial N° 29.968, p.8-9

actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad de la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de localidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extrasectoriales que obstaculicen su integral atención”⁹.

El ámbito de intervención por excelencia del Trabajo Social en el ámbito de la salud lo constituye el espacio microsocioal, que es el espacio de lo local en el cual se expresan desde lo singular las múltiples y diversas problemáticas sociales que se dan a nivel macro. Lo local puede asumir la forma hospitalaria en relación al barrio en el cual está inserto o la comunidad de pertenencia del centro de salud. En ambos espacios hablamos de lugares que se caracterizan por la diversidad: se trabaja con la población que es cercana y con todas las poblaciones de localidades o barrios ubicados en el área de influencia del efector. De todas maneras, esto no cambia sustancialmente la fisonomía de las problemáticas que se presentan.

La principal herramienta de trabajo del Trabajo Social la constituye la entrevista: “Es la técnica a través de la cual se establece una relación de índole profesional con la persona, grupo o representantes de la comunidad, con un contenido, un método y un objetivo determinado”¹⁰.” Es la puerta de entrada para la intervención en cualquier problemática que se presenta. En términos de Flores (1997) los “actos de habla” constituyen el mayor componente del proceso de trabajo del TS y nos pueden ayudar a entender la dinámica que se da en el proceso de intervención. Priman los actos de lenguaje, en tanto se comportan como red de petición y compromisos con los usuarios, en términos de resolución de sus problemas y en términos de articulación y de gestión con todos los demás servicios del hospital. Este juego, es permanente, constitutivo de la organización del Servicio Social.

Es en el espacio de la entrevista donde se presenta la demanda, la petición del usuario y donde el TS debe dar respuesta. En este sentido, Carballeda define la intervención como “un dispositivo que se entromete en un espacio”, el espacio de lo social y “la demanda es el acto fundador de la intervención” (2002, p. 93). Podemos pensar que la intervención, como continúa diciendo el autor, es “un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y

⁹ Ob.cit.

¹⁰ Ob.cit.

consecuencias” (2002, p. 93), lo cual estaría hablando en la línea que expresa Flores cuando se refiere a “la organización como una red de peticiones y compromisos” (1989, p. 14).

Esta relación de petición y compromisos, tanto hacia los usuarios como hacia el hospital todo, atraviesa todos los ámbitos del Trabajo Social, desde la Jefatura a la Demanda Espontánea, como aspecto esencial de su proceso de trabajo.

Descripción del proceso de trabajo

Primeramente, se describirán las actividades que realiza el/la Trabajador/a Social que se encuentra a cargo de la Jefatura de un Servicio. Luego se describirá la tarea de las TS que se desempeñan en las Salas de Internación. Por otra parte, se describirá la tarea de las TS en los Programas de Salud vigentes en el hospital estudiado y por último el trabajo que se realiza en la Demanda Espontánea o atención de demandas puntuales que se presentan diariamente en la Guardia del Servicio Social. En este sentido, cabe aclarar que en los últimos años se ha producido un cambio cualitativo en las guardias generales de los hospitales públicos debido a la incorporación de profesionales de TS y de Salud Mental. Esto ha significado una mirada más integral hacia la persona que llega a la Guardia y, por otro lado, nuevas posibilidades de empleo para estas especialidades. Esta aclaración se hace en función de advertir que lo que se describirá será lo que se denomina Guardia del Servicio Social y no las acciones que las TS realizan en la Guardia General.

Por último, se describirá el proceso de trabajo que las TS desempeñan fuera del Hospital, en un Centro de Salud y Acción Comunitaria, perteneciente al “Área Programática”.

Cada ámbito descripto será atravesado a su vez por la red de relaciones presentes en cada una de ellos. Así en algunos estará más presente la relación TS-Usuario, en otras Jefatura-Dirección del Hospital, etc.

1.1 EL HOSPITAL

1.1 LA JEFATURA DEL SERVICIO SOCIAL

En este apartado se describirán los procedimientos de las trabajadoras sociales que ocupan cargos de dirección al interior del equipo. Se entrevistó a la Jefa General del Servicio Social y a las jefas de las Salas de Internación y de Consultorios Externos, respectivamente.

Desde las ya mencionadas Normas de Servicio Social elaboradas por el Ministerio de Salud, se detallan las misiones y funciones del personal de los Servicios Sociales. (ob.cit)

Jefatura de División

En el caso de la Jefa General del Servicio Social, el cargo corresponde al Jefe de División. Le compete:

- Participar en la realización de los planes anuales respecto a la ejecución de actividades de las distintas unidades del servicio.
- Difundir y hacer cumplir normas y criterios de actividades.
- Participar en la planificación, programación, promoción, ejecución y evaluación de los programas y proyectos asignados y/o conjuntamente con el equipo de salud.
- Participar en los Comités Hospitalarios asignados por el Jefe de cada Servicio.
- Colaborar en la construcción y articulación de redes con instituciones del campo de la salud y la promoción social.
- Participar en la elaboración de la información proveniente de la investigación social para elevar a las autoridades.
- Procurar reserva de información y documentación de carácter confidencial.
- Coordinar la confección del informe correspondiente a las prestaciones realizadas.
- Participar en la supervisión de actividades y evaluación de programas.
- Colaborar en las actividades docentes de pre y posgrado.
- Asumir las funciones de Jefes de Departamento en caso de ausencia del mismo.

Más allá de las especificaciones normativas, a lo largo de las entrevistas se pudo observar que las Jefas asumen múltiples tareas, que van desde la organización del SS, la capacitación continua, la formación de residentes, la supervisión, la conformación de comités, el manejo institucional de los recursos existentes y la delimitación de roles y funciones al interior del

equipo profesional, sin dejar de mantener en forma permanente una mirada epidemiológica acerca de los problemas de PSEAC sobre la población destinataria.

La función central recae obviamente en la organización general del Servicio Social y de la distribución de la tarea entre las trabajadoras sociales:

Jefa 1: Implica la organización tanto del Servicio en el Hospital como el de los centros de salud. Cada trabajadora social tiene asignada una sala y un programa, hay algunas que tienen una sala, solamente de acuerdo a la demanda. La atención de la demanda espontánea es por turnos, turno mañana, turno tarde, también llamado por guardia: atiende la demanda, acá, en el Servicio. Si es de una sala y el TS de la misma no está, se lo atiende y después se lo deriva a la responsable de esa sala o programa. Ahora tenemos muchos servicios sin cubrir porque muchas trabajadoras sociales se han jubilado y todavía los cargos nuevos no han salido [...] La asignación de tareas es de acuerdo a la sala o el programa donde están, la atención de la Guardia es por orden alfabético, es decir, tres por cada día, para que no haya problemas, sigo por orden alfabético, se atiende hasta las 16.30hs. Lo llamamos guardia del Servicio Social, ahora también tenemos TS en la Guardia General del Hospital.

A su vez, cada año el SS recibe nuevo personal a través del Sistema de Capacitación en Servicio que depende del Sistema de Residencia de la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos. Se traduce en que además del personal de planta, recibe anualmente un número de dos a tres residentes, lo que suma un total de seis residentes a las cuales hay que formar y también distribuir en la organización de las actividades bajo el régimen de Capacitación.

Esta es otra función de relevancia que asume todo el SS que es la de capacitar a futuras colegas. Supone una plasticidad permanente dado que esta instancia es asumida por el Servicio como desafío ya que permite al equipo abrir espacios de cuestionamientos, conflictos y aprendizaje mutuo.

Como parte de las responsabilidades que la Jefa 1 tiene, actualmente forma parte el Comité de Violencia del Hospital.

En otro orden y dentro de las principales funciones que despliega la Jefa del Servicio, refiere una serie de acciones ligadas concretamente a la gestión de recursos materiales, insumos que requieren los pacientes en el tiempo de permanencia en el Hospital:

Jefa 1: [...] estoy gestionando, estoy articulando, con las autoridades de la institución [Hospital] creo que es una lucha constante por la falta de recursos que tenemos, por lo que

se deposita en el Servicio Social, muchas veces por lo que asume el Servicio Social, creo que cuando nosotros hablamos en defensa de los derechos de los pacientes nos posicionamos de tal manera que perdemos un poco lo que es el rol profesional, ¿no? [...]

Supone un trabajo de articulación, de gestión hacia arriba y hacia abajo en pos de que los derechos de los pacientes sean reconocidos. Es función de la Jefatura ya que implica la gestión colectiva de los recursos, no de un recurso particular, y la definición de la postura que el Servicio Social asume frente a la coyuntura actual. El discurso deja entrever que ante las limitaciones que la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires está teniendo en la actualidad, la accesibilidad de los pacientes a los insumos básicos está fuertemente limitada si se compara con gestiones gubernamentales anteriores. El rol que cumple el Servicio Social es lograr, a través de los medios formales, los insumos que los pacientes requieran en las distintas intervenciones de las que pueden ser sujetos durante el tiempo de internación y de pos-alta -prótesis, medicamentos especiales, y otros insumos como bolsas de colostomía, entre otros-.

Actualmente, la compra de estos elementos está descentralizada. Esto se traduce que cada hospital debe administrar su presupuesto. Considerando que el hospital en análisis atiende a una población que se encuentra en su mayoría bajo la línea de pobreza, difícilmente esta población pueda estar en condiciones de responder con fondos propios, erogación que entonces deberá asumir el efector.

Al respecto la Jefa 1 refiere:

Jefa 1: [...] este Hospital está organizado para la obtención de recursos y para que lo que nosotros hablamos de prótesis u órtesis, cuando el paciente no tiene la capacidad para poder adquirirlo el Hospital debe gestionar para darle esta prestación y esto no pasa por el SS, sino que en este Hospital pasa por el Servicio de Auditoría que es el encargado de gestionarlo [...] el SS sólo cumple, dentro de un formulario que está a los fines de las ayudas médicas, en informar si el paciente tiene o no tiene la capacidad económica de poder comprarlo, eso se eleva por auditoría y después ya no es responsabilidad del SS; sí, en el seguimiento y en la lista con el paciente, en asesorar a la familia, a quién tiene que consultar, pero lo administrativo de la obtención ya no nos corresponde a nosotros, ni el pedido de presupuesto, ni de detectar una cobertura social, eso está estipulado, en cada servicio cuáles son las funciones [...] le corresponde Auditoría [...] SS se ocupa del Informe Social y de hacer el seguimiento de la familia hasta la obtención del recurso y de instrumentar a la familia a que reclame hasta la obtención del recurso.

La posición que adopta el Servicio Social en pos de la defensa de los derechos del paciente es fundamental, sumado a la relación que el SS mantiene con la Dirección del Hospital. La

conjunción de ambas variables inciden, sin duda, en una obtención exitosa de un determinado recurso.

Es importante destacar el capital simbólico que maneja el Servicio Social en lo que hace a la gestión de recursos materiales. Tienen la capacidad de conocer la red de relaciones, de contactos que se dan al interior del Hospital y que son un recurso en sí mismo al momento en que se presenta la necesidad de un determinado insumo. Forma parte del capital simbólico que aporta el SS al funcionamiento no sólo de la dinámica del Servicio Social, sino a toda la dinámica hospitalaria.

El siguiente relato de la Jefa 1, acerca de la gestión de un colchón de agua, ejemplifica lo referido anteriormente.

Jefa 1: [...] ayer, paciente que viene que necesita colchón de agua para escaras, que no lo puede comprar, que en Neurocirugía se lo pidieron, tratamos de averiguar, no se le podía conseguir, cuando llamo a Auditorías que son los que tramitan las ayudas médicas, me dicen, derivalo a Compras (que son los que se encargan); me dicen "Pero ¿por qué no lo piden a Terapia Intensiva?, porque los que tienen colchón de agua son los de Terapia Intensiva? [...] Claro, que le presten uno, claro, no hacía falta comprarlo", jefe de Neurocirugía, ignorante de que en Terapia Intensiva estaba y donde el SS hizo de articulador llamando al de Terapia y diciéndole al de Neurología: "Tenés el colchón en Terapia", a esto es...de descolgar el teléfono y decir mi compañero lo tiene, o cómo puedo solucionar, o si surge un problema con Salud Mental, es el SS es que hace la red y la vinculación, porque el resto es como que no se vinculan entre ellos.

Respecto de este punto, es importante hacer referencia al proceso de gestión de un recurso, las distintas instancias por las que atraviesa y el rol del SS en el conocimiento de los recursos internos, propios, con los que cuenta el Hospital, y la capacidad de interconectar, de comunicar a los servicios que prácticamente no guardan relación entre sí, como en el caso mencionado. En este sentido, el Hospital se evita una compra innecesaria y la acción se hace efectiva y rápida, y permite que el paciente cuente rápidamente con el insumo

De esta manera, el centro del proceso de la gestión del recurso es el usuario, el que está demandando la atención:

Jefa 1: Nosotras opinamos nada más de la necesidad que el paciente tiene y de la capacidad de dar respuesta que tiene el paciente con la historia social y ahí se terminó, ningún paciente que llega al Servicio Social, se le va a cuestionar si esto puede o no ser otorgado, nosotras vehiculizamos todo pedido, esto también es una postura que nosotras tenemos. Bajo ningún concepto hacemos discriminación si es de Capital o Provincia, si

tiene la capacidad de compra o no, si se parte de la necesidad, se parte del derecho adquirido, tiene la necesidad, tienen derecho a tenerlo, sí, más allá que en la ley básica está [...]

Jefa 2: [...] la otra vez teníamos que trasladar a una paciente de un hospital a otro y no tenía dinero para movilizarse, la cooperadora no cuestionó nada y nos dio el dinero para que la señora se traslade en remis.

Delimitación del campo de acción del Servicio Social al interior del equipo, respecto a otras disciplinas y en relación al paciente-usuario.

Una de las funciones que adopta la Jefatura del Servicio Social es la delimitación de funciones y responsabilidades respecto de otras disciplinas en relación al paciente-usuario.

De las entrevistas realizadas, surge una representación muy marcada entre los profesionales de otras disciplinas acerca de que el SS puede dar respuesta a todo lo que es inespecífico y que no puede resolverse desde los otros servicios. En función de esto, las demandas que llegan a las TS de parte de otros profesionales también son muy diversas e inespecíficas. La Jefa 1 refiere que en el SS “se deposita todo” y las demandas van desde:

Jefa 1: [...] es lo que te decía, conseguir dadores de sangre, la identificación de los pacientes (fallecidos NN) cosa que es función específica del médico, nosotras podemos articular y ocuparnos de contactar la red familiar y los vínculos que pueda tener este paciente, no es responsabilidad llamar a la policía como nos piden que llamemos y hagamos la identificación [...]

O

Jefa 1: [...] llamar por teléfono, recién termino de tener un problema con la jefa del Área de Internación y el jefe de Clínica Médica, paciente que hay que derivar a la Colonia Cabré [neuropsiquiátrico] como nosotras tenemos teléfono con salida a larga distancia que lo hagamos nosotras, pero es responsabilidad del médico o del psiquiatra, y nos dicen: “Pero ustedes tienen teléfono si no nosotros tenemos que bajar a Dirección”, a este tipo de cosas es a lo que estamos en la lucha constante [...]

Y frente a estas demandas la posición que asume la Jefatura, y todo el Servicio, es la de delimitar los campos de acción de cada profesión en los casos en que no se asume un trabajo desde lo interdisciplinario. Se deja entrever la postura de que cada disciplina cumplirá con su responsabilidad frente al usuario y en todo caso se problematice, discuta, reflexione, desde lo

interdisciplinar, cuál es el objeto común de intervención. De tal modo, se evita dejar al paciente, y/o a su red, aislado sin capacidad de decir lo que le pasa y sin posibilidad de contar con respuestas efectivas a su problema.

En lo que respecta a la gestión de recursos y la relación con los pacientes, este encuadre es necesario también pensarlo al interior del Servicio Social y al cuerpo de Trabajadoras Sociales. La Jefa 1 expresa la necesidad de abandonar ciertos modelos de asistencia que aún siguen vigentes en las prácticas del quehacer cotidiano. Ante la actual escasez de insumos, observa por parte de algunas profesionales la “idea de tener que entregar algo”, no sólo como respuesta inmediata al paciente, sino más bien como una imposibilidad de poder pensar una propuesta más de fondo.

Frente a esta situación, desde la Jefatura se asumen dos posturas: una en relación al equipo profesional y, como consecuencia, otra en relación al paciente:

Jefa 1: [...] creo que el asistencialismo es etapa superada [...] el paciente que no tiene ropa, no es función del Servicio Social el conseguírsela, [...] yo tengo que instrumentar al paciente en la obtención de los recursos, conseguirle un turno; yo tengo que instrumentar al paciente para que defienda sus derechos institucionales y acompañarlo, no acompañarlo a conseguir un turno [...] a esto es a la lucha que yo creo que hay que dar todos los días [...] no pasa sólo en este Hospital.

Por un lado se abre la necesidad de trabajar desde la importancia de emponderar¹¹ al paciente como sujeto de derechos y acompañarlo en ese proceso para que conozca cuáles son sus derechos y los ejerza como tal (al mismo tiempo que se vehiculizan las acciones necesarias para la obtención de lo que necesita). No se trata de dejarlo solo, sino que el cambio de modelo de la forma de trabajo es un imperativo que se da tanto para el profesional como para el usuario. El usuario viene a buscar “lo que espera, lo que siempre se le dio”. El cambio de postura implica un recontrato entre profesional-paciente: el paciente es sujeto de derecho y como tal debe exigir que estos se cumplan. Lo que necesita no es una dádiva sino una respuesta efectiva producto de un derecho adquirido

¹¹ **Emponderar:** concepto sociopolítico utilizado por las ciencias sociales. Se originó en EEUU durante los movimientos de derechos civiles de los años sesenta y comenzó a ser aplicado en los movimientos de las mujeres a mediados de los setenta. Responde a la necesidad de generar cambios dentro de las relaciones de poder entre géneros. A los fines de este trabajo, se tomarán las definiciones que hace Magdalena León: toma de la autora Martha Elena Venier (1996) de un estudio sobre el término y dice que emponderar proviene del verbo inglés *empower* y su sustantivo *empowerment*, y significa dar poder, que el sujeto se convierta en agente activo como resultado de un accionar, que varía de acuerdo a cada situación concreta. Emponderarse significa que las personas adquieran el control de sus vidas, logren la habilidad para hacer cosas.

Jefa 1: [...] yo tengo que instrumentar al paciente, enseñarle al paciente cuáles son sus derechos, esto es lo que yo considero que es lo que le tiene que brindar el sistema de salud y enseñarle a reclamar él, por sí mismo [...] yo lo puedo acompañar y lo voy a acompañar en este proceso pero la gestión la tiene que realizar él, no ir yo por el paciente, que creo que esto se da no sólo en este Servicio Social si no en todos los servicios sociales.

Por otra parte, en relación a las TS supone problematizar un cambio teórico-metodológico que si bien está presente hace ya varios años, no termina de estar enraizado en las representaciones y en las prácticas. En este sentido, las nuevas camadas de profesionales, formadas desde otro marco teórico, ayudan a que este proceso se facilite. De todas maneras, si bien el SS, ocupa un espacio preferencial en el cambio de las posturas asistencialista a la de derechos, este es un cambio que debe asumir todo el equipo de salud. El campo de los derechos del ciudadano y el ejercicio del derecho a la salud por parte de los usuarios no son exclusivos del núcleo de especificidad del Trabajo Social, sino que podemos enmarcarlos en el campo de la Salud Pública. ¿Por qué digo esto? porque sino la equidad en el derecho a la salud pareciera una bandera que debe enarbolar el SS, y el ciudadano se desdibuja como tal o es ciudadano para un determinado servicio. La persona que necesita ser asistida con su necesidad debería ser la misma para todo el equipo de salud.

Indefectiblemente, este planteo abre el interrogante acerca de cuál es el rol del TS cuando se ve amenazada la entrega de recursos, dado que en los orígenes de la profesión constituía parte de las tareas esenciales la distribución de recursos básicos como ropa, alimentos y medicamentos. Está más que claro que hoy ya no lo es, porque tampoco es el mismo contexto que demandaba este perfil.

Jefa1: [...] los recursos y las necesidades de la gente [...] esa es la función: entre los recursos existentes y las necesidades de la población que tenemos la obligación de conocer, es la función del articulador [...] cómo nos instrumentamos para dar solución a un problema, por eso yo digo que somos el articulador dentro de la institución, somos el que trae la necesidad del paciente [...] ésta es la función [...] Tenemos que conocer el recurso para saber hasta qué punto podemos dar o no dar respuesta, o cómo nos incumbe para dar una solución al problema.

Es en este sentido que la Jefa General del Servicio se refiere a la necesidad de continuar en la gestión de recursos con una significación diferente. El reconocimiento que el trabajo debe estar centrado en el usuario y operar en función de sus derechos y necesidades. El TS queda entonces en esta relación usuario-necesidad como el articulador y no como el dador de ningún

recurso. Estas acciones que conforman una de las dimensiones de su proceso de trabajo son posibles por el manejo que el TS tiene de las tecnologías blandas y semi-blandas: el conjunto de saberes, conocimientos y relaciones que maneja el TS dentro de la institución.

- En primer lugar el conocimiento exhaustivo de los recursos existentes y de los requisitos para acceder a ellos.
- En segundo lugar los instrumentos: la Historia Social y el Informe Social: En ellos reside el poder del TS, en dar cuenta de la situación de salud-enfermedad, social, económica y familiar que fundamenta la solicitud del recurso por estos medios, en virtud de poder facilitar el acceso al mismo.
- Finalmente, la capacidad de gestionar, articular y luchar por y con el paciente para que sus derechos sean respetados.

En definitiva, no se habla aquí de que el TS por sí, en su tarea cotidiana, maneje recursos tangibles, sino que en todo caso lo hace con aquellos de carácter simbólico, que en definitiva es la capacidad de gestión en el ámbito de la micropolítica institucional.

Es importante que en este cambio de modelo se pueda asumir además estas capacidades que el SS tiene y que al momento del relato se naturalizan, como algo dado, *per se* y no se lo puede capitalizar como lo que es: capacidad de gestión, de conocimiento de la institución, de las redes que la conforman y de los puntos claves, estratégicos que hay que contactar para cada caso.

Este es el sentido principal de la hipótesis de este trabajo. Develar, mostrar, esclarecer, estas capacidades y roles que el TS ejerce cotidianamente pero que no son visualizados como tales por el propio equipo de TS. Esta observación es válida para el caso en estudio pero no es privativo de él, sino que se puede observar como generalidad en otros servicios sociales de salud.

Es necesario recuperar y seguir sistematizando estas experiencias de manera tal que puedan ir conformando un saber sistematizado puesto al alcance de otros. Al explicitar esta mirada con la Jefa 1, ella decía en la entrevista:

Jefa 1: [...] creo que estamos instrumentadas para eso [...] estamos instrumentadas, es decir, nosotros lo que tenemos es la capacidad para ver un todo...el médico tiene una mirada más segada, enfoca hacia la patología, nosotras por formación profesional o deformación profesional, no nos quedamos con el cuadradito, siempre vemos el conjunto.

Supervisión y capacitación continuas

Dentro de las funciones de la jefatura, la Jefa 1 relata:

Jefa 1: [...] a mí me parece importante acompañar al TS en su tarea mediante la supervisión, la organización de ateneos; cuando veo que una problemática está desbordando, por ejemplo acá tenemos en cada sala, tenemos dos trabajadoras sociales, la problemática de ese servicio está desbordando a los TS, el organizar un ateneo para intercambiar, para poder hacer aportes, para hacer una mirada desde lo metodológico que pueda aliviar a la colega o instrumentarla para lo que pueda necesitar también de recursos, esto también es una función fundamental del Jefe: el propiciar la formación del colega, yo esto lo fomento muchísimo, tengo el acompañamiento de las otras dos jefas que iban a estar, y me dejaron sola.

Es importante destacar que en la Planificación Anual del Servicio Social, existe el Sub Programa de Docencia e Investigación.

Entre sus objetivos específicos para el año en curso encontramos:

- Favorecer la capacitación continua de los profesionales del área e implementar estrategias de intervención adecuadas a las nuevas problemáticas sociales.
- Articular con las distintas unidades académicas en el fortalecimiento y ejecución de los distintos programas sociales en salud.

A lo largo de las distintas entrevistas de sala, que a continuación se detallan, surge que las TS de las distintas especialidades realizan proyectos de investigación y/o mantienen una práctica de escribir y sistematizar la tarea cotidiana. Un ejemplo es el caso de Pediatría Infantil en el seguimiento por más de ocho años de pacientes con VIH.

Jefatura de Sección o Unidad

Además de la Jefatura General, la Resolución 482/02¹² contempla el cargo de Jefe de Sección cuyas funciones desde lo normativo son:

- Organizar, planificar, coordinar y supervisar y evaluar las actividades del Servicio Social a su cargo.
- Analizar y sugerir medidas tendientes a mejorar el nivel de atención de los pacientes.

¹² Ob.cit

- Promover la planificación y realización de actividades interdisciplinarias.
- Articular acciones con las redes institucionales del campo de la salud y promoción social.
- Promover actividades de capacitación continua para los profesionales de Servicio Social o Trabajo Social.
- Implementar formas de intervención profesional adecuadas a las nuevas problemáticas sociales.
- Desarrollar modalidades de supervisión en forma progresiva y sostenida.
- Difundir y promover disposiciones y normativas que hacen al correcto desempeño de la intervención.
- Confeccionar la documentación profesional y técnico-estadística correspondiente a su nivel.
- Asumir las funciones delegadas por el jefe de Servicio o su reemplazo en caso de ausencia.

Las Jefas que ocupan estos lugares son las Jefas 2 y 3, que tienen a su cargo las Salas de Internación y el Área de Consultorios Externos, respectivamente.

Además de las acciones formales que por normativa deben cumplir, las entrevistas realizadas me permitieron encontrar que asumen otras tareas que ocupan el centro de su trabajo. Entre ellas se encuentran la co-organización del Servicio junto a la Jefa General, en lo que hace a la división de tareas y funciones de las áreas de su responsabilidad: Internación y Consultorios Externos, respectivamente. Realizan también, al igual que la Jefa General, gestión de recursos materiales y simbólicos; la delimitación de funciones al interior del equipo en relación al trabajo con otras disciplinas.

Teniendo en cuenta las funciones que de la norma se desprenden, proponen como política de trabajo poner la mirada en los aspectos de prevención y de promoción de la salud, tanto hacia dentro como hacia afuera del Hospital. El trabajar a través de programas permite abordar estos dos aspectos en cualquiera de las temáticas.

Un ejemplo de esto es el Programa de Salud del Escolar que el SS integra desde hace 25 años. En él se realizan acciones de prevención en las 22 escuelas que están incluidas en su Área Programática:

Jefa 2: [...] defender desde el espacio físico, desde la profesión desde el rol, desde las

incumbencias [...] pero es la lucha, larga y cotidiana, [...] te vamos a contar lo de la Guardia. Hemos logrado la inclusión en las escuelas [...] Nosotras damos charlas de prevención, trabajamos con los padres, con los docentes, con los niños, ahora nos limitamos sólo con los chicos porque ahora no nos da el tiempo, no estamos dando abasto con todas las escuelas, son 22, salimos una vez por semana.

Así como conforma programas de larga data, el Servicio Social ha jugado también un papel muy importante en la captación de la necesidad concreta de abrir un nuevo programa con el que se pueda trabajar el tema del Mal de Chagas. El mismo surgió a partir de las charlas para las embarazadas que se realizaban en la Sala de Espera. La escucha y la mirada epidemiológica sobre las demandas concretas de las mujeres llevaron a plantear esta necesidad. De esta manera, se concretó, desde el año 2007, el Programa de Detección y Tratamiento del Mal de Chagas.

Jefa 2: [...] a partir de los casos, empezaron las consultas por Chagas. Dando las charlas, charlas de prevención de VIH-SIDA y lactancia materna, empezaron las consultas sobre Chagas, las colegas y nosotras veíamos cada vez más VIH solo o asociado a otras patologías, TBC, Chagas, hay un cardiólogo que es referente de la red de Chagas acá en el Hospital, le planteamos esta inquietud que nos traían las pacientes y que nostras veíamos.

Otra de las formas que asumen los aspectos de promoción y prevención de la salud es a través de la participación de las Jefas y de las TS en los Comités Hospitalarios asignados por el Jefe de cada Servicio.

Esta visión integral del proceso de salud-enfermedad que mantiene el Servicio Social desde cada actividad que emprende, es lo que permite que dentro del proceso de trabajo, y desde la jefatura en particular, se promueva la conformación de comités o de equipos interdisciplinarios en relación a un determinado problema de salud. El SS conforma estos comités, desde el convencimiento de que el trabajo interdisciplinario constituye una de las formas más eficaces para abordar un problema:

Jefa 3: [...] a raíz de la charla surgía la demanda, las pacientes se acercaban a nosotras, nos consultaban dónde y cómo podían ser tratadas, entonces a raíz de eso nos pusimos en contacto con este cardiólogo.

Jefa 2: [...] si tomas las normas dice, está dentro de nuestras funciones, realmente fomentar, está en las normas, que desde Servicio Social: motivar, favorecer, lograr realmente la integración de los equipos de salud, motivar a la conformación de comités o de los de equipos interdisciplinarios, pero lo logramos desde la persistencia [...] y se armó

el comité acá adentro de Hospital, ¿por qué no conformábamos un comité interdisciplinario?, nos pareció bárbara la idea y así surgió, te nace, como somos, y seguimos, seguimos, seguimos.

También conforman el Comité de Violencia, y desde allí también luchan y se posicionan en pos de los recursos que no están para un mejor funcionamiento del Programa y del Comité.

Jefa 1: [...] ahí está, yo voy a lo que podemos, que denunciamos, que pedimos, por ejemplo desde el Comité de Violencia, nosotros estamos pidiendo la conformación de un equipo interdisciplinario para la atención, porque acá Salud Mental sólo atiende situaciones cuando están los chiquitos internados, es lo único que hemos logrado, se le propone, se le dice al Director cuáles son las necesidades para un determinado dispositivo de funcionamiento, le presentamos el proyecto, el flujograma de atención y después nos dice que no hay horas profesionales, a esto es a lo que voy, llega un límite donde tampoco tenemos poder de decisión.

Por último, me gustaría rescatar la mirada epidemiológica que tienen tanto las Jefas como las TS de planta acerca de los problemas de PSEAC.

El TS posee una visión integral acerca de la persona, y en el caso específico de su proceso de salud-enfermedad puede abarcar el conjunto de la situación-problema, dado que está mirando siempre a la persona en su contexto, y no fuera de él, y desde ahí aborda lo específico. Por otro parte, el hecho de estar en contacto permanente con la población que realiza la consulta, y además el mantener una escucha atenta, más allá de lo que el Programa indica, conduce a que al interior del colectivo profesional aparezcan preguntas propias de una visión epidemiológica. Les permite captar necesidades en la población que asiste ambulatoriamente al Hospital y transformar esas necesidades en respuestas, a través de acciones sistemáticas que pueden o no tomar la forma de Programa.

Jefa 2: [...] y nos reunimos el resto del equipo, trabajamos y ahora convocamos a una reunión para el próximo jueves para ver qué es lo que está pasando con la deserción que tenemos nosotros, desde los datos que vemos por Consultorios Externos, superan a los que van, qué está pasando con Infectología Infantil, ¿por qué no llegan los niños? ¿qué está pasando? ¿qué está pasando con los turnos de las criaturas?, ¿de los chicos?

1.2 SALAS DE INTERNACIÓN

Este apartado estará referido a la organización del trabajo en las Salas de Internación. Para la presente Tesis, se tomó las salas de las especialidades básicas: Clínica Médica, Pediatría y Obstetricia, específicamente la Sala de Maternidad.

En la Programación Anual del Servicio Social están mencionados los objetivos específicos para el Sub-Programa de Internación:

- Identificar las problemáticas socio-económicas de los pacientes internados a fin de diagnosticar, tratar y evaluar las situaciones sociales por las que atraviesa él y su grupo familiar.
- Coordinar con el equipo de salud a fin de lograr la atención de los pacientes internados, procurando que el equipo mantenga el componente social como elemento fundamental del enfoque integral de la salud.
- Captar patologías para articular con los programas en vigencia (TBC-VIH) de Consultorios Externos a fin de asegurar la adherencia a los tratamientos.
- Coordinar con diversas instituciones de salud, educación, justicia, organizaciones no gubernamentales, para la reinserción social del paciente al egreso de su internación.

Se realizará una descripción del aspecto organizacional general de cada sala y de la organización específica del Servicio Social en ellas.

El trabajo en sala se caracteriza principalmente por el trabajo con el paciente internado y con los médicos tratantes. Consiste en la selección de las personas a entrevistar, la entrevista propiamente dicha, la elaboración del diagnóstico inicial y las líneas de acción correspondientes.

Sala de Clínica Médica. Caracterización general

La Sala de Internación está compuesta por un total de 135 camas, dispuestas en “alas” (denominación que da el Hospital) . A su vez, cada una de las “alas” está dividida en Sala de Hombres y de Mujeres, y algunas de ellas se comparten con la Sala de Cirugía General. De ese total, al momento de realizar las entrevistas, estaban dispuestas 122 camas.

El responsable de la Sala es un médico clínico, el Jefe General. La Sala, además, está compuesta por médicos de planta, residentes y concurrentes que están realizando su capacitación en servicio.

En Clínica Médica, al igual que en el resto de las salas, el Servicio Social interviene diariamente ya sea a nivel asistencial o de interconsulta, siendo considerado un servicio transversal al resto.

El tipo de pacientes que se atienden son adultos, tanto hombres como mujeres con situaciones de enfermedad crónicas reagudizadas o enfermedades en estado agudo, tales como: pacientes cuadripléjicos, diabéticos, cardiológicos, hipertensos, pacientes con VIH, entre otras.

Además, se atienden pacientes con problemas de consumo problemático de sustancias, que viven en situación de calle y que por esas dos variables llegan a la internación en una situación de total descompensación de su estado general de salud.

Organización y modalidad del Trabajo Social

Las Trabajadoras Sociales son tres, cada una de ellas tiene asignada entre 30 y 35 camas.

La periodicidad con la que van a la Sala es diaria, de dos a tres horas por día. Cada trabajadora social va tres veces por semana, dado que los demás días son utilizados en el trabajo por programa y en la demanda espontánea.

El trabajo en Sala se caracteriza principalmente por el trabajo con el paciente internado y con los médicos tratantes. Consiste en una selección de las personas a entrevistar, la entrevista propiamente dicha, la elaboración del diagnóstico inicial y las líneas de acción correspondientes. En cada sala se pueden presentar distintas particularidades. En el caso de Clínica Médica, los pacientes internados por esta Sala presentan situaciones graves lo que no siempre permite entrevistarlos. Esto, de alguna manera, incide en la posibilidad o no de dar

inicio a una intervención *in situ* con el paciente, en las situaciones que lo requiere se utilizan otras estrategias que comprometen a los referentes, ya sean parientes o personas cercanas al paciente:

TS CM1: [...] el paciente que llega está hecho bolsa, está transitando un ACV, un VIH, muy agudo, un SIDA y si no están en esta cuestión de camino a la muerte y a veces ir a la Sala sin que se nos complica con los procedimientos que hacen los médicos o los enfermeros, prefiero ir en otro horario, el otro horario, por ahí llegas a la hora del almuerzo, tampoco es la mejor hora para hablar con el paciente, y después ya casi nos toca irnos, entonces hay poco espacio de calidad para poder hablar con el paciente y aparte según cómo está el paciente, podés hacer algo o no, por ahí están mal, no existe la posibilidad de tener una entrevista.

Ante la realidad que se presenta habitualmente en la Sala, las trabajadoras sociales han implementado el siguiente procedimiento antes de entrevistar a los pacientes internados:

TS CM1: [...] previo entrar a la Sala, es chequear con los administrativos quiénes están internados, ver qué movimientos hubo en la Sala, ver HC para ir teniendo una idea de qué le pasa al paciente, de su estado de salud, si tiene hijos o no, dónde viven, entonces ya capturando algunos datos y voy seleccionando, si son de PAMI o no, ya que hay una colega de PAMI en el Hospital, uno hace una orientación pero deriva, a partir de la lectura de la HC digo, “¡Ah! bueno, este puede ser”, como dicen los clínicos.

1. Selección de las personas internadas.

Previamente a realizar las entrevistas, se realiza una selección de las personas internadas en función de la posibilidad o no de entrevistarlas y/o al requerimiento que tenga la persona de la intervención de un trabajador social o no. En los casos que sí se requieren de una intervención social:

TS CM1: [...] entonces hago una selección de a quiénes me acerco y sumo las interconsultas, todas las situaciones de calle nos llueven y los que son psiquiátricos, todos esos yo voy a la interconsulta y son los casos que uno tiene tanto tiempo y [...] que te demandan tantas cosas, a veces estás todo el día con un paciente a ver cómo solucionas esto.

2. Entrevista y elaboración de la aproximación diagnóstica.

Una vez que se ha seleccionado a los pacientes se comienza a entrevistar a aquellos pasibles de ser entrevistados.

A estas entrevistas se las denomina estadísticamente de “primera vez”: “supone el primer

contacto con el problema de intervención en el año calendario”¹³. Tienen como objetivo poder conocer al paciente y evaluar la dimensión social de la situación salud-enfermedad. Las vamos a denominar desde ahora, a los fines de este trabajo, “entrevistas de acercamiento-conocimiento del paciente.”

Esta primera aproximación diagnóstica supone

[...] la elucidación de los datos complejos de una situación o acontecimiento, en tanto aproximación desde un marco comprensivo explicativo de esa situación o, sencillamente, en tanto búsqueda de una secuencia lógica que dé sentido a lo que se presenta como demanda (Carballeda, 2002, p. 93-94).

Permite visualizar los aspectos relevantes de la situación-problema, enumerar y jerarquizar en función de las posibilidades de resolución en función de los recursos, la magnitud y urgencia que presente.

Lograda una primera aproximación diagnóstica, se establecen entonces las:

Líneas de acción a partir de la situación-problema objeto de intervención (también denominado tratamiento del caso).

Es en este momento de la intervención en el cual se explicitan las principales líneas de acción a seguir a corto, mediano y largo plazo, depende del tiempo de internación que requiera el paciente, lo que se denomina también tratamiento o seguimiento del caso o situación socio-familiar.

La Intervención, es decir, la definición de las líneas de acción que se establecen a partir de la situación diagnóstica y la ejecución de las mismas, implica, según Carballeda, la posibilidad de dar respuestas a partir de determinados dispositivos para la acción.

Supone una serie de gestiones tanto internas como externas a la institución hospitalaria y a la Sala misma. Implica la gestión de recursos materiales y simbólicos tanto al interior del Hospital o requiere, según el caso, de gestiones con otras instituciones. Además, comprende mantener en forma permanente un espacio de interconsulta con los distintos profesionales que intervienen en la situación problemática: médico tratante, servicio de salud mental, entre otros.

¹³ Dirección General de Establecimientos Asistenciales (1995). Registro Estadístico de Servicio Social. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

3.1. Gestión de recursos materiales y simbólicos

3.1.1. Gestión de recursos materiales: gestión de una prótesis, de una medicación que no se cubre desde el vademécum de la farmacia del Hospital, o si se trata de un paciente en situación de calle, gestionarle un tercer nivel, hogar geriátrico, o el trámite de un subsidio habitacional, entre otros.

Para esto, se hace necesario realizar diversas gestiones, algunas que ya están previamente normadas a través de formularios dispuestos por áreas centrales, comunes a todos los hospitales, y que se realizan en distintas instancias del Hospital. Las gestiones de recursos externos al Hospital suponen articular con otras dependencias del Gobierno de la Ciudad y/o a nivel nacional, estas articulaciones requieren comunicaciones telefónicas y/o envío de informes sociales adicionando una serie de documentación del paciente para la obtención del recurso solicitado.

Una vez iniciada la gestión de un recurso, se hace necesario pasar a un segundo momento que es el seguimiento de dicho trámite, lo cual puede llevar un plazo de dos a siete días para su obtención, depende de la oficina de la que se trate.

Estas gestiones se realizan post-trabajo en la Sala. Por lo general, el ámbito de realización es el Servicio Social.

3.1.2. Gestión de recursos simbólicos: una vez que se ha entrevistado al paciente, se requiere que el trabajador social realice entrevistas de conocimiento a los familiares y/o referentes del paciente-usuario internado, con la finalidad de saber más del mismo en aquellos aspectos que lo requieran, y además con la finalidad de generar una responsabilidad compartida en lo que hace al cuidado del paciente. Esta gestión se da en los casos en los que sí existe referente afectivo.

También podemos denominar a este proceso: *construcción de redes de referencia del paciente en cuestión*, vitales para su recuperación y la adquisición de autonomía. Es importante destacar que cuando hablamos de construir redes de referencia para el paciente nos valemos tanto de los relatos que surgen de la entrevista, como así también de los relatos de los referentes encontrados. Carballada refiere que en la intervención en lo social los relatos ocupan un lugar central.

[...] la intervención implica analizar relatos, que se recortan dentro de lo que se denomina

cuestión social y poseen una faz material y una simbólica que se constituyen de manera histórico-social, como forma de expresión de diferentes actores sociales (Carballeda, 2002, p. 101).

Los relatos sirven de insumos para reconstruir la situación socio-familiar del paciente, a la vez que aportan los posibles recursos simbólicos: de armado de redes necesarias para el tratamiento. Según C. Geertz¹⁴, los relatos portan en sí mismos las claves para su interpretación.

De hecho el registro de todos estos relatos, que para el trabajador social se transforman en datos, se registran en lo que formalmente se denomina Historia Social, la misma constituye un documento de la Institución y del paciente donde figuran sus datos personales, familiares y el relato de la situación socio-familiar, el diagnóstico y las intervenciones que conlleva el/los problemas que motivaron la intervención.

Quisiera destacar que este tipo de recursos se hace central y se torna imprescindible cuando hablamos de situaciones de pacientes frecuentes en la internación de la Sala de Clínica Médica. En los casos en que no existen referentes o no se puede entrevistar a la persona, es necesario tomarse de los pocos datos con los que la persona entró al Hospital, y desde ahí comenzar a buscar redes posibles que puedan hacerse cargo del paciente en cuestión.

Los casos en que las personas provienen de una situación de calle, la situación se complejiza porque, por lo general, se trata de personas que hace muchos años han cortado sus lazos sociales formales y han construido otros, sumamente lábiles, precarios, de poco tiempo, a los que es imposible contactar y si se los contacta son poco efectivos. Este tipo de personas son denominadas por Castell como “los desafiliados”.

El personaje-tipo de la zona de marginalidad profunda o de desafiliación es el vagabundo. No trabaja, aunque podría trabajar, por lo menos en el sentido de que no está discapacitado. Al mismo tiempo está desvinculado de todo soporte relacional. Es el errante, el extranjero que no puede ser reconocido por nadie y por ello es rechazado en todos lados. En consecuencia caen sobre él medidas represivas crueles, desde el exilio hasta la muerte en casos extremos. La zona de marginalidad, que prefiero llamar zona de desafiliación para marcar bien la amplitud del doble desenganche: ausencia de trabajo y aislamiento relacional (Castell, 1991, p. 28).

¹⁴ Citado por Carballeda (2002, p. 101).

Agregaría además que el “desafiliado” es destinatario de caer habitualmente en las guardias de los hospitales cercanos a la zona geográfica donde pare más habitualmente, no solo por algún tipo de deterioro orgánico sino por la ausencia de políticas sociales habitacionales efectivas, las guardias de los hospitales públicos terminan siendo el mejor reducto donde pasar las noches. Pareciera entonces que el Hospital fuera uno de los pocos anclajes todavía posibles en la serie de recursos perdidos por los que ha ido pasando el paciente-usuario que se encuentra en esta situación.

TS CM1: [...] el otro paciente que está en Cardiología, ahora no lo vi, es un paciente de PROFE y no tiene DNI, estaba en la calle, hace cuatro meses que está. Con la autorización de la Jefa del Servicio, nosotros no vamos a Provincia (Gran Buenos Aires) pero como yo vivo cerca de la dirección que daba [...], él me fue dando direcciones de dónde puede vivir, para ubicar a la familia o algún tipo de contacto; he aquí que la primera dirección era un lavadero de autos, la segunda ni lo conocen [...].”

De ser posible el ingreso al Hospital, es el Servicio Social el encargado de reconstruir esa red de recursos materiales y simbólicos, con el objetivo de gestionar-recuperar alguno que sea posible y efectivo para soporte del paciente en la situación de internación, y para su potencial egreso. De esta manera se está previniendo que si para el paciente la situación de enfermedad es la central, al ser dado de Alta no vuelva a padecer situaciones de desamparo que vuelvan a generar un círculo y lo obligue a ser re-internado con un cuadro general de mayor deterioro al que presentaba cuando ingresó por primera vez.

En estos casos, el Alta Médica debería ser posterior al Alta Social, que implica tener resuelta la situación habitacional del paciente, ya sea mediante la conexión con un referente que responda en con este recurso o bien mediante la gestión de un tercer nivel. Ambas intervenciones que debe realizar el SS consumen un insumo valioso que es el tiempo, y por lo general no son de rápida resolución.

3.2. Espacio de Interconsultas:

Luego de realizar las entrevistas pertinentes a los pacientes internados, se da inicio a la serie de interconsultas que requiere la situación de salud-enfermedad por la que están atravesando las personas.

TS CM2: [...] yo les digo a los de Clínica, a los médicos, a ver, una de las cosas que por ahí ustedes tienen que descartar cuando ven a un paciente por el cual no pueden hacer

contacto, que no lo pueden interrogar, y nos piden a nosotras que vayamos para comunicarnos con él. Yo les digo: “Yo magia no hago, empiecen a averiguar si hay algo del orden de la salud mental; descartemos”, y después entonces veamos si es parte de la conmoción que tiene la persona porque está internada o por la vida que está llevando. Entonces, es como que lo de salud mental viene después de lo social, y no, está antes [...]

Si se trata de un paciente con patología mental es necesario hacer la interconsulta con el Servicio de Salud Mental. Estas interconsultas se realizan junto con el médico tratante.

También pueden surgir otras interconsultas provenientes de otros servicios, pero que tengan a sus pacientes internados en la Sala de Clínica Médica, como puede ocurrir con el Servicio de Ginecología, en el caso de mujeres internadas por temas ginecológicos.

Las interconsultas provienen tanto de los médicos de planta como de residentes a cargo de los pacientes seleccionados para entrevistar. Por lo general, estas interconsultas están referidas más a las demandas de los profesionales médicos que a los pacientes en sí. Las interconsultas que recibe el Servicio Social por parte de los médicos giran en torno a:

- la necesidad de conectar al paciente con la familia,
- gestionarle un recurso,

TS CM1: [...] te decía, bueno, dos casos muy puntuales, sobre todo uno donde yo observo desde hace un tiempo, la no interdisciplina, la falta de comunicación, y esto hablo de lado un poco de mi locura, de pronto vos me decís paciente amputado, un paciente que está sin nadie, paciente que tiene como referentes a dos personas, que han hecho un montón de trámites, y que llegue en el mes de mayo en la Sala y me lo presentan como si fuera de primera vez, cada vez que voy me lo presentan como si fuera de primera vez para hacerle el certificado de discapacidad, son trámites que duran mucho, eso quedó ahí, lo puse en la hoja de la Historia Clínica, [...] el tramitarle la silla de ruedas, ahí está, postrado, se le consigue pero le pregunto: “¿Te vienen a ver?, ¿te están haciendo kinesiología? Nada, voy a hablar con los médicos, y me contestan: “No, yo ya les dije, no es colaborador, no...no, está desde noviembre, tiene 'hospitalismo agudo', ¿qué se puede pretender?” Pregunto: “¿No hay un psicólogo, psiquiatra, un kinesiólogo? ¿estamos todos locos?”

Es en estos casos cuando la gestión de recursos implica algo más que el trámite de la silla de ruedas o del documento o del turno para una pensión. En los momentos en que el paciente no es autoválido, supone asumir por él el ejercicio de los derechos que posee como paciente y

que justamente por su condición de enfermo, al no poder ejercerlos, depende de otro que los haga cumplir para que mejore su calidad de vida.

TS CM1: [...] voy a ver al paciente a la cama me encuentro que estaba (desde noviembre internado) en la silla de ruedas en un grito: “¡Ahh!” lo veo sentado y me pongo contenta y le digo: “¡Bien, Pedro!” me dice: “¡Qué bien! ¡Estoy todo dolorido de la espalda! Pero algo empezaron a hacer, quiere decir que resultó esto, yo le decía a la doctora: ¿Cómo puede ser que no tenga rehabilitación, kinesiología?” Ponele, el paciente puede no ser colaborador, a eso lo definen los médicos, pero él le dijo al doctor “Yo me siento en la silla solo”, le expliqué a Pedro que después de varios meses de estar postrado, ahora se iba a sentir medio mareado...dolorido... Bueno, ese es un caso, que después de varios meses recién cuando uno insiste lo atienden.

Implica, en distintas situaciones, una lucha de poder dentro de las disciplinas intervinientes, donde el derecho del paciente, de no existir esta lucha, queda total o parcialmente vulnerado.

Y, además, la posibilidad de poder escuchar al paciente desde otro lugar, desde el lugar del otro que está padeciendo y no se encuentra con las mismas capacidades que el que le está administrando el tratamiento. Él dice: “Yo puedo sentarme solo” y el médico opina: “No es colaborador”. En estas frases, pertenecientes a un mismo párrafo, pareciera que media un abismo en la posibilidad de entendimiento entre profesional y paciente.

[...] desde la intervención se interpretan situaciones, se captan las motivaciones y las intenciones de los demás, se logran entendimientos intersubjetivos (Carballeda, 2002, p. 101).

Es el Trabajador Social, en este caso, el que tiene lugar para esa escucha, y desde ahí decodifica otra demanda y otra postura del paciente, y en función de ello solicita a la otra disciplina lo que el paciente no puede. Y lo hace desde lo que Emerson Merhy denomina “tecnologías blandas” (Emerson, 2006, p. 36), desde los actos de la escucha y desde el habla, desde el acogimiento, desde ponerse en el lugar del otro.

En el capítulo siguiente se abordará en mayor profundidad este aspecto, aquí se menciona a los fines de darle un cierre al/los procedimiento/s que se realizan en Sala, que apunta/n a la atención integral del paciente internado.

Sala de Pediatría. Caracterización general

Al igual que la Sala de Clínica Médica, la Sala de Pediatría está organizada con una médica Pediatra a cargo de la Jefatura, médico de planta, residentes y concurrentes El Servicio Social concurre a la Sala diariamente pero no forma parte de la Sala en sí.

La población pediátrica comprende desde el primer día de vida hasta los 14 años de edad. La Sala de Internación trabaja mayormente con niños y adolescentes con patologías agudas o crónicas reagudizadas.

Organización y modalidad de trabajo social

Las entrevistas dejan entrever el siguiente procedimiento:

1. Al inicio **se selecciona el caso a tratar**, a partir de la interconsulta de los pediatras, se lee la Historia Clínica del niño/a en cuestión y luego se mantiene la entrevista con el médico tratante a raíz de su consulta.

TS P: El trabajo nuestro parte por interconsulta de los pediatras afectados por la Sala de Internación [...] Surge alguna inquietud de ellos respecto de alguna situación de la Sala de Internación que para ellos amerita nuestra mirada, desde allí nos acercamos, revisamos la Historia Clínica, hablamos con el Pediatra que nos pide la interconsulta.

2. Se realiza la **entrevista a familiares y/o referentes adultos**. También, se concreta la interconsulta con el médico pediatra tratante. Finalmente, se lleva a cabo la elaboración de la aproximación diagnóstica.

Dado que aquí se trata de niños, la entrevista se le realiza al referente adulto del niño que el pediatra trajo a la consulta.

TS P: [...] y a partir de ello iniciamos la entrevista con la familia del niño internado, con algún referente adulto del niño internado. Muchas veces, la interconsulta y las dudas que nos traen los médicos no coinciden con la mirada que nosotras tenemos del problema, están cargadas de estereotipos, de prejuicios, estee... y a veces no permiten que uno pueda trabajar en tanto son tan cerradas, entonces lo que nosotras hacemos es, por un lado, trabajar con el médico, acerca de qué nos quiere decir con esto que evaluó.

- **La aproximación diagnóstica surge:**

- a) de discutir con el médico tratante los preconceptos que tienen del caso,
- b) testear con la entrevista a los referentes adultos,
- c) por último, proceder a efectuar una aproximación diagnóstica social.

Acerca de la aproximación diagnóstica, la Trabajadora Social refiere que hay que realizar un trabajo importante con el equipo de Pediatría para no incluir todo en la categoría de riesgo social, y que se hace necesario entonces deconstruir con ellos el concepto de riesgo¹⁵ con cada caso en particular:

TS P1: [...] en general, para los médicos, todo es riesgo social: desde problemáticas de maltrato en sus diversas formas: desde maltrato físico, emocional, abuso sexual, niños en situación de calle, situaciones de desnutrición, donde además de lo nutricional, se evidencie cuestiones vinculares, hasta problemas de violencia entre padres o referentes del niño, y donde el niño es testigo de esa situación, hasta madres que asumen una maternidad precoz, y están sin redes de confianza, todo esto para ellos es riesgo social, les cuesta mucho singularizar las situaciones [...] sacarle la carga de riesgo social, nosotras hablamos siempre de vulnerabilidad, la realidad es que la mayoría de las personas que vemos, sí, hace que la gente esté expuesta a una situación de vulnerabilidad.

Y es en este sentido que la Trabajadora Social hace prevalecer su mirada por sobre la del médico buscando otras alternativas de trabajo y de solución a la problemática que se presenta.

Si bien el espacio de interconsulta continúa y forma parte de la modalidad de trabajo, desde hace algunos años las trabajadoras sociales de la Sala de Pediatría decidieron realizar cambios en la modalidad de abordaje a la madre y al niño internado. Antes, las mamás eran entrevistadas cama por cama, mediara o no la interconsulta pediátrica.

TS P1: [...] esto de pasar cama por cama, a veces es muy hostil, la gente también tiene sus prejuicios, imágenes y representaciones sobre el TS, a veces no lo viven como algo que pueda ayudar, entonces tratamos de respetar a la gente en este sentido.

A partir de los cambios propuestos, este pasaje de cama por cama fue reemplazado por un trabajo grupal. Semanalmente se realizan talleres de temas/problemas propios de la edad de los pacientes y del entorno familiar que pueden resultar del interés de las madres. Esto permite que las madres puedan expresar sus problemas, dudas, inquietudes desde su propia mirada y no desde la mirada médica. Permite otorgarle otro protagonismo a la mamá, que puede realizar la consulta por sí sola y evita o disminuye las situaciones de intimidación a las que puedan estar expuestas.

TS P1: [...] los temas: alimentación, grupos de crianza para prevenir situaciones de

¹⁵ Desde un enfoque epidemiológico y operativo, Naomar de Almeida Filho define *riesgo* como “la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, agravio, muerte o condición relacionada a la salud, (incluyendo cura, recuperación, o mejora) en una población o grupo en un período de tiempo determinado” (Almeida Filho, 2005: 90)

violencia, talleres de puesta de límites para los chicos, prevención de accidentes domésticos, y así teníamos llegada a toda la población pediátrica sin tener que pasar cama por cama, el giro cama es de aproximadamente 5 días, podíamos llegar a la salud desde otro lugar y no era vivido como algo muy intrusivo y a partir de este trabajo más grupal, permitió que surjan más demandas y más individualizadas [...] además de poder aprovechar el tiempo de estadía de la internación como un espacio de trabajo desde la promoción y la prevención de la salud.

3. Líneas de acción a partir de una situación-problema objeto de intervención (también denominado tratamiento del caso).

El Trabajador Social a partir de la evaluación diagnóstica determina:

1^{ro} con qué recursos materiales y simbólicos cuenta la familia y el niño/a afectado para hacer frente a la situación de salud-enfermedad que están atravesando.

TS P1: [...] se trata de recuperar, no sólo lo que la gente no puede hacer, sino lo que la gente sí también tiene posibilidades de hacer.

2^{do} se detiene a estudiar **en qué dimensiones del problema sí es necesario realizar acciones de gestión** frente a otras instancias institucionales internas (dentro del mismo hospital) o externas.

Dentro del marco de las líneas de acción específicas, el TS realiza:

1^{ro} Gestión de recursos materiales y simbólicos

Sea para la obtención de un recurso material y/o simbólico, como puede ser gestionar el apoyo de otros familiares o referentes comunitarios que puedan intervenir en el acompañamiento de la situación social planteada o la tramitación puntual de un subsidio económico de apoyo a la familia:

TS P1: [...] con las familias se trabaja, obviamente a partir de la situación problemática que vamos a abordar, o de lo que delimitemos, es un trabajo que no sólo se evalúa al chico, si tiene la capacidad de expresarse, tiene capacidad como para eso, [...] se trata de recuperar la voz del chico, de la problemática que lo aqueja, eso seguro, después se convoca al referente adulto que puede no ser familiar, no se deja de lado a aquel que puede ser biológicamente padre, madre, si tiene algo para decir, pero a veces no hay y otras veces el chico elige a otros referentes pertenecientes a la familia extensa y en situaciones graves como de maltrato, abuso, situaciones de negligencia tratamos de, articulamos con el Consejo de Derechos.

2^{do} Interconsultas con otras disciplinas no médicas, lo cual le sirve de insumo para complementar la visión acerca del problema y enfocar más ajustadamente la estrategia de trabajo a adoptar en cada caso en particular. Las TS buscan la riqueza del trabajo en equipo, tratando de buscar criterios comunes de intervención con las demás disciplinas. Cuando la situación que se presenta exige la solicitud de la intervención del Consejo de Derechos, se realiza una evaluación del caso acompañado de una propuesta de trabajo, que implica un seguimiento-tratamiento de la situación problema.

3^{ro} Seguimiento pos-alta. La Sala de Pediatría ha diseñado un espacio de acompañamiento interdisciplinario posterior al Alta que consiste en la existencia de un consultorio docente de pediatría, en conjunto con los Servicios Social y de Salud Mental. La finalidad es mantener, tener un seguimiento de situaciones complejas. Las entrevistas son por separado, pero luego existe un espacio de tratamiento del caso en forma conjunta.

TS P1: [...] a veces no tienen efectores de referencias o conocen la situación muy poco y uno ya tiene el contacto y no queremos desligarnos de la situación.

Este espacio fue pensado y gestionado desde el Servicio Social junto a la antigua Jefa de Pediatría y a un grupo de residentes:

TS P1: [...] surgió como propuesta conjunta de TS y la antigua Jefa de Pediatría y los residentes que en ese momento estaban y se sostuvo, con dificultades, pero se ha sostenido a lo largo del tiempo, más que nada por la gente.

Sala de Maternidad.

Caracterización general

La Sala de Maternidad está compuesta por dos salas con 70 camas. Hay habitaciones con dos, tres, cinco y siete camas. La más grande, generalmente está completa, 48 hs. por parto normal y 72 hs. por cesárea; el giro cama es rápido y continuo.

Las trabajadoras Sociales asignadas son tres y se reparten las camas en forma proporcional, es decir, de 25 a 30 camas cada una. El recurso humano está conformado por médicos/as de planta, residentes, con un jefe de servicio a cargo.

La población que concurre a la maternidad es diversa en su procedencia y en el tiempo que de residencia en la Ciudad. También difieren las edades de las mujeres que se presentan a parir. En general, esta población suele ser de origen campesino, tanto del interior del país como de

los países limítrofes -Bolivia, Perú, Paraguay- y cuentan con poco tiempo de estadía en la Ciudad. Desconoce las costumbres y los manejos institucionales locales. Si provienen del campo, es posible que hayan tenido partos anteriores no institucionalizados, muchas de las veces sin controles de salud. Estas condiciones en las que llegan las pacientes a parir hacen que el Hospital (que a su vez se caracteriza por tener grandes dimensiones) no sea muchas veces visualizado como “un lugar amigable” para el nacimiento de su hijo.

Además de las mujeres que van a dar a luz, también son internadas en Maternidad mujeres que han tenido problemas en sus partos o que sus bebés requieren internación neonatológica.

TS M3: [...] por lo general, son todas mamás con sus bebés o situaciones de mamás embarazadas o alguna mamá que ha perdido su bebé y que a veces las internan en Obstetricia, siendo esta una situación incómoda para nosotras y dolorosas para ellas.

El tiempo de estadía de las pacientes internadas, por tratarse de un hecho de salud, de vida, como es un nacimiento, no requiere tantos días de internación, por lo tanto, salvo en excepciones donde se presenta algún problema, el paso por cada cama es un trabajo que se lo proponen como una forma de conocer a todas las pacientes, como una manera preventiva ante la posible necesidad de las propias pacientes de requerir el asesoramiento o la intervención del Servicio Social.

Organización y modalidad de Trabajo Social.

1. Recorrida por la Sala y presentación del Servicio Social

A diferencia de la Sala de Pediatría y de Clínica Médica, las trabajadoras sociales de esta Sala realizan diariamente un recorrido por la misma.

TS M3: [...] yo saludo a todo el mundo con un besito, a las chicas también, a todos los que encuentro por el camino y empieza el recorrido de la Sala de Obstetricia, donde se hace una presentación grupal del SS encarnado en la persona de uno, se toman los datos como para conocer, un breve paso como para conocer, quiénes somos nosotras y quiénes son ellas, el objetivo no queda explícitamente establecido, no [...]

2. Entrevista y Trabajo Grupal

Una vez que se presenta el Servicio Social en forma de ronda, en pequeños grupos, se toman

los datos. El Servicio queda a la espera de que haya una demanda de parte de las personas internadas. Esto permite pensar la intervención a partir de la demanda puntual de ellas y no la realización de una entrevista compulsiva de conocimiento cama por cama sin un objetivo explícito que fundamente la intervención más específica.

TS M3: [...] nos parece importante que ellas tengan, es la información que se da en la Sala de Espera, se toman los datos de ellas, después se queda a la espera de las demandas, uno va viendo hasta dónde se entendió, hasta dónde hay interés, ellas son personas que están en la Sala de Obstetricia, no nos demandaron la intervención, uno va y ofrece un servicio y hay mamás que se muestran más interesadas y otras más indiferentes, que no te hacen ninguna pregunta.

Es importante destacar lo que plantea este relato en considerar a la persona no como un objeto de intervención, sino como sujetos que están atravesando una situación de salud, una de las más plenas del ser humano, que es dar vida. Reitero que, salvo excepciones, son situaciones que más que una intervención requieren del acompañamiento del TS y del equipo, sobre todo cuando las mujeres están desprovistas de insumos para la post-alta, pero en sí misma la situación es de vida, de salud y no de enfermedad. Es saludable que el equipo pueda tener una actitud de cuidado, de acogimiento frente a la puérpera y a su cría.

Los temas de las charlas en estos pequeños grupos están referidos principalmente:

- al cuidado del bebé: la importancia de la lactancia materna, estudios preventivos como el de las emisiones octo-emisiones acústicas, y la prueba de pesquisa neonatal (PPN) ¹⁶, el primer control de salud del bebé post-alta,
- a las posteriores trámites que se realizan post-alta: como el trámite del documento,
- a los cuidados preventivos para la mujer-madre: cuidado en el puerperio y la adopción de un método anticonceptivo.
- al asesoramiento e información de planes o subsidios sociales que involucren, como forma de contraprestación, el control de salud de la madre y el niño, como la mayor parte de los subsidios sociales de las actuales política asistenciales: Plan Nacer (Nación), como contraprestación de la Asignación Universal por Hijo; Programa Nuestra Familia (Gobierno de la Ciudad, Ciudadanía Porteña (Gobierno de la Ciudad), entre otros.

¹⁶ Las octo-emisiones acústicas y la PPN se tratan de estudios de rastreo poblacional que se realizan a los niños en el primer mes de vida para la detección de enfermedades congénitas, trastornos de audición y de enfermedades metabólicas, neurológicas, respectivamente, y son de carácter obligatorio.

- a la promoción de la donación del cordón umbilical: es un Programa que lleva a cabo el Hospital Garrahan.

TS M1 y TS M2: [...] la identidad, los estudios obligatorios para el bebé que son las emisiones otoacústicas y el PPN, que son estudios de carácter obligatorio, uno tiene la obligación de dar esta información que a veces no está, no, no está en los médicos, porque no está internalizada en la gente y a veces ni en los médicos, este...y después información que nos parece bueno...que ellos tengan: el documento, los dos estudios, salud sexual y reproductiva y el tema de lactancia. Ahora también está el tema de la Asignación Universal por Hijo que también consultan mucho.

3. Atención de la demanda

Una vez que las TS realizan la recorrida, surgen demandas por parte de las mujeres internadas referidas a distintas situaciones, que van desde el puerperio a otras con situaciones específicas de la familia: de violencia familiar, de tramitación de alguna pensión por ser una madre de una familia muy numerosa, situaciones que ameritan algún tipo de acompañamiento a la mamá en la Sala, algunas tienen que ver con el requisito para la documentación, el reconocimiento paterno.

TS M1: [...] mamás que tienen a las parejas detenidas entonces están preocupadas por el reconocimiento de los chicos, porque quieren que salga con el apellido del papá, vos das la información del documento y aparecen un abanico: el papá detenido, el reconocimiento paterno, el papá que lo quiere pero no lo quiere reconocer.

4. Líneas de acción

En el caso específico de esta Sala, la intervención surge cuando el Trabajador Social percibe a través de la demanda puntual de la mamá que se está frente a una situación problemática o porque existe una situación de vulnerabilidad para la vida del niño recién nacido, o para la vida de la madre, o para ambos.

TS M1: [...] sí, por lo general lo advertimos nosotros, no el médico...porque el médico se ocupa más del control del bebé, salvo que la mamá manifieste alguna cosa, que a veces sucede, entonces el médico pide alguna interconsulta, pero esto surge a raíz del contacto que uno tiene con el paciente, saltan todas estas cosas, es mucho más continuado que lo que hace el médico.

Estas intervenciones las podríamos englobar en lo que venimos denominando en las salas anteriores, gestión de recursos materiales y simbólicos.

TS M2: [...] o una mamá que te pregunta por otro hijo anterior que nunca le tramitó el documento de identidad, te pregunta: "Yo tuve un hijo acá pero nunca le saqué el documento ¿cómo puedo hacer?"

- **Gestión de recursos materiales y simbólicos**

Además de prestar información y asesoramiento en los temas explicitados más arriba, las TS acompañan aquellas situaciones que ameritan una intervención más específica: asesoramiento en la tramitación de la documentación de un hijo anterior sin inscribir, la tramitación de un subsidio, el acompañamiento en situaciones de violencia conyugal, entre otras consultas.

En esta Sala, además de escuchar y atender las demandas comunes que puedan surgir, durante la recorrida se busca presencia de Chagas, dado que el Hospital tiene un Programa destinado a esta enfermedad. Este tema se desarrollará en profundidad en la sección perteneciente a los Programas de salud vigentes.

TS M3: [...] sí, en función de la información básica la mamá siente o no que es el momento de preguntar, eso en cuanto a la información general, sí uno cuando entra en la sala tiene enfocada la mirada hacia aquellas pacientes con Chagas, que hay un comité que estamos trabajando, hay muchas pacientes extranjeras donde la enfermedad es más habitual, que en otros hospitales que tienen otro perfil de población.

5. Seguimiento de las pacientes post-alta

Se podría identificar **dos tipos claros de pacientes** que son acompañados después del Alta:

a. Pacientes sin problemática social explícita, sin una demanda puntual, pero que desconoce la organización hospitalaria y no sabe conducirse en ella:

Una vez que la paciente que acaba de ser madre tiene el Alta, a la semana debe volver al Hospital para realizar el primer control de salud a su bebé. De acuerdo a las características que presentan las pacientes, algunas de ellas si bien no presentan una demanda explícita, cuando las Trabajadoras Sociales ven algunas características que las vuelve más vulnerable como el desconocimiento del Hospital, o el poco tiempo de estar en la Ciudad, el Servicio Social ofrece el acompañamiento post-alta, y citan a la mamá cuando tiene que traer al niño a su primer control de salud.

TS M1: La acompañamos, la contactamos, [...] y si no, en general, las mamás vienen porque las citamos, las buscamos, vienen y aprovechamos la posibilidad de contacto con esa familia, cuando la contactamos no nos centramos sólo en acompañarla, vemos si además hizo el documento, si hizo el primer control del bebé, si está con problemas en la lactancia, que dificultades tiene en el cuidado del bebé, en contacto [...] Son situaciones que se aprovechan, son intervenciones sin demandas a partir de algo que generó Servicio Social.

b. Las pacientes que presenta problemáticas sociales múltiples y debe asistírselas en diversos trámites

- desde la gestión de recursos materiales puntuales hasta la articulación con instituciones de otras jurisdicciones para trabajar la situación-problema que se presenta (delegaciones municipales, sanitarias, con los CPA (centros de atención primaria de la salud pertenecientes a la Provincia de Buenos Aires), unidades sanitarias) y
- la interconsulta o trabajo multidisciplinar, con profesionales de la Sala o de Consultorios Externos de Pediatría para articular el seguimiento conjunto.

TS M1: Pero a veces nos va bien, tratamos de rescatar a los casos más complicados: de adictas, que tienen muchos chicos, y bueno, que vengan al primer control y después que hagan su vida como puedan para asegurar la identidad, el primer control, la lactancia, aspectos mínimos.

1.3. PROGRAMAS DE SALUD VIGENTES EN EL HOSPITAL

En este apartado se describirán tres de los Programas que se ejecutan en el Hospital en estudio, y el proceso de trabajo que desempeñan las trabajadoras sociales. Los Programas elegidos son el de Infectología en Adultos y en Niños; el Programa de Chagas y el de Salud Sexual y Reproductiva.

A diferencia del trabajo en Sala, el abordaje por Programas permite una tarea distintiva, más centrada en aspectos preventivos que asistenciales, de modalidad grupal más que individual.

Programa de Infectología en Adultos. VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

Desde el Servicio Social el Programa está a cargo de una de las TS que trabaja en la Sala de Clínica Médica. Hasta el año pasado conformaba el equipo una residente de trabajo social.

La modalidad de trabajo en este Programa se caracteriza por el trabajo con los pacientes a través de consultorios externos. Son pacientes que previamente han estado internados en la sala de clínica médica. Por consultorio se realiza el seguimiento clínico y social. Este trabajo se da a través de la entrevista de seguimiento con el paciente en la cual se van trabajando distintas dimensiones del problema. Entre otros motivos, las consultas son por medicamentos, situación habitacional, el vínculo con la familia, el rearmado de la red social, la deconstrucción de situaciones de discriminación en los distintos ámbitos de pertenencia.

El Consultorio de VIH atiende además la demanda espontánea que llega, es decir la persona que tiene esta problemática de salud y llega al Servicio Social a consultar por la enfermedad, estudios, tratamiento, medicación, entre otras inquietudes. En este caso, se realiza una entrevista de primera vez, de conocimiento del paciente y su contexto familiar, laboral, económico, la red con la que cuenta para atravesar este proceso de salud-enfermedad.

A partir de esta demanda, esta TS comenzó a presentar otra forma de trabajo que fueron los talleres destinados a personas con VIH. Los talleres constituyen una instancia de trabajo grupal en la cual se trabajan temas específicos a partir del saber y el interés de los participantes.

TS: [...] vinieron muchos de entrada, después decae, depende mucho de los horarios en que pones el taller, si ellos tienen ganas de hablar, pero bueno tuvieron muy buena respuesta.

Algunos de los temas que se abordan son compartidos con Infectología Infantil:

- El derecho a ser madres,
- los derechos que les corresponden por ley,
- el testeo de las parejas,
- compartir el diagnóstico,
- acceso al mercado de trabajo,

En el transcurso de este año 2010, la TS responsable del Programa presentará la propuesta de una articulación más sistemática con el Programa de Infectología Infantil, lo que ayudaría a que las personas no sean entrevistadas por distintas trabajadoras sociales al mismo tiempo y no se superponga el trabajo de seguimiento y acompañamiento, sobre todo cuando se trata de un niño/a y su mamá.

TS: [...] está el Consultorio de VIH pediátrico, con ellos también tenemos pendiente una reunión porque compartimos a la paciente de Obstetricia, y ahí también hay otras colegas, y por ahí ellas detectan a la mamá infectada y la derivan, por ahí a las chicas que hacen pediátrico para hacer el seguimiento del bebé, bueno, esa mamá una vez que termina con los estudios del bebé debería ser derivada acá, entonces tenemos que ver esas cosas, como hacer para que no sea más complicado para la paciente, que no fragmentemos nosotras, son aspectos todavía a pensar.

Programa del Mal de Chagas

Origen

A lo largo de las entrevistas realizadas, el surgimiento y la relevancia de este Programa fue relatado por las entrevistadas desde distintos puntos de vista, y mencionado como una de las acciones que realizan las jefas intermedias. Con esto quiero significar que ha sido de gran importancia para el SS que el mismo se creara, así como para toda la comunidad hospitalaria.

El surgimiento obedece en parte a que se conjugaron dos aspectos importantes en la gestión: la capacidad de escucha de las necesidades de la población desde una mirada epidemiológica y la existencia de recurso humano capacitado, con horas disponibles. Se sumó luego un tercer aspecto relevante: la voluntad política de que se conforme como Programa. Los relatos refieren que el Programa comenzó con un médico de planta del hospital que anteriormente a formar este equipo ya había comenzado a trabajar la temática. Las TS de Maternidad comenzaron a escuchar, en las charlas para embarazadas que se daban en la Sala de Espera, preguntas

sobre el Mal de Chagas. Esto comenzó a inquietar a las TS porque el número de consultas les llamaba la atención y le presentaron la inquietud a este médico. Luego, ambos fueron con la propuesta a la Dirección del Hospital.

Actualmente, el Programa está conformado entonces por este médico, que es el responsable y a la vez Jefe de Consultorios Externos, dos trabajadoras sociales (entre ellas la Jefa de Internación), pediatras e infectólogos.

Objetivo:

TS M3: [...] es detectar a la mamá chagásica, en los hijos que tiene, ver la posibilidad o no de detectar Chagas congénita. El objetivo del equipo de trabajo en principio es detectar a estos chicos, tratarlos, es bajo el porcentaje que adquiere Chagas de la mamá, pero hay un porcentaje que está y que no se le puede negar y hay que darle a los chicos la posibilidad de recibir el tratamiento.

Caracterización de la población:

TS M3: [...] una población mayoritariamente boliviana en esta problemática, algunas hablan castellano y otras no, donde el idioma es un factor obstaculizador, tenemos un porcentaje bajo de mamás analfabetas y muchas mamás que habiendo ingresado al mundo de la lectoescritura tienen muchas dificultades para poder entender más allá de lo que se le dice, a lo que es para todos se le suma lo específico de la problemática de salud de tener Chagas [...]"

Acciones que realizan las TS en el Programa

- El Servicio Social se ocupa de realizar tareas de prevención. Se presta la información en forma oral y escrita a través de un folleto explicativo, donde prima la información gráfica, de manera que pueda ser interpretado por personas analfabetas o semi-analfabetas.

TS M3: Cuando un bebé tiene Chagas que lo recibe de la pancita de su mamá, si se le detecta y recibe tratamiento antes del año de vida, el porcentaje de negativización es del cien por cien, por eso que en pos de este objetivo que es lograr que los chicos lleguen a un diagnóstico implica no sólo un análisis, sino varios análisis de sangre, los tres primeros se llaman Parasitemia y los segundos Serologías, en función de esto uno tiene que hacer todo un despliegue, es una parte de la dimensión de lo que hace el trabajo social [...] Este Servicio se organizó ya hace unos años, articuladamente se trata de llevar a cabo este Programa con la mamá chagásica.

Los destinatarios de esta información son las personas o familias que han tenido un bebé o que están por dar a luz.

El contenido refiere a tópicos como las vías de transmisión y los diagnósticos que requiere el recién nacido.

- **Resolución de las dificultades en el acceso al diagnóstico:**

Entre los principales obstáculos–dificultades que se presentan en el proceso diagnóstico y que requieren de la intervención del Servicio Social, se presenta la dificultad en completar el proceso diagnóstico en los plazos establecidos, lo cual está mediado por todos los demás estudios que la mamá deber realizar a su hijo. En este sentido, el Servicio Social comenzó a observar que había una deserción muy alta y que era necesario realizar una serie de acciones con las mamás para llegar al objetivo de cumplir con el diagnóstico final.

TS M3: [...] las familias completan los turnos, vienen, sacan el turno, hacen los análisis, que eso se da en pocos casos, en donde el proceso diagnóstico se da en los plazos estipulados; que antes de los seis meses los chiquitos reciban o se hagan las tres Parasistemias [...] hay un grupo de mamás que llegan y otro grupo que es el más vulnerable, que son las más difíciles que es ahí que uno trata de más allá de tener la información, tratando de que nos comprendan pero de ir focalizando prioridades, cuáles son las cosas que hay que hacer e ir haciendo en el tiempo. Muchas veces el SS se transforma en un referente institucional, cuando no saben adónde ir, vienen a preguntar [...]

En este sentido, el Servicio Social se posiciona en primer lugar, como un *referente* dentro de la macro-institución hospitalaria. Es el que facilita, acompaña, orienta a la persona en la institución y genera una referencia vincular para esta consulta específica o para cualquier otra consulta. El lugar geográfico en el que está ubicado el Servicio Social dentro del Hospital es estratégico para este tipo de población, ya que está próximo a la entrada principal. Personas con un gran desconocimiento de lo institucional, máxime en este caso que se trata de un hospital de grandes dimensiones (una manzana) y de cuatro pisos.

TS M3: [...] Son mamás que en algunos casos no han tenido contacto con el sistema formal de salud, acá o en su país de origen, otras no, digamos, y es la primera vez que van a un hospital y no saben para dónde ir, se trata de acompañarlas en esto, de fomentar que el Chagas es una enfermedad traicionera y silenciosa, entonces no es una enfermedad visible [...]

En segundo lugar, el SS asume el rol como referente para el problema específico que es el Mal de Chagas: orienta, informa, traduce la información de acuerdo al interlocutor (si es analfabeto o no, el origen, su lengua, su cultura), es decir, no se queda solo en dar la información, sino que trata de que ésta sea efectiva para la persona que el profesional tiene delante.

Además, gestiona el proceso de atención junto con el sujeto. Ordena el cúmulo de información y de estudios que el niño y/o la mamá deben realizar y jerarquiza en función de los tiempos y de la importancia de los mismos. Gestiona el asumir y entender de qué se trata la enfermedad, de codificar cuáles son las representaciones que se tiene de la misma y cuáles son las conductas de cuidado que las personas asumen o no en función de ésta.

TS M3: [...] también se pone en juego la percepción de la enfermedad que tienen ellos, los pacientes: “El Chagas es una enfermedad que no pasa nada” o “Te morís igual aunque hagas”, “No lo llesves al médico porque está sanito”, en todo este interjuego de las representaciones de las familias: “Tengo dos tíos que están enfermos pero no pasa nada” o “Tengo dos que se me murieron del corazón”. A veces no se asocia la muerte cardíaca súbita con el Chagas y entonces se va trabajando esto, el entender, el poder ver, hacer visible esta enfermedad que no da síntomas en el bebé [...]

Obstáculos institucionales que observa el SS, que no hacen efectivo el tratamiento y que requieren de acciones efectivas para una mejor atención del usuario.

- Además de las características que presentan las mamás que consultan, existen otras dificultades. La institución no está preparada para facilitar el acceso a todo tipo de población ya que no cuenta con mecanismos de comunicación que atiendan o contemplen la diversidad de la población que recibe. En ese sentido, la institución tiene que arbitrar los medios para que toda población pueda acceder sin dificultad. Es decir, por ejemplo, contar con profesionales que puedan hablar el idioma de las personas que llegan a la consulta y no solo el español. En el caso de la población de este Hospital, serían las lenguas nativas como el quechua, el aymara, el guaraní, o si se tratara de madres analfabetas en la lectoescritura, que el especialista que la va a atender posea esta información porque el sistema de comunicación que se maneja en el Hospital (y en todo el sistema de salud) es un sistema en el que todo se da por escrito.
- A lo dicho anteriormente, se le suma el guardapolvo como factor inhibidor en la consulta:

TS M3: [...] las mamás muchas veces no dicen que no saben leer y se van no sabiendo qué es lo que hay que hacer. Si los médicos lo saben se fomenta mucho más las indicaciones orales y al momento del alta se cita a algún otro adulto que sepa leer por si hay que dar indicaciones puntuales que requieran que se sepa leer [...]

El imaginario del poder hegemónico del médico en las personas que llegan a la consulta en las condiciones descritas es fácilmente intimidante y funciona como un gran obstáculo para una atención eficaz.

Estos obstáculos que el TS observa no sólo están referidos a la atención médica sino a trabas institucionales ilegales tales como el no acceso al turno por falta de documento de identidad.

TS M3: [...] Se trata de facilitar estas cuestiones a nivel institucional, de articulación, de compartir, de facilitar, de remover obstáculos que pueda haber a nivel institucional, chicos que han nacido con parto domiciliario y que si no tienen documento no le entregan el turno. Ver de qué manera se pueden hacer ajustes institucionales para garantizar el derecho a la salud que tenemos todos, los que no tienen documento también [...]

Existen leyes, como la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, que dice en su Art. 2º: "Las disposiciones de la presente Ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires", y la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que en su artículo 22, sobre el Derecho a la Salud dice: "Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud. Debe asegurarse su acceso gratuito, universal e igualitario, sobre la base de la solidaridad", que pueden respaldar la remoción de estos obstáculos. Para ello es necesario que primeramente el equipo de salud internalice que la salud es un derecho humano básico para todos, más allá de los requisitos que la persona pueda tener al momento de ser atendida. En este sentido, el Servicio Social ejerce este rol de articular los medios necesarios para garantizar el derecho a la atención porque cuenta con una formación integral desde el marco de los derechos humanos que le posibilita visualizar estas grietas que presenta el sistema en la garantía del derecho a la salud.

Programa de VIH en Pediatría

Equipo-Localización

Es un consultorio que funciona los días lunes y miércoles en el Hospital de día de Pediatría, donde hay un pediatra, una infectóloga infantil, el trabajador social, que inicialmente participa de la entrevista conjunta.

- **Población destinataria:**

Niños nacidos de mamás inmunocomprometidas, algunos en proceso de revertir el diagnóstico

y otros con diagnóstico confirmados, en seguimiento, de edades entre los 8 y los 10 años de edad.

El trabajo con las madres y sus bebés se da a lo largo de 18 meses de tratamiento en que se espera que el bebé revierta el diagnóstico, o sea, se negativice. Los controles de salud se realizan mensualmente.

En el caso de los niños a los que se les confirma el diagnóstico, se les indica la continuación de sus controles en el Hospital de día. A su vez, con ellos se asume otra modalidad de trabajo además de la asistencia individual.

- **Modalidad de trabajo del equipo y de la Trabajadora Social.** En este caso la TS es la misma que tiene a su cargo la Sala de Pediatría:

Dadas las actuales condiciones edilicias y la modalidad de organización que asume el Hospital de día de Pediatría, al momento de la consulta no se cuenta con un espacio de intimidad para el paciente. Los espacios se diferencian. Los chicos tienen su turno de evaluación y está abierto el espacio de Trabajo Social, donde se plantean las inquietudes que muchas veces en la consulta médica individual no pueden ser trabajadas por el escaso tiempo.

La consulta se inicia con una entrevista de admisión al Programa que realizan en forma conjunta la infectóloga y la trabajadora social.

El objetivo principal de la misma es garantizar la continuidad del bebé en la concurrencia al control de salud para constatar o no la enfermedad. Además se realiza una evaluación de la situación socio-familiar de la madre y el niño.

TS P: La idea es que en esa primera entrevista conocer con qué cuenta, con qué no, trabajar algunas nociones de prevención y preconceptos sobre el VIH, cuestiones que hacen a la salud materna y a su atención, a las redes con las que cuenta y con quién ha compartido su diagnóstico y obviamente a elementos básicos que hacen al proceso de estudio de su hijo, como es un proceso largo, la idea es sostener, hacer un acompañamiento a todo nivel, muchas interconsultas, muchos estudios, mucha ansiedad a lo que puede venir, entonces trabajamos a lo largo de ese año y medio en un acompañamiento permanente que coincide muchas veces con las consultas médicas [...]

Este primer contacto surge ni bien la mamá ha dado luz a su bebé, cuando está internada en la Sala de Maternidad. Las TS afectadas al Programa de VIH en adultos informan la existencia cuando se da un caso positivo de una madre internada, a la TS de Pediatría de manera de

asegurarse este primer contacto, como forma de asegurar que el niño sea captado para su posterior tratamiento.

Desde hace ocho años, como otra de las formas de abordaje a la población infantil inmunocomprometida, se han implementado talleres de reflexión y prevención para niños mayores de 10 años con diagnóstico de VIH.

Destinatarios:

TS P: [...] chicos que conviven con VIH es un grupo reducido, es un grupo de diez chicos, en varios años de trabajo, desde el 2001 a la fecha, se ha convocado a los familiares o referentes abuelos, u otras personas que tienen la guarda, a trabajar sobre temas que se han propuesto en función de lo que se presentaba en las entrevistas y en función de ese orden de prioridades se trabaja en el taller un tema [...]

Temas :

- **Nominar la enfermedad, hablar del diagnóstico**

Es tratar de nombrar la enfermedad, de darle una entidad en cada niño que pregunta, lo que percibe pero que no llega a explicarse, lo que aparece como oculto, tapado en el ámbito familiar, el tema de los controles periódicos de salud que no hacen otros niños, el tema de los cuidados en la escuela, entre otros.

TS P: [...] se han hecho varios talleres en relación a conocer su diagnóstico, sobre todo cuando son más grandes, que tienen ya un saber, que tienen la inquietud, que quieren saber y que de algún modo forma parte de su vida cotidiana, no forzamos hablar de su diagnóstico, sino que cuando ellos empiezan a sentir que les hace ruido tomar su medicación o la pregunta ¿por qué vienen tan seguido acá al médico, hospital?, tratamos de empezar a hablar con los niños del tema.

- **La adherencia al tratamiento**

TS P: Hablamos desde cómo manejarse con la toma de medicación cuando los chicos, son más chicos, ya que hay un rechazo, es una inquietud [...]

- **El inicio de la sexualidad**

TS P: [...] incluso surgen cuestiones vinculadas a su sexualidad, grupos de pares, esteeee..., y ahí el chico está en condiciones de saber, hay todo un retraso en el desarrollo de los órganos sexuales, producto de la enfermedad, eso también se trabaja, es como que hay una inquietud en ese sentido, hay mucho silencio, temas tabú, temas que no se

trabajan, los chicos preguntan, hacen ruidos, o ciertos secretos que hay que develarlos, ponerlos de manifiesto porque hacen síntomas en los chicos, el tema de su diagnóstico, lo que eso implica en el terreno de la sexualidad, los cuidados que deben adoptar [...]

- **Integración en otros ámbitos como la escuela, el club**

TS P: [...] y además hay una inquietud, que veces se generan problemas de conducta o a veces lo vemos en chicos que, digamos, les cuesta mucho integrar, él sabe que algo pasa y como que le tiene que poner nombre a 'eso', tratamos de tomarlo y trabajarlo [...]

- **Derechos de los niños inmunocomprometidos**

TS P: [...] los derechos de los chicos que viven con VIH, desde el espacio de la escuela, desde espacios recreativos y de otros ámbitos, que se trabaja con prudencia pero bueno, son instituciones que también arman su propio rótulo, son espacios muy interesantes [...]

Además se ha abierto un espacio grupal para los referentes adultos que se encuentran a cargo de los niños.

Talleres de reflexión para padres y/o referentes adultos

La necesidad de abrir un espacio para padres y/o referentes adultos surge a raíz de las preocupaciones, las demandas y las inquietudes comunes de los adultos, referidas a los chicos que se plantean en cada entrevista individual de acompañamiento.

TS P: [...] poder trabajar con los referentes de los chicos porque a ellos también les surgen muchas inquietudes en relación a cómo instalar, de cómo manejarse en lo cotidiano cuando a veces hay un rechazo de la medicación, hay cierta rebeldía donde también el silencio no ayuda a que el chico pueda, digamos, expresar [...]

Temas:

- El ocultamiento y las dificultades que aparecen al momento de nominar la enfermedad,

TS P: [...] el silenciamiento de algunas cosas, a jugar que acá no pasa nada cuando en realidad sí pasa, se verá como se instala, se verá como se charla, es importante ¿no?

- el derecho de los padres varones en relación a interiorizarse sobre el diagnóstico y respecto del proceso de estudio de su hijo,

TS P: [...] en general, hay muchas mujeres solas con los hijos, situaciones donde no quieren notificar a sus parejas, se trabaja mucho, que en algún punto atenta también con la posibilidad de conocer el diagnóstico paterno, se trabaja mucho sobre esto, no forzando a que ellas puedan compartir esto, pero sí dándoles elementos para que ellas lo puedan instalar espontáneamente, más cuando hablamos de derechos.

- el derecho a ser madres,
- los derechos que les corresponden por ley,

- el testeo de las parejas,
- compartir el diagnóstico y
- el acceso al mercado de trabajo.

Trabajo de reflexión al interior del equipo

Hacia el interior del equipo la Trabajadora Social refiere que también ha sido necesario trabajar en la deconstrucción de prejuicios, de preconceptos en relación al binomio representacional: madre con VIH, que en muchas situaciones representó un obstáculo para generar un espacio amigable para la madre y el niño atravesados por esta situación de salud-enfermedad. Hoy se cuenta con los avances de la medicina que a través del tratamiento farmacológico y el parto “seco” han permitido disminuir al mínimo las probabilidades de que un niño nacido de una madre inmunocomprometida pueda adquirir la enfermedad.

TS P: Al principio si se convivía con representaciones, enfermeros o gente de maternidad que las estigmatizaban como malas madres, entonces esto generaba mucha angustia y esto en su momento se trabajó mucho, con estas mujeres y el derecho a ser madres conviviendo con VIH. Inicialmente se trabajó más con el equipo.

Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Características generales

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva, en este Hospital se divide en el Servicio de Ginecología y en lo que es el Centro Obstétrico. Se implementa en dos partes: una para las mamás que tiene bebés menores a un año, que se da en el Centro Obstétrico y a las mujeres que tuvieron algún aborto, espontáneo o provocado en el último año. Otra parte del Programa está destinado a la población en edad fértil, en general, que se atiende por Ginecología.

El Servicio Social realiza preponderantemente tareas de prevención y de promoción de la salud a través de la implementación de la Consultoría de Salud Sexual y Reproductiva y del espacio de Preparación Integral de la Maternidad.

Destinatarios: si bien lo constituyen primordialmente las mujeres, está abierto tanto a mujeres como a varones.

La convocatoria se realiza con el Alta Hospitalaria.

Una de las actividades que desarrolla este programa es la Consejería de salud sexual. El espacio donde se imparte es el Centro Obstétrico del Hospital que es el lugar adonde concurren las mujeres a dar luz, comúnmente llamada Guardia de Maternidad. La coordinación de esta actividad está a cargo de una Trabajadora Social, que también pertenece a la Sala de Clínica Médica. También forman parte de la actividad obstétricas residentes y de planta.

La modalidad que se utiliza también es la de taller, a través de un trabajo grupal se parte de los conocimientos e inquietudes de las mujeres participantes. Se organiza a los asistentes en dos grupos: las mujeres que se acercan por primera vez y las que están en seguimiento. La tarea programada dura aproximadamente media hora, dependiendo de la cantidad de participantes y del nivel de participación. El número es de ocho a diez mujeres cada vez, y la frecuencia es semanal.

El Objetivo principal de esta actividad es el de facilitar a la puérpera el acceso a la adopción de un método anticonceptivo conveniente en el menor tiempo posible.

TS CM3: [...] ofrecemos un espacio de taller, de primera vez se brinda información acerca de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, la Ley 418¹⁷; los derechos de las mujeres y de los hombres; los métodos; algunos mitos en relación a ellos, y las dudas y preguntas que traen ellas; a cuáles tienen acceso; el funcionamiento del cuerpo, y las situaciones que surjan en relación a su sexualidad; situaciones de violencia, la idea es que comentemos de los métodos pero también poder generar un vínculo para poder abordar otras cuestiones. Después de este taller que a veces lo doy yo sola, a veces con los médicos, luego pasan a la ginecóloga/o para llevarse el método más adecuado para ellas. En el caso que sean pastillas se las llevan en el momento y en el caso del DIU se gestiona un turno. El objetivo es facilitar el acceso sobre todo cuando tiene un niño tan pequeño, antes del año, cuando cumplen más de un año ya acceden por el programa que dirige Ginecología.

Los temas que se abordan son específicos a la adopción del método pero también abarcan cuestiones de género y de violencia conyugal, entre otros.

Otra de las actividades que se llevan a cabo en el marco del Programa es la Preparación Integral para la Maternidad, que no refiere sólo al parto, sino que además incluye el embarazo, el parto y el puerperio, haciendo énfasis en la lactancia. De esta preparación se desprende la **Charla informativa de Promoción de la Lactancia Materna**, que funciona como actividad complementaria al Taller de Salud Sexual.

¹⁷ **Ley Nº 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable:** fue sancionada en el año 2000 por la Legislatura porteña con el propósito de garantizar a las personas sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta actividad es llevada a cabo por una de las Trabajadoras Sociales de la Sala de Maternidad.

La frecuencia es diaria, se imparte todas las mañanas. El espacio de realización es la Sala de Espera del Centro Obstétrico.

Destinatarios: está dirigido fundamentalmente a la mamá que ha dado luz o que está a la espera de dar, pero también está abierta a todos los padres y familiares que estén acompañando a la mamá. Por lo general, participan entre veinte y cuarenta personas, dependiendo la demanda.

Temas: se trabaja en los cuidados que las mujeres deben adoptar para tener una lactancia lo más exitosa posible.

TS M1. Se hace hincapié en el derecho que la mamá tiene de darle el pecho al bebé y el bebé de recibirlo, entonces si lo desea se le explican los cuidados que pueda tener para garantizar una buena lactancia. Y se promociona la preparación integral para la maternidad [...] este es Hospital Amigo de la madre y el niño, que calificó UNICEF y el Ministerio de Salud, entonces la lactancia, si calificó, recalificó y ratificó [...]

Además, se promociona el Banco de Donación Público del Hospital Garrahan (Banco Nacional Público de Células Progenitoras Hematopoyéticas). Los niños recién nacidos, mediante el consentimiento de sus padres, pueden ser donantes voluntario/as de la sangre del cordón. Para formalizar la inscripción se presentan dos técnicas del Hospital Garrahan, vienen a recolectar al Hospital pero el banco está en el Garrahan; se promociona la donación a las mamás para que si quieren se inscriban.

Cuando se pregunta a la TS responsable de esta actividad, cómo recibe los destinatarios esta charla, refiere:

TS M1: [...] mira, es una sala de espera donde hay murmullo, y cuando yo digo: "El nidito del bebé, la mamá, el brazo y el pecho", se hace silencio, hay público, es la entrada a la Sala de Partos...hay interferencias, celulares...esto es todas las mañanas...me alienta porque la gente te dice: "Yo la estuve viendo todas las mañanas y me acordé de usted cuando me dijo, ponelo de esta manera u de otra [...]"

Acerca del modo en cómo participan la TS agregaba lo siguiente:

TS M1: No hay muchas preguntas, hay vergüenza en la participación y las preguntas, si hay abuelas, y una te hace así con la cabeza, y te pregunta, se largan a preguntar, si no escuchan..., más bien escuchan y hacen silencio como que les interesa el tema [...]

Otros temas que se trabajan en este espacio son:

- El período del puerperio.
- La promoción del derecho a la identidad, todos los requisitos solicitados por el Registro Civil para la inscripción del recién nacido.

En este sentido, es importante realizar una aclaración al lector en cuanto la promoción del derecho de la identidad:

Hasta la nueva Ley de Migraciones¹⁸ que está reglamentada hace unos pocos meses, y que dio lugar al Plan Patria Grande de reordenamiento de la documentación para extranjeros, era muy difícil y costoso el acceso al documento nacional para extranjeros, lo que impedía (y aún hoy se da con restricciones) tramitar el documento al niño argentino si los papás aún no tenían el propio. En el caso de adultos con nacionalidad argentina, por lo general, se presentan casos en los que han sido despojados de su documento a raíz de robos y/o de reiteradas mudanzas, con lo cual tramitar el DNI resultaba un trámite de difícil acceso. Además, otro problema que se presentaba respecto de la documentos era la situación de aquellas personas que ya adultas no poseían su documento porque habían nacido en el campo o en su casa y nunca habían sido inscriptos. Actualmente, muchos partos se dan en los lugares de trabajo, donde no es posible encontrar un efector de salud cercano para ir a parir o bien porque la persona es víctima de un régimen de trabajo esclavizante, como es el caso de las personas que trabajan en el campo o en el trabajo de huertas o en los talleres de costura. Respecto de los argentinos, también se ha facilitado la tramitación con un nuevo plan de documentación que se está llevando a cabo actualmente. Estas problemáticas se presentan diariamente como motivo de las consultas a los servicios sociales de, por lo menos, los efectores ubicados en la Zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires

¹⁸ Ley Nacional de Migraciones N° 25.871, Reglamentada por el Decreto 616/2010. Publicada en B.O. 6/05/2010

1.4. DEMANDA ESPONTÁNEA

La demanda espontánea es el sistema de consulta a través del cual las personas con alguna problemática social se presentan en el Servicio Social a exponer su situación. No requiere estar encuadrado bajo el formato de ningún programa ni internado en ninguna sala, pero asimismo puede provenir de cualquiera de estos ámbitos.

Funciona diariamente en el Servicio Social. Se atiende en distintos consultorios (boxes) destinados para tal fin. Cada mañana hay dos o tres trabajadoras sociales de guardia. Durante el transcurso de esa mañana no trabajan en los programas ni suben a sala. Dado el número de Trabajadoras Sociales con las que cuenta el Servicio, a cada una le corresponde asistir a la demanda hasta tres veces al mes. También se denomina a este espacio “Guardia de Servicio Social”. A principio de año se distribuyen los días y horarios destinados a esta actividad.

Forma parte del trabajo general del Servicio la confección de Informes Sociales para la gestión de recursos, la confección de las Historias Sociales, los llamados telefónicos que se realizan a las distintas instituciones de Ciudad o de la Provincia para articular una acción, entre otras actividades que realizan las TS.

TS M1: Empiezo la mañana haciendo las cosas administrativas que quedaron pendientes del día anterior, llenando las Historias Sociales o llamando a otras instituciones, quizás bueno, al Registro Civil o a alguna Delegación de Acción Social por algún trámite de alguna cosa, es decir, que tratamos de que en las primeras horas de la mañana de hacer esas actividades y también atendemos la demanda espontánea de pacientes, uno lo que procura, es de que nos vengán a ver frente a cualquier inquietud, también atendemos mucha demanda espontánea, “Yo la vi, ¿se acuerda que me vio en la Sala?”, todo eso antes de subir a la Sala.

Población que se atiende:

Por lo general, la población que se presenta no difiere de la que se atiende en los Programas y en Salas de Internación. Se trata de personas que llegan de distintos lugares, tanto de Ciudad como de Provincia (zona sud-oeste del Gran Buenos Aires), carente de recursos, se encuentran por debajo de la línea de indigencia (es decir que no llegan a cubrir la canasta básica de alimentos). Asimismo no poseen viáticos para volver a sus domicilios y se hallan en situación de calle, entre los principales rasgos.

Una de las TS que atiende la demanda espontánea expresa más específicamente:

TS M3: [...] A estas familias multiproblemáticas, en algunos casos donde digamos hay un poco todo, se le suman las dificultades que tienen para llegar al Hospital. Nosotros tenemos un área de influencia muy amplia, gente que viene de lugares muy alejados, de La Matanza, de Lomas del Mirador, o San Justo, de acá cerquita pero otra que viene del KM 32, de Virrey del Pino, en el límite con Cañuelas, gente que tiene mucho viaje, de mucho tiempo y que no llega a la consulta, digamos. Los hospitales cercanos se ve no tienen o no dan respuestas y la organización hospitalaria hace que cuando ellos llegan ya no hay turno, entonces tienen que pasar la noche en la plaza o en la Guardia para poder hacer la cola y después acceder al turno, hay mucho de esto, de la gente que uno llega a recibir también cuánta gente queda afuera por la política de salud de Capital, de Provincia, de Nación, donde hay un grupo de gente que son los que más necesitan son los que menos pueden llegar a la atención de salud.

Tipos de consultas:

Las consultas que se pueden presentar al Servicio Social son de índole muy diversa, asociadas a la problemática central de salud, pero también está la posibilidad de que por ser un Servicio accesible geográficamente, llegan personas movilizadas por inquietudes no asociadas a un problema de salud, como si fuera un servicio social general.

Las más frecuentes son:

- medicación para distintas patologías crónicas: VIH, oncológicas, entre otras,
- viáticos,
- insumos para cirugías de distinto tipo,
- demandas de satisfacción de necesidades básicas insatisfechas: vivienda, alimento, vacantes escolares,
- documentación,
- certificados de discapacidad,
- pases libres de transporte,
- pensiones no contributivas,
- tramitación de subsidios sociales vigentes, como la Asignación Universal por Hijos, la Tarjeta de Ciudadanía Porteña, el Ticket Social, el Subsidio por Emergencia Habitacional,
- necesidad de regresar a sus lugares de orígenes y/o de contactarse con familiares con los que han cortado lazos, y que frente a una situación límite, como puede ser la enfermedad, les urge recuperar estas redes y

- problemas vinculares, problemas de alcoholismo, de violencia intrafamiliar.

Origen de la consulta:

Proviene del paciente en forma individual, pero también se recibe de parte de otros profesionales del Hospital que no saben cómo conducirse ante un determinado problema. Por ejemplo, si la persona se atendió previamente por consultorios externos y se encuentra en situación de calle:

TS P: [...] La demanda espontánea recoge por un lado derivaciones que hacen servicios médicos, pacientes que se atienden por Consultorios Externos, tenemos un servicio especializado y bueno, obviamente llegan por escrito con alguna inquietud particular del médico tratante [...] como por ejemplo: hay una señora que está en la escalera del Hospital, que no tiene ropa y nos dicen: "Recurrimos a ustedes para que nos ayuden", estas cosas así...todo...o "No tengo dinero para irme a mi casa, vine a ser una consulta acá en el Hospital" y eso [...] o incluso a veces el SS funciona incluso como una oficina de informes porque pareciera que TS sabe todo lo que pasa en el resto de la institución, en realidad es verdad, nosotras nos interesamos [...]

De la mayor parte de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales surge un denominador común: para poder trabajar articuladamente con el resto de los servicios, y con toda la Institución, en función de dar respuestas efectivas y eficaces a los usuarios que consultan, el Servicio Social se plantea como premisa fundamental la importancia y la necesidad de conocer los distintos servicios y programas que funcionan al interior del Hospital, como así también tener un conocimiento acabado de los recursos y de las gestiones formales e informales que se deben realizar para la obtención de los mismos.

TS P: [...] la articulación es muy importante, tener conocimiento de otros servicios, lo que hace a lo que se pueda esperar, algún referente [...]

Esto supone que el Servicio Social esté actualizado permanentemente en las distintas políticas sociales vigentes y, además, la necesidad de recibir capacitación permanente en el abordaje de las nuevas problemáticas sociales complejas que se presentan: mujeres embarazadas sin controles de salud y/o comprometidas con el consumo problemático de sustancias; personas con consumo problemático que requieren un abordaje integral pero sobre todo la reconstrucción de lazos sociales cortados; niños víctimas de abuso y/o maltrato por parte de los adultos cuidadores; familias que han debido emigrar de sus países de origen y que llegan sin ningún tipo de recurso; consultas por violencia conyugal, explotación de niñas/adolescentes, entre otras.

Modalidad de trabajo del TS

El Trabajador Social recibe a la persona en su consultorio y le realiza una entrevista de primera vez, si nunca antes realizó una consulta en el Servicio, o de segunda vez o ulterior cuando ya ha venido a consultar por el mismo motivo u otro. Con los datos identificatorios y filiatorios y una breve reseña de la situación social y de salud por la que está atravesando, se confecciona la Historia Social del paciente.

En el caso de que el usuario que consulta provenga de la Provincia se realiza la articulación con las instituciones pertinentes, y luego se deriva a la persona a la institución correspondiente.

Si se presentaran enfermos oncológicos se los deriva al banco de drogas, previamente se les realiza la Historia Social, la cual surge de la entrevista de conocimiento que realiza el TS.

En la gestión de ayudas médicas para la compra de insumos para cirugías, el Servicio Social es una de las instancias de evaluación: la socio-económica, junto a la instancia evaluadora del médico. Si bien no tiene la posibilidad de poder decidir directamente acerca de la compra de un insumo, la evaluación socio-económica que realiza sí opera como elemento decisor para la Auditoría Médica del Hospital que representa a los responsables últimos en la resolución de la compra.

Contra-referencia

La contra-referencia es la respuesta que el SS recibe de otras instituciones de salud o pertenecientes a otros sectores y/o jurisdicciones, en relación a un paciente determinado, respecto de la posibilidad de articular acciones conjuntas que ayuden a resolver algún aspecto de su problema que no es resuelto desde ese efector. Algunos ejemplos de esto son:

TS M2: [...] El año pasado un nene que no estaba escolarizado, nos pusimos en contacto con los distritos, era mayo, "Mirá tenemos esta mamá, la mamá está internada, y le gestionamos la vacante". Sí, es tener la escucha atenta [...] O el año pasado tuvimos el caso de una nena con VIH y hablábamos semanalmente con el Director preocupado porque la nena se hiciera el estudio y el tratamiento y me llamaba: "¿Fue Graciélita a hacerse los análisis?" Se trabajaba bárbaro, él se comprometió mucho, hay de todo, directores que te ladran y otros maravillosos. Hay que tener respeto por el paciente que uno tiene adelante con las posibilidades que tiene el otro. Porque si nos quedamos en lo que no puedo hacer, son las potencialidades lo que hay que rescatar.

Instituciones de referencia-contrareferencia para el SS.

Fuera del Sistema de Salud: defensorías de niños/as y adolescentes, Guardia permanente del Consejo de Derechos de niños/as, Educación, Desarrollo Social, juzgados, Registro Civil, CGP, consulados, embajadas, casas de provincia, Dirección Nacional de Migraciones, parroquias, iglesias de distintos credos, asociaciones de la sociedad civil, Cáritas, centros de la mujer, entre otras.

Al interior del Sistema de Salud: otros hospitales, tanto de agudos como especializados, centros de salud pertenecientes al Área Programática pero también de otros hospitales, centros de atención primaria de los partidos del Gran Buenos Aires (CPA).

Posición del usuario consultante frente a la respuesta del Servicio Social

Por lo general, las personas que consultan esperan una respuesta inmediata del SS en cuanto a la tramitación de un recurso, en el 90% de los casos eso es imposible, dado que el SS no administra de por sí un recurso puntual. La principal fuente del SS es la información de los recursos existentes a nivel de las políticas sociales pero que no poseen entrega inmediata, sino que supone una serie de gestiones para la obtención del mismo.

TS P: La gente a veces se ve frustrada cuando no hay recursos puntualmente, que uno no le puede otorgar en la instancia inmediata, y donde hay muchas veces muchas cuestiones burocráticas para encauzar, es decir, capaz que se espera mucho más que la orientación, la información y que uno recalque que es portador de un derecho y que por ende tiene que darle continuidad a este reclamo que es genuino, ¿no? [...] como que a veces la gente no se queda satisfecha con esto y pretende mucho más de nosotras, es un poco frustrante para uno también porque uno muchas veces no coincide con la política en la que está inmerso pero bueno...un poco uno es la cara visible del sistema y a veces una es la que recibe la angustia, frustración, enojo de la gente.

2. ÁREA PROGRAMÁTICA – CENTROS DE SALUD.

El Área Programática constituye el área geográfica y poblacional de vigilancia de la salud asistencial y epidemiológica de responsabilidad de un Hospital General de Agudos. Se expresa institucionalmente a través de dos formas: una oficina sede en el Hospital base y otra mediada por los denominados Centros de Salud y Acción Comunitaria. Estos últimos se distribuyen a lo largo y a lo ancho de toda el área, sobre todo en cercanía de las poblaciones de menor accesibilidad al Hospital base.

Los Centros de Salud constituyen el primer nivel de atención, tienen una misión básicamente preventiva y de promoción de la salud desde el trabajo permanente con la comunidad en la que está inserto. Constituye, en algunos casos, la puerta de entrada al sistema de salud.

Los equipos que conforman estos centros buscan realizar un trabajo en orden a lo multidisciplinario y desde los programas tanto verticales y tradicionales, como Programa de Niño Sano, Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Asistencia y Prevención de la Tuberculosis, Diabetes e Hipertensión, Vigilancia Nutricional, entre otros. Así como también existen programas o actividades que provienen de las necesidades de la población, que en cada caso adoptarán distintas expresiones.

En lo que hace al recurso humano, los centros se componen por distintas disciplinas: clínica médica, pediatría, enfermería, ginecología, obstetricia, antropología, psicología, trabajo social. En este último caso, el número de trabajadoras sociales llega a dos.

Es importante destacar que en los últimos diez años la Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires (APS) ha tenido un importante crecimiento cualitativo y cuantitativo, tanto en lo que respecta a la mejora edilicia de los centros de salud, como también en cuanto a la apertura de nuevos centros, también hubo una importante ampliación de la planta funcional, de mayor capacitación en la especificidad profesional y en la formación en APS. Esto se ha traducido en notable jerarquización del primer nivel de atención, redundado en una mejora en el acceso a la salud de la población, sobre todo el de los sectores más postergados.

En el caso concreto de este Centro de Salud, desde ahora CeSAC A, se trata de un nuevo edificio construido recientemente, hace dos años, donde el equipo también está conformado por nuevos profesionales, producto de cargos concursados recientemente, como es el caso de

las dos trabajadoras de planta. Es decir que es un centro que ha ampliado tanto su capacidad edilicia, como su oferta asistencial–preventiva.

TS 1: El Centro de Salud se encontraba inicialmente funcionando anexado a un comedor comunitario denominado “Ositos Cariñosos”. A este nuevo edificio lo construyó la Corporación del Sur. Pasó de ser Salita San José a ser Centro de Salud en el año. El Comedor Comunitario también fue reconstruido y en la parte superior se construyó un Jardín Maternal que aún no ha sido inaugurado. El espacio que era ocupado por el Centro de Salud se transformó en un SUM [Salón de Usos Múltiples] para ser utilizado por la comunidad, pero en su interior está funcionando a su vez una oficina de la Corporación del Sur.

La población que concurre a este Centro de Salud, se trata de una población de bajos recursos, con necesidades básicas insatisfechas y/ o por debajo de la línea de pobreza.

Descripción del proceso de trabajo del Trabajo Social

Dado que los centros de salud asumen, por definición, el trabajo con y desde la comunidad, es que en este ámbito los trabajadores sociales ocupan, por lo general, un papel preponderante en esta tarea. Una de sus especificidades lo constituye el precisamente el trabajo en comunidad y no sólo el de puertas adentro de la institución. Esta tendencia no habla de una homogeneidad, ya que cada centro es particular y la relación con la comunidad también lo es, pero podemos afirmar que constituye uno de los pilares del trabajo social y por definición, debiera ser el de los centros de salud. El trabajo comunitario es a los centros de salud, lo que un zapatero a su zapato, es decir, es uno de los motivos principales por el que tiene su razón de ser: el trabajo con la comunidad con el fin de mejorar su accesibilidad y la situación de salud integral del barrio. Este abordaje se da desde la asistencia, la prevención y la promoción de la salud. Implica generar vínculos de confianza, de reciprocidad, de armado de redes, de compartir saberes, los saberes académicos, profesionales que sirven para resolver una de las dimensiones de la salud-enfermedad. La experiencia de trabajo en la atención primaria ha demostrado que la única manera de trabajar en la comunidad es trabajar con la comunidad compartiendo espacios, decisiones, problemas, conocimientos y prácticas que hacen a la salud-enfermedad. Resta después discutir acerca de las distintas formas y modalidades que este trabajo asume, quiénes lo llevan a cabo y con qué periodicidad, pero el trabajo comunitario es constitutivo de los centros de salud y, específicamente, el trabajador social en este sentido ocupa un rol central.

Por distintas razones de tiempo y de posibilidad de disponer de otro centro de salud, solo se pudo acceder al CeSAC A. Se entrevistó a trabajadoras sociales de sólo uno de los cinco centros de salud que posee este Hospital

Al igual que en el Hospital, las trabajadoras sociales, se ocupan tanto de la demanda espontánea, como del acompañamiento en situaciones de salud-enfermedad que se encuentren atravesando personas, familias. Además, como decía anteriormente, realizan un trabajo que supone trabajar con la comunidad y sus distintas problemáticas, a través de los referentes comunitarios, las organizaciones barriales, las instituciones que las componen, como la Junta de Vecinos, o Junta Vecinal (organización barrial con injerencia en los servicios públicos, servicios de recolección de basuras, cloacas, agua, barrido, que guarda conexión con el gobierno central de la Ciudad); comedores comunitarios, escuelas, jardines, guarderías.

Forma parte del proceso de trabajo que realiza un TS al insertarse por primera vez a una comunidad, el conocimiento de dicha población mediante lo que desde el Trabajo Social se denomina Diagnóstico Comunitario. Constituye una herramienta metodológica que sirve para conocer las características del barrio, las principales instituciones y organizaciones barriales que la componen, los recursos con los que cuenta, cómo es la organización barrial, si está dirigida por una Junta de Vecinos y los principales problemas que tiene la comunidad.

El diagnóstico se puede realizar de forma participativa o no. Constituye un insumo valioso para todo el equipo de salud dado que permite jerarquizar los problemas visualizados y, en función, de esto, programar las acciones del centro de salud en función de lo encontrado. Además aporta el trabajar, no sólo desde las principales enfermedades prevalentes que surgen de mirar el cuadro de la estadística mensual como dato epidemiológico, sino que otorga una mirada más integral de los problemas de salud-enfermedad-atención que presenta una comunidad, permite rescatar potencialidades, intereses, inquietudes que presentan los vecinos respecto de la realidad en la cual viven.

Si el diagnóstico se realiza desde y con la participación de los vecinos, permite visualizar las percepciones que ellos mismos tienen acerca de su salud-enfermedad, estamos frente a lo que se denomina “diagnóstico participativo”. Hasta acá nos hemos referido a que constituye una herramienta que permite dar cuenta de la realidad local, más próxima y que por ser la realidad dinámica y cambiante, el diagnóstico nunca está acabado sino en permanente actualización.

Al respecto, Carballeda (2002, p. 117) refiere que frente a la complejidad que presenta la sociedad, visualiza al “diagnóstico” clásico como insuficiente para la búsqueda de lineamientos, perspectivas y esencialmente horizontes para la intervención en lo social desde cualquier campo. Propone entonces pensar la categoría de análisis diagnóstico desde la noción de “microsociología local”, nociones provenientes de autores como Goffman, Geertz, entre otros.

El espacio de lo microsocio evidencia de algún modo lo que acontece a nivel de lo macrosocio, que es determinado por la historicidad del territorio y por una serie de aspectos socioculturales que en la actualidad se presentan sumamente complejos (Carballeda, 2002, p. 117).

A esta complejidad presente desde lo sociocultural, se debe adicionar el enfoque estratégico que permita conocer la distribución del poder en esa comunidad. Un diagnóstico estratégico, tomando la definición de “diagnóstico estratégico” de Mario Testa (1995, p. 212), permite conocer la estructura de poder existente en dicha comunidad: cuáles y cómo son las relaciones de poder en esa comunidad, quién detenta el poder, qué lugar ocupa el centro de salud en esa distribución, qué lugar le asigna la comunidad al centro de salud en ese sentido, y qué lugar le otorgan los que formalmente detentan el poder (Junta Vecinal, organizaciones barriales, etc.), y cómo se posiciona el centro de salud en ese cuadro de relaciones, teniendo en cuenta las macro-políticas de salud, la política local definida desde el Hospital y las líneas de trabajo que propone el centro de salud. Todo esto le permitirá al Jefe de ese centro y al equipo de salud visualizar cuáles de estas líneas serán las más viables, a partir de este cuadro de distribución de poder. El diagnóstico se va transformando, entonces, en un insumo básico para la gestión local.

Es en este sentido que el Trabajo Social comunitario aporta elementos imprescindibles para la conformación de este armado.

TS 2: [...] y hay una demanda del barrio al Centro de Salud, por ejemplo, las últimas reuniones de red que nos juntamos, lo que se empezó a planificar, dentro del programa de adolescencia, trabajar con los adultos en relación a la comunicación con los jóvenes, y se está empezando a armar. La población sigue teniendo injerencia en lo que es la gestión del Centro de Salud, de hecho cuando hay problema con el tema de los turnos, la entrega de la leche, se entera todo el barrio, el Jefe actual tiene una inserción comunitaria importante, es prioritario.

Como parte de este proceso diagnóstico y como forma de acercamiento a la comunidad, las TS al incorporarse al centro de salud iniciaron un trabajo con algunos referentes comunitarios.

Mantuvieron reuniones periódicas con los vecinos para poder escuchar sus necesidades. Estas reuniones no se realizaban en el centro de salud sino en otras instituciones, en organizaciones barriales. Allí los vecinos relataban sus necesidades y propuestas:

TS 1 y TS 2: Convocamos a reunión con las distintas organizaciones que hay en el barrio. Son cuatro comedores comunitarios, la Parroquia, y el Jardín de Infantes que depende de dicha parroquia. En principio nos reuníamos en el SUM. Luego al estar cerrado (porque la Corporación del Sur había asumido la responsabilidad del espacio, dado que allí tenían una oficina) y no contar con formas de acceso nos comenzamos a reunir en los comedores. Este proceso dio inicio entre octubre y noviembre del año 2009. Entre las problemáticas que planteaban además de la necesidad de que el SUM sea utilizado por ellos (los vecinos, la comunidad) es el tema de los jóvenes y adolescentes que no contaban con espacios de inclusión en el barrio [...]

De estas reuniones surgió como principal problema visualizado: la falta de espacios recreativos para los adolescentes-jóvenes.

TS 1 y TS 2: [...] En el mes de marzo se decidió convocar los días jueves por la tarde de 14 a 16 hs .para un espacio lúdico a los jóvenes. Además del espacio lúdico la idea era que si tenían algún interés particular de armar algún proyecto acompañarlos en ellos. Hubo una presión implícita por algunos referentes de las organizaciones para que los adolescentes hicieran una radio. En un principio esta idea les gusto a los chicos/as pero luego se dieron cuenta que su interés residía más en tener un espacio para reunirse y jugar.

Esta visualización de unos de los problemas sentidos por el barrio, se realizó en el marco de la lucha que los vecinos iniciaron por la tenencia y discusión acerca del uso que se le daría al Salón de Usos Múltiples (antigua sede de la salita). Las TS acompañaron a los vecinos en este proceso.

TS 1: Respecto de la decisión final acerca de la utilización del espacio del SUM y de la responsabilidad del mismo, los vecinos sienten que han perdido la batalla dado que la Corporación del Sur se ha apoderado del lugar, son los que tiene la llave y es a ellos que hay que pedirles permiso para ocupar el lugar para las distintas actividades, si bien el espacio de los jueves por la tarde no se discute porque está destinado a los jóvenes y en el mes de agosto la actividad comenzó a desarrollarse allí. Además del espacio de juego, se ha transformado en un espacio de reflexión ya que se abordan, en algunas ocasiones, algunas temáticas como violencia, salud sexual y reproductiva, vínculos con los padres, etc.

Además de esta tarea, forma parte del proceso de trabajo el conformar equipos en función de los Programas Verticales de Salud, al igual que en el Hospital. Ambas TS participan de todos los programas. Las dos profesionales también participan en la actividad con los jóvenes. El

resto de los Programas los han distribuido de acuerdo a las especializaciones de posgrado realizadas y a los intereses de cada una. Así, una de ellas se abocó más a lo vinculado con la temática de Violencia de Género y otra más hacia la problemática de ETS-VIH.

Participan, además, de las distintas problemáticas y temáticas que se van presentando donde el eje sea la salud comunitaria, como el Programa de Salud Ambiental, cuyo objetivo es implementar la GRESAM (encuesta ambiental), proyecto del que participan todas las villas y asentamientos de la Ciudad.

Además, forman parte de la actividad derivada del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, como son las caminatas en el barrio con las personas que participan del espacio, también de una nueva actividad, junto a la fonoaudióloga, que es la narración de cuentos en la Sala de Espera de Pediatría.

Además del trabajo en los Programas en equipos interdisciplinarios, las TS, al igual que en el Hospital, realizan la Demanda Espontánea: que consiste en que dentro de una franja horaria, por la mañana o por la tarde, realizan entrevistas a las personas que se acercan a realizar consultas de distintas índole:

TS 1: [...] es muy cambiante, nosotras no tenemos todos los días de demanda espontánea, tenemos dos días de bastantes horas, yo los martes y ella los viernes, que son los días que estamos solas, tenemos como de ocho a dos de la tarde, que es un horario bien amplio, y después tenemos dos días de dos horas y el quinto día no hacemos, salvo que haya una situación obviamente de necesidad de actuar en ese momento o de interconsulta que requiera ya la intervención, sino tratamos de respetar el día que no hacemos demanda [...]

En lo que respecta a los motivos de consulta más frecuentes, estos están referidos a la violencia de género, el maltrato hacia los niños, la documentación, los planes sociales, conflictos familiares: tenencia, cuota alimentaria, entre otros.

Una vez que se realiza la entrevista de primera vez y la situación que la persona trae requiere de un acompañamiento, se la cita para siguientes entrevistas, denominadas entrevistas de seguimiento. En ellas se va trabajando el problema solamente con la persona en cuestión, y otras veces requiere de la inclusión de algún familiar o referente. También, al igual que como se describía en el trabajo dentro del Hospital, el trabajo social individual-familiar, exige además la comunicación con otras instituciones y la gestión-articulación de recursos materiales y simbólicos.

TS 1: [...] y también muchos pacientes que están en seguimiento, trabajo de acompañamiento, más individual.

Las TS observan que a diferencia de cómo se trabaja un caso en el Hospital, el centro de salud permite un abordaje integral del paciente y de la problemática que se presenta. De todas maneras, creen que aún se les sigue demandando a las trabajadoras sociales del centro de salud un rol de control, punitivo que no coincide con los nuevos marcos teóricos y legales con los que se aborda el trabajo de acompañamiento familiar.

TS 2: [...] eso digo que no varía tanto... hemos tenido casos difíciles que los trabajamos en forma conjunta, yo tengo entrevistas con las psicólogas, poder trabajar con las médicas, puedes plantear...te da otra posibilidad el Centro de Salud, pero yo creo que termina siendo una cuestión implícita del control, de los informes, de lo judicial, en esto está implícito todavía tiene que ver en algún punto con el tipo de demanda del Hospital.

Por último, es importante destacar que el inaugurar el Servicio Social con el nuevo centro de salud, les permitió a las TS entrevistadas definir el perfil que querían otorgarle al trabajo por realizar:

TS 1: [...] un centro de salud nuevo, con tantas cuestiones, a nosotras nos pareció importante definir algunas cuestiones básicas. El tema de la demanda espontánea es un tema que marca una característica, no decimos no atender, le queremos dar otro perfil pero no es el 90% de nuestro trabajo, no es: no podemos dejar de atender como en otros lugares, que te golpean la puerta y hay que atender a las dos, a las tres, a las cinco...y también la consideramos que no es la más gratificante para nosotras [...] y también que es otra perspectiva para la población, por eso tratamos de privilegiar espacios que tengan que ver con programas, con tareas grupales.

TS 2: [...] y lo que tiene que ver con el trabajo con las instituciones y hacia la comunidad, en terreno [...]

A MODO DE SÍNTESIS

SERVICIO SOCIAL: PROCESO DE TRABAJO CENTRADO EN EL USUARIO-PACIENTE

En primer lugar, sin hacer generalizaciones, podemos hipotetizar que en virtud de otros servicios que no han sido estudiados pero que sí conocemos más superficialmente, el proceso de trabajo encontrado en la unidad seleccionada, podría estar presente en otros Hospitales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, es decir que no guarda características particulares, máxime si lo comparásemos con otros Hospitales de Agudos de la Zona Sur de la Ciudad.

Por otra parte, si bien no podemos hablar de un único proceso de trabajo en salud, sí podemos decir que se encontraron aspectos del proceso que se repiten en los distintos ámbitos de intervención; es decir en el Hospital y en el Centro de Salud, en la Sala y en los Programas y/o en la Demanda Espontánea.

Estas constantes tienen que ver con lo organizacional y lo metodológico:

- ✓ La entrevista constituye la principal técnica de acercamiento al usuario en la consulta de primera vez o de seguimiento, ya sea a partir de la Demanda Espontánea o del trabajo en Programas. En este sentido, la Historia Social constituye el instrumento de registro por excelencia para el Trabajo Social, donde se pueden encontrar los datos filiatorios del usuario pero también las principales líneas de acción que el TS va estableciendo a partir de la situación problema, como los relatos que produce el paciente.
- ✓ Se trabaja en tres dimensiones de abordaje: lo individual, que por lo general corresponde al tipo de trabajo más asistencial, lo grupal y lo comunitario, que obedecen a un trabajo más preventivo y de promoción de la salud. El trabajo en la comunidad es más específico del centro de salud pero también se realiza en el Hospital, por ejemplo, desde el Programa de Salud del Escolar que se realiza en las escuelas. La asistencia se hace efectiva a través de los Consultorios Externos y de la Demanda Espontánea y de las Salas de Internación.
- ✓ Los aspectos preventivos y de promoción de la salud son cubiertos a través de las acciones de Programas y/ o a través de la participación activa en los comités referidos a distintas temáticas.

- ✓ El trabajo grupal, sea modalidad de taller o charla, es usado como estrategia para el trabajo en Programas.
- ✓ La organización de díadas o tríadas, de acuerdo al recurso humano existente, para el trabajo en sala o en los programas.
- ✓ La Demanda Espontánea organizada, tanto en el Hospital como en el Centro de Salud, con días y horarios y un calendario fijo de correspondencia por cada profesional.
- ✓ La realización de ateneos para la discusión de situaciones problemáticas desde un trabajo multidisciplinario, como así también la presencia de las TS, en la conformación de Comités de determinadas temáticas de salud.
- ✓ Un espacio de capacitación continua y de formación de futuros profesionales a cargo de todo el Servicio.

Por otra parte, y lo reiteraré más adelante, un profundo conocimiento de las políticas sociales y de salud que le permiten efectuar la gestión de recursos como una de las principales acciones que conforman su proceso de trabajo. En el mismo sentido, cuenta además con un exhaustivo conocimiento de los distintos actores que conforman la red de relaciones al interior del Hospital, las distintas posiciones de fuerza que emanan de cada uno. ¹⁹Forman parte de los recursos simbólicos que cuenta para poder operar en función de la Salud Enfermedad de los usuarios, tanto en lo que hace a la gestión puntual de un recurso como así también cuando se requiere poner un tema en agenda o participar de la toma de decisiones que involucren la salud de la comunidad. Veremos que esta característica del proceso de trabajo se observa en todas los ámbitos, sea Hospital, Centro de Salud, asistencial o preventivo.

Podemos adelantar sin temor y en función del segundo capítulo, que la dimensión gestión forma parte del proceso de trabajo del TS en salud. En el segundo capítulo, veremos qué formas asume esta dimensión. Básicamente, está ligada al uso de tecnologías blandas como la capacidad de escucha, el estar en permanente relación con el usuario-paciente y el contar con redes de relaciones estratégicas que le permiten tomar decisiones y actuar en consecuencia.

¹⁹ Testa, M. (1995) Pensamiento estratégico y lógica de programación. (El caso de salud). Buenos Aires: Lugar Editorial.

En este sentido, hemos podido ver a lo largo de todo el capítulo que esta dimensión es ejercida mayormente por el equipo de conducción, pero que es una dimensión presente en el trabajo de la mayor parte de las TS entrevistadas.

Podríamos decir que la Jefatura del Servicio Social en estudio presenta un dominio importante de la comunicación interna del Hospital, lo que le trae algunas ventajas y, también, desventajas en la gestión. Como desventajas puede mencionarse que todo lo que no se pueda resolver en otro servicio y llegue como demanda al SS, éste se verá obligado a encuadrar cuáles son los límites de su campo de acción. Como ventaja, cuenta con una llegada directa a la Dirección del Hospital para la gestión de los recursos que sean necesarios. Por otra parte, más allá de la Dirección, conoce cuáles son los canales por los cuales hay que transitar a la hora de gestionar.

Opera más allá de los canales formales porque es capaz de moverse en el terreno de la red de relaciones que conforma el Hospital. Y en este sentido abarca un importante conocimiento acerca de los recursos materiales y simbólicos con los que cuenta el Hospital. Concentra una poderosa red de información y de contactos que le permite resolver con eficacia las distintas problemáticas que se presentan en el ámbito de los recursos internos. Esto puede deberse en parte a los años de antigüedad en el Servicio, las tres jefas tienen más de veinticinco años de antigüedad.

Es decir que en la particularidad de este caso estudiado observamos en el discurso que aparece en las diversas entrevistas, un Servicio Social que se comporta como una “*gran oreja hospitalaria*”²⁰, capaz de escuchar las voces de los pacientes y traducirlas en necesidades concretas, buscando la manera de dar respuesta de forma organizada, sabiendo y conociendo los engranajes institucionales que se hace necesario tocar para lograr el objetivo: gestionar en función del usuario. Se hace necesario contrastar esta observación con entrevistas realizadas a los usuarios.²¹ Sin embargo, y haciendo referencia a Flores (1989)²² cuando se refiere a “actos

²⁰ Nota: Uso de encomillado y cursiva propio.

²¹ Nota: se mencionó en el aspecto metodológico que las mismas no habían podido realizarse. Quedan pendientes para un nuevo estudio que enriquecería aún más esta presentación.

²² Flores, F. (1989) Inventando la empresa del siglo XXI. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

de habla” pensamos que estar atento a lo que se dice, no sólo por parte de los equipos sino de los pacientes constituyen insumos relevantes para la gestión centrada en el usuario. Es en este sentido que se alude al Servicio Social como una “*gran oreja hospitalaria*”.

Esta capacidad le permite articular acciones y facilitar otras en forma permanente, tanto en lo específico del SS como en relación a los demás servicios. En este sentido se tiene la sensación de que la Jefatura del Servicio Social actúa como un gran motor del cual surgen ideas de trabajo producto de mantener un permanente contacto y escucha, tanto con la población objeto de intervención, como con las demás esferas del Hospital. El SS se presenta así como un servicio transversal al resto.

En otro orden, y tratando de comparar procesos de trabajo entre los dos tipos de Jefatura, tanto a nivel normativo como empírico, podríamos decir que no se dejan ver grandes diferencias. Sin embargo, podríamos decir que la Jefa de División ocupa un lugar central en la micropolítica hospitalaria, entendida como el terreno de la microdecisiones y acciones de los servicios e instituciones de salud y que se encuentran en el terreno de las “tecnologías blandas”. En tanto que las Jefas de Sección, sin dejar de compartir esta responsabilidad, están más abocadas hacia la micropolítica interna del Servicio.

Además se puede observar que las Jefas de Sección, al mantener trabajos preventivos, mantienen una constante comunicación con los usuarios, lo que les ha permitido un ejercicio permanente de vigilancia epidemiológica, lo cual se ha traducido en cambios en la organización y asistencia de varios programas.

Por otra parte, y haciendo referencia ahora a lo encontrado en el *trabajo en sala* si bien no podemos decir que hay una modalidad homogénea de trabajo en todas las salas estudiadas, sí podemos decir que se observan procesos comunes así como diferencias que obedecen a la especificidad de cada sala y a las improntas que imprime cada profesional.

El trabajo en Sala de Internación está centrado básicamente en el paciente-usuario que está cursando un cuadro de enfermedad agudo o un cuadro crónico reagudizado.

Entre los aspectos comunes, en el proceso del trabajo en sala encontramos que primeramente se hace una entrada en sala, se selecciona a las personas a entrevistar, se realiza la entrevista, la aproximación diagnóstica y las líneas de acción a seguir. En los casos de Pediatría y de Maternidad, existen consultorios post-alta donde continuar el seguimiento de los pacientes con las TS responsables.

Como ya mencionamos antes, la principal herramienta de contacto del TS con el paciente es la entrevista. Los relatos que derivan de la entrevistas constituyen el insumo principal del diagnóstico y de las futuras líneas de acción a seguir. Relatos que se enmarcan en una entrevista con un encuadre determinado y otros que surgen de la pregunta a partir de un espacio grupal. La riqueza de los mismos está mediada por la capacidad de escucha del TS que debe ser integral, abarcativa, de conjunto, pero también focalizada hacia el problema principal que motiva la intervención.

En los casos de pacientes adultos presentes en las Salas de Maternidad y de Clínica Médica observamos que existe una pre-selección de los pacientes que realiza el médico tratante junto a las posibilidades de habla que presenta el paciente. En el caso de Maternidad, la selección es por parte de las propias madres internadas a través de las consultas que ellas realizan a las TS, en el marco de la ronda grupal de presentación del SS. Esta consulta puede constituirse en un caso futuro a trabajar o bien quedar en una simple consulta espontánea. Es interesante esta diferencia: en una elijen o deciden los profesionales y en otra las propias usuarias. En el caso de Clínica existe un cuadro de enfermedad, pero en el caso de Maternidad la mujer atraviesa más bien un hecho de vida positivo (salvo los casos problemáticos). Si bien esta modalidad está establecida por las TS responsables de esa Sala, la diferencia en el abordaje está dada por el tipo de usuario. En este sentido, en la Sala de Pediatría, que también cuenta con una selección interna de aquellos pacientes denominados de "riesgo social", las TS también asumen la postura de esperar que las madres consulten o la interconsulta con el médico tratante y no el pasaje cama por cama. Esta modalidad de abordaje fue considerado intrusivo por parte del equipo de TS de Pediatría en relación a los niños y sus madres, y como consecuencia, lo modificaron. En el segundo capítulo, veremos este cambio como uno de los procesos instituyentes que pudieron darse al interior del SS.

Por otra parte, cada sala guarda su particularidad, ligada principalmente al tipo de población con la que se trabaja y a las problemáticas que se atienden, que son distintas dependiendo de edad, género y motivo de la internación, en este caso delimitado previamente por la sala.

Otra diferencia relevante es que la edad de los pacientes también modifica quién será el sujeto entrevistado. En el caso de Pediatría, y dependiendo el problema que demanda la intervención del SS, los principales entrevistados son los niños (en los casos de maltrato o abuso) y en los casos de que la internación se deba a una situación de enfermedad, se entrevista al adulto y de ser necesario al niño.

La gestión de recursos materiales y simbólicos, así como también la interconsulta constituyen las principales líneas de acción en el abordaje de todas las salas. La posibilidad de operar con los insumos disponibles y hacer efectiva la gestión de los recursos materiales y simbólicos a partir de un amplio saber acerca de los recursos estratégicos internos y externos con los que cuenta la institución hospitalaria, es otro rasgo característico del proceso de trabajo.

De esta manera la articulación y la comunicación se vuelven herramientas esenciales de la intervención-gestión en el proceso salud-enfermedad de los usuarios y de este modo se facilita el ejercicio real del derecho a la salud de los pacientes, cuando estos no se encuentran con posibilidades de ejercerlos por ellos mismos.

En este sentido, y ya refiriéndome ahora a la dimensión del *proceso de trabajo* ligado a los *programas*, podemos decir que no se puede distinguir un proceso de trabajo igual a otro. Más bien presentan características muy diversas, lo cual está determinado en parte por el tipo de problemática que se aborde. Por otra parte, no es la intervención unívoca del TS sino que supone la presencia de un abordaje, al menos, multidisciplinario. Digo al menos, porque hay un discurso acerca del “hacer trabajo interdisciplinario” que no siempre es posible de realizar, máxime cuando estamos hablando del ámbito hospitalario en el cual se torna más difícil desde lo espacial, las competencias profesionales y los tiempos que se manejan.

Se puede observar que el lugar que el TS ocupa en los distintos programas, por lo general, es ser el responsable de la coordinación de estos espacios, así como de la convocatoria y la planificación de los mismos. En los equipos, ejerce un rol convocante a la tarea que posibilita que el grupo pueda también apropiarse del espacio de forma más placentera, a la vez que es escuchado y tenido en cuenta al momento de la toma de decisiones respecto de temas a abordar y/o de líneas de trabajo a seguir respecto de una situación problemática.

Posee un trabajo que incluye tanto las entrevistas conjuntas con otras disciplinas, o solo desde el Trabajo Social, y además el trabajo grupal a través de las charlas expositivas y/o de la modalidad de taller.

Posibilita además salir del trabajo asistencial y realizar un trabajo más en orden de lo preventivo y de la promoción de la salud.

El rol de las TS está enfocado básicamente a la posibilidad de gestar un espacio de seguimiento-acompañamiento, de mayor intimidad, de acompañamiento a través de las entrevistas individuales que se generan a partir del trabajo en los grupos y/ o talleres.

Además posibilita, desde un plano grupal, que los participantes puedan avanzar en temas o inquietudes que no le habilitaba el momento de entrevista individual, o con la presencia del médico-trabajador social. El ámbito grupal permite la circulación de todos los discursos, sin distinción en el cual el TS actúa de moderador y facilitador de procesos, de actos de habla que solo se pueden dar en un espacio de producción grupal.

El paciente abandona ese rol de “paciente” y adquiere un rol como sujeto protagónico, en el cual puede decir y decirse en tanto sujeto de su proceso de salud-enfermedad-atención con otros. Esto posibilita otro tipo de apropiación del espacio destinado a la enfermedad, y empieza a ser visto como un lugar de encuentro de salud. En este sentido, las TS utilizan distintos tipos de herramientas que van desde las técnicas gráficas, lúdicas, y por supuesto, la palabra para poder ir abordando los distintos temas.

Por último, podríamos decir que a diferencia del trabajo en internación, los programas posibilitan un hacer desde la salud las potencialidades del otro, desde una mirada más preventiva y desde la promoción de la salud del usuario porque se corre del momento agudo de la enfermedad, incluso si estuviésemos hablando del Programa de Infectología. Son momentos distintos del PSEA del usuario y por lo tanto obliga al TS y al resto del equipo a gestar otro tipo de acciones que pongan al paciente menos pasivo y más activo en pos del recupero de su autonomía. Estas características se dan más en los Programas de Infectología Infantil y de Adultos, Mal de Chagas y no así en Maternidad que presenta otras particularidades. Maternidad permite jugar aún más con la vida, la esperanza, el proyecto de un hijo por nacer, aún con las múltiples situaciones complejas desde lo socio-familiar o desde la presencia de patologías que se puedan presentar durante el embarazo. Se advierte que el trabajo se genera desde un lugar de mayor flexibilidad, más relajado tanto por parte de las profesionales a cargo como de las usuarias participantes. El trabajo grupal posibilita preguntas, interrogantes centrados en un futuro, que aunque pueda ser adverso en muchos aspectos, está más centrado en las posibilidades de la vida que en la muerte.

Continuando con otra de los aspectos del proceso de trabajo, haré referencia a la *Demanda Espontánea*. A diferencia de lo que se hace desde la sala o desde los programas, este aspecto no permite llevar adelante una tarea de seguimiento, de acompañamiento del paciente a lo largo del tratamiento de su problemática. Se tratan más bien de demandas puntuales, que se trabajan en una consulta, a lo sumo en un par de consultas. El tipo de respuesta es de carácter más inmediato. No permite desarrollar el proceso.

El tipo de recurso que se demanda también suele ser más tangible, del tipo de los recursos materiales o asesoramientos puntuales acerca de prestaciones sociales vigentes.

Las urgencias de mayor gravedad, actualmente se están recibiendo por la Guardia General del Hospital, y es desde ahí desde donde se demanda la intervención del TS de Guardia.

Por último, el proceso de trabajo que se realiza desde un *Centro de Salud* mantiene algunas semejanzas con el trabajo hospitalario, en la atención de la demanda espontánea y de los programas, pero también importantes diferencias. Hay más presencia de trabajo grupal, menos del individual, y más presencia fuera que dentro de la institución.

Básicamente, la población es una “población sana”, que no está atravesando situaciones agudas de enfermedad, con la cual se pueden pensar en otro tipo de actividades ligadas a la promoción y la prevención de la salud.

Así como en el Hospital observamos que la mayor cantidad del tiempo está ocupado por el trabajo en sala como lo central, en función de los cuadros agudos, en el CeSAC el trabajo está centrado en la comunidad y en las situaciones de PSAEC que corren más bien por canales de cuidado y de control de la salud.

Si bien lo asistencial, sobre todo materno-infantil, en función de los controles de salud o de cuadros ambulatorios es una importante oferta del CeSAC, el trabajo desde los programas constituyen el eje central que atraviesa el proceso de trabajo para todo el equipo pero especialmente para las TS. A diferencia del trabajo hospitalario, las dimensiones edilicias, la cercanía entre los profesionales, junto a las posibilidades de trabajar insertos en la comunidad, sumado a las problemáticas que se presentan cada vez más complejas, el CeSAC posibilita el armado de equipos interdisciplinarios tanto para los Programas Verticales como para todas las iniciativas y propuestas que surjan tanto desde la comunidad como desde el equipo. En este sentido, y al igual que en el Hospital, las TS por lo general coordinan estos espacios, ya sea porque surge de ellas como propuesta o bien por iniciativa de otros miembros del equipo.

El hecho de que el CeSAC esté ubicado en el corazón mismo de la comunidad, posibilita mantener un contacto fluido, de mayor cercanía con la población, fluidez que no la exime de conflictos, sino que siempre supone un desafío. El trabajo comunitario constituye un ámbito de trabajo central para el TS así como el de los Programas. Exige al TS de una creatividad y flexibilidad mayor dadas las problemáticas complejas que se presentan y que suponen también una fuerte presencia del TS en el terreno. Como dijimos durante el desarrollo, se requiere

mantener una mirada estratégica y un diagnóstico claro y actualizado de los conflictos e intereses de los problemas locales. Las acciones se realizan junto a otras instituciones y organizaciones barriales que se ocupan de otras dimensiones del PSEAC como ser el uso del tiempo libre, la conquista de espacios verdes y del juego para niños y adultos, la problematización del uso de los espacios comunitarios, el abordaje intersectorial de problemáticas comunes como la existencia de agua potable, la urbanización del barrio, entre otros temas que se trabajan desde el CeSAC y en el cual las TS ocupan un lugar relevante.

Por lo que se pudo observar a partir de las entrevistas realizadas, la modalidad de gestión de un centro de salud tiende a ser más colegiada, en términos de Sousa Campos y no tan centrada en un único jefe responsable de todo. Más bien las decisiones se toman en equipo y menos individualmente, sobre todo cuando se trata de situaciones complejas donde se requieren respuestas estratégicas más que normativas. Para esto, como veníamos describiendo durante el desarrollo del capítulo, la presencia de referentes comunitarios también es un componente relevante a la hora de discutir los problemas referidos a la comunidad y al CeSAC, un componente que en el trabajo hospitalario no se puede ni siquiera pensar. Es en estos procesos más de conjunto en los cuales también el TS asume modalidades más de lucha por el ejercicio pleno de los derechos en los centros de salud, que en el ámbito hospitalario -si bien, como ya vimos, desde el ámbito de la micropolítica hospitalaria el SS ha conquistado espacios relevantes, que hacen que sea escuchado y tenido en cuenta como actor importante a la hora de tomar decisiones-. La diferencia radica en que en el Hospital está muy marcado, atravesado por la impronta institucional y en el CeSAC se trata de un acompañamiento de la lucha que también hacen otros sectores junto a la comunidad.

Por lo dicho anteriormente surge, casi como algo obvio pero importante de explicitar, que el ámbito laboral, como espacio institucional, espacial, incide en la forma en que puede expresarse el proceso de trabajo del Trabajo Social.

Por último, en relación al Servicio Social estudiado, y en función de todo lo sostenido anteriormente, el proceso de trabajo que realizan las TS de la Jefatura del SS, posiciona al Servicio Social en conjunto como un actor con capacidad de influencia sobre las decisiones macro y micro que se toman al interior del Hospital, capaz de poner en agenda temas que son de su interés y del interés de la comunidad.

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS MICROPROCESOS DE TRABAJO

El Capítulo 1 nos ha permitido contar con una exhaustiva descripción de los procesos de trabajo presentes en los distintos ámbitos que conforman el Servicio Social estudiado, su red de relaciones, los nudos críticos de procesos de trabajo, el juego de intereses y de poder presentes en la dinámica laboral del Servicio Social.

El segundo capítulo persigue dos intencionalidades bien definidas. La primera referida a realizar un análisis de los procesos de trabajo a través de los Mapas Analíticos y de la Red de Petición y Compromisos. En tanto que la segunda está centrada en identificar los Actos de Gestión presentes en estos procesos.

2.1. MAPAS ANALÍTICOS

Son concebidos como herramientas que permiten mirar crítica y constructivamente la organización de un servicio o efector de salud y su proceso de trabajo.

El mapa permite hacer aparecer cosas que a simple vista no se perciben. Loreau dice que un analizador hace hablar a la institución, decir lo no dicho, lo oculto, lo velado (Franco, T.B., 2003).

Los mapas analíticos permiten justamente desentrañar lo oculto, lo instituyente, dar cuenta de los ruidos y las tensiones que hablan de lo que quiere fluir pero no puede. Permite descubrir, reconstruir el Trabajo Vivo en Acto. El trabajo no es una categoría aislada del contexto productivo y relacional sino que gana dimensión activa en la realidad a partir de la acción de los sujetos y se estructura como proceso dinámico (Franco, T.B., 2007). La finalidad de esta herramienta es analizar las relaciones que se constituyen en el territorio del proceso de trabajo. Identifica la realización de tres mapas que se pueden dar en la escena de producción del PSEAC. Los Mapas de los Conflictos, de los Actos Inusitados y de los Actos Inútiles.

Para comenzar, rescataremos los conflictos que pudieron ser visualizados, latentes o explícitos, en cada uno de los espacios de trabajo ya descriptos en el Capítulo 1: el trabajo hospitalario: Jefatura del SS, Salas, Programas, DE y Centro de Salud.

a) Mapa de los conflictos: expresan las narrativas de los trabajadores, en cuanto a los conflictos vivenciados por ellos mismos como trabajadores de la salud. El conflicto visto como un potente analizador de las relaciones porque expresa subjetividades operando en la realidad, afecta a los miembros del equipo y en función de eso se crean líneas de fuga, desvíos (Franco, T.B., 2007, p. 14-15).

Un primer eje de análisis es referido a la relación Jefatura del SS-otras disciplinas respecto a la gestión del TS. A continuación, se explicitará la misma por medio de un párrafo, extraído de la entrevista realizada a la Jefa de División.

Jefa 1: Ante la falta de respuestas institucionales que tenemos, es como que estamos empezando a hacer cosas que yo siento, superadas en trabajo social, de asistencialismo, porque sentimos la necesidad de devolverle algo al otro, al paciente. Esto nos trae serios problemas institucionales, porque el médico te deposita todo: es responsabilidad del SS el hacer identificación de personas, es responsabilidad del SS el conseguir donadores de sangre. Entonces cuando uno quiere establecer cuál es el rol del TS y aclararlo y poner el límite y el encuadre de nuestra profesión, viene el choque institucional, no obstante nosotros creo que estamos, como Hospital, es un servicio que está muy bien posicionado, son pequeñas situaciones que se dan pero estas pequeñas situaciones y este posicionamiento que yo digo que tenemos en este momento fue por mucha lucha, es decir, estar constantemente demostrando profesionalmente de lo que uno es capaz y de lo que se puede y de lo que no se puede hacer, de cuál es el rol del Trabajador Social, que nuestro trabajo está en la intervención familiar, en la tarea de promoción y prevención de la salud, cosa que nosotras desarrollamos mucho dentro de la institución, no sólo hacemos acompañamiento individual sino que hacemos grupal y comunitario, entonces tenemos un amplio reconocimiento en cuanto a la tarea en este sentido.

Aquí podemos visualizar varios conflictos que se retroalimentan: uno de ellos es la falta de recursos que actualmente tienen los hospitales públicos y cómo se posiciona el TS frente al usuario.

Como consecuencia surge otro conflicto intra Servicio Social ¿qué posición asumen las TS como equipo del SS frente a la falta de recursos?

El tercer conflicto es la demanda de los otros profesionales hacia el Servicio Social, el lugar en que queda entrampado el TS frente a los demás profesionales cuando demandan acciones que no son propias de su rol.

Respecto del primer conflicto, como mencionábamos en el capítulo anterior, el TS no administra por sí ningún recurso. Este es un primer punto importante, relevante, sólo gestiona.

Si a esto se le suma el rol históricamente asignado y asumido, de “dador de recursos”, el tener que dar cuenta cuando no hay existencia de insumos que gestionar y está la presión de las otras disciplinas para avanzar justamente en el tratamiento de un paciente, produce una tensión en los TS que no se resuelve en el ámbito del SS y/o entre distintos servicios o disciplinas. Para dirimirla es necesario apelar a otras instancias intra o extra hospitalaria: supone una acción de gestión de la micropolítica hospitalaria, en la cual el Trabajador Social, tiene importantes aportes para hacer. El Servicio Social debe y puede posicionarse más desde un plano de instalar una lucha por la falta de recursos sumando a otros servicios en el marco más abarcativo de la política de salud actual y, a su vez, en la especificidad de la política de este Hospital. De lo contrario pareciera que quedaría más en una solución que compete a responsabilidades disciplinares, de los distintos servicios, cuando en realidad la falta de insumos es algo que trasciende a los mismos y es parte de la macropolítica de salud actual que trasciende al hospital en estudio.

Otro aspecto del mismo conflicto se da en el propio equipo del SS, en cómo se posicionan las TS, desde este rol históricamente asignado que es la entrega del recurso: desde dónde y cómo se hace hoy. Cuando no se puede dar una respuesta efectiva por las causas mencionadas, queda entre las TS una suerte de “culpa” que se expresa en la necesidad de tener que darle algo al paciente, fruto de prácticas y representaciones aún vigentes asociadas al asistencialismo, una acción más voluntarista que profesional. Diría el profesor Mario Testa que con el voluntarismo no se sostienen las acciones en el tiempo. En este sentido es necesario mencionar la diferencia existente entre la asistencia y el asistencialismo. La asistencia es un derecho del usuario y una obligación del profesional y de las instituciones quienes tratarán de mediar todas las instancias para gestionar lo que el paciente-usuario necesita, como respuesta al ejercicio del derecho a la atención. El asistencialismo, es una práctica voluntarista, que aún persiste y que está cargada de ideología “del no derecho”, de la dádiva y de la ayuda donde se le quita al otro el lugar que le pertenece como sujeto de derechos. Sortear esta encrucijada a través de una propuesta superadora de estas problemáticas desde una acción más colectiva en instancias superiores y con capacidad de decisión, creo que saca al profesional de este lugar de tensión y de parálisis en la acción. Lo posiciona desde un lugar de poder para poder hacer desde otra direccionalidad: la que le otorga el pararse desde los derechos integrales de la persona y no desde la filantropía o desde la caridad.

En lo que hace a la relación con otros profesionales, la forma en que la Jefa 1 expresa la defensa del rol frente a lo que depositan otros profesionales puede ser parte de la resolución del conflicto:

Jefa 1: [...] cuando uno quiere establecer cuál es el rol del TS aclararlo, y poner el límite y el encuadre de nuestra profesión, viene el choque institucional, no obstante nosotros creo que estamos, como Hospital, es un Servicio que está muy bien posicionados, son pequeñas situaciones que se dan pero estas pequeñas situaciones y este posicionamiento que yo digo que tenemos en este momento fue por mucha lucha”

El contar con un espacio para ateneos y/ o de trabajo centrado en el usuario, de carácter más interdisciplinario también puede ayudar a dirimir este tipo de conflictos.

A este ejemplo se le puede sumar otro que estaría jugando en el mismo sentido. En este caso obedece a la modalidad de resolución de conflictos que adopta la Jefatura del Servicio Social. Este conflicto se centra en la relación SS-otras disciplinas o servicios frente a la escasez de recursos humanos para problemas sensibles, como por ejemplo en el Programa de Mal de Chagas. El Servicio Social, como miembro del Comité de Mal de Chagas y del Programa, pudo observar como un problema el no aprovechamiento del tiempo de internación de la madre y el niño para realizar los primeros estudios diagnósticos. Una vez que son dados de alta, las personas difícilmente regresen, se ha perdido la posibilidad de iniciarle los estudios durante la etapa de internación. Luego para que estos estudios se hagan efectivos se requiere una tarea de seguimiento y acompañamiento importante por parte del SS. El objetivo es que la persona afectada vuelva a continuar con la etapa diagnóstica, pero una vez que se va, claramente, se dificulta el diagnóstico y el posterior tratamiento. Podríamos denominar a esto una “oportunidad perdida”. La Jefa de Consultorios Externos del Servicio Social que a su vez forma parte del Comité, plantea este problema a la Jefa de Neonatología:

Jefa 2: [...] ayer hablábamos, un caso que fue terrible, que se fue y vino, que no sólo era mal de Chagas sino también sífilis, vino destruido, fue a Bolivia, hasta que volvió..., ese es un obstáculo... además cuando planteamos con la médica de Obstetricia, la Jefa de Neo qué pasa que no se le hace al bebé el estudio mientras está internado, en la Sala, nadie lo hace, en Laboratorio no hay profesionales que vayan a la Sala, hay uno solo que recorre las salas, tiene solamente un día de guardia, los miércoles [...]

Jefa 3: [...] del Ministerio nos dicen, ellos dicen que pidamos, que hagamos notas, hemos hecho notas y nos recursos no llegan [...]

Jefa 1: [...] se le dice al Director cuáles son las necesidades para un determinado dispositivo de funcionamiento, le presentamos el proyecto, el flujograma de atención y

después nos dice que no hay horas profesionales, a esto es a lo que voy, llega un límite donde tampoco tenemos poder de decisión, pero en cuanto a la atención, la incorporación del Dr. XX en la atención, es algo que logró el comité [...]

A riesgo de resultar exhaustivo el relato de las TS en las entrevistas, me parece que resultan pertinentes a los fines de ejemplificar cómo se da este mapa de conflictos en la organización del recurso humano para la atención del Mal de Chagas y el rol de las Jefas del Servicio en el mismo. En primer lugar, visualizan el/los problemas relacionados a la falta de recursos humanos y materiales: falta de otro laboratorista para hacer exámenes, de reactivos en determinados momentos del año, la falta de otro médico cardiólogo que reemplace al jefe en el seguimiento de las embarazadas durante su ausencia y la importancia de todo esto, de no perder la posibilidad de realizar diagnósticos oportunos.

En segundo lugar, cómo se posicionan las TS frente al problema: lo transforman en un tema de agenda de la política hospitalaria en su conjunto. El equipo del SS involucrado presenta una serie de planteos en distintas instancias para tratar de buscar soluciones a alguno de ellos. En este sentido, primeramente hablan con pares: Jefaturas de otros servicios involucrados, luego recurren a la mayor instancia formal de decisión dentro del Hospital: la Dirección del Hospital y por último, aprovechando Jornadas de la temática, apelan a instancias superiores de toma de decisiones como representantes del Ministerio de Salud.

El resultado de las gestiones realizadas redundó en conseguir que un médico cardiólogo pueda controlar a las mamás mientras permanecen internadas y reemplace al Jefe del Programa cuando éste se ausenta. Creo que más allá de los resultados, es interesante resaltar el lugar que ocupa el Servicio Social en la visualización de los problemas institucionales, los distintos canales que utilizan para ello y la firmeza en los reclamos teniendo, en este caso, la meta clara de evitar oportunidades perdidas en el control de Mal de Chagas. Esta línea de trabajo se observa como una constante a lo largo de las entrevistas en la Gestión del Servicio Social. Capacidad para visualizar problemas de gestión en el proceso de atención, claridad en los objetivos para enfrentar los mismos, firmeza para la toma de decisiones y consecuencia en el proceso de la misma.

Jefa 2: [...] SS ganó, porque fuimos tanto que...nosotras, algo nos conoces a las dos en cuanto a la obtención de recursos, tanto fuimos, tanto fuimos..., ahora con el médico las embarazadas vienen, responden [...]

Jefa 1: [...] le dice a la Jefa 2, miembro del Programa: "Te pusieron al Dr. XX con tal de no

escucharte más. (Risas) Porque ella es fatal [...]

Este relato que puede parecer anecdótico muestra lo dicho anteriormente.

Otro conflicto relevante vinculado a la falta de recursos humanos en los equipos es el caso de la no incorporación al Comité de Violencia de personal de la especialidad de Salud Mental que por problemas internos del Servicio no forman parte del Comité de una temática convocante *per sé* para esta especialidad.

Jefa 1: [...] ahí está, yo voy a lo que podemos, que denunciamos, que pedimos, por ejemplo desde el Comité de Violencia, nosotros estamos pidiendo la conformación de un equipo interdisciplinario para la atención, porque acá Salud Mental sólo atiende situaciones cuando están los chiquitos internados, es lo único que hemos logrado [...]

Al momento de realizarse la entrevista aún este proceso estaba sin resolución.

En otro orden de obstáculos institucionales con injerencia del SS puede mencionarse la forma de organizar el trabajo en la Sala de Clínica Médica.

El conflicto principal, descrito a través de las entrevistas en el Capítulo 1, está dado en relación a dos variables: el tipo de pacientes denominados “sociales” y la organización del trabajo en la sala por parte del personal médico.

TS CM2: [...] otra de las cosas que se hacía es el paciente tiempo-cama, por el tema del giro-cama, porque ellos por ahí estuvieron evaluando que no era un social que estuvo poco tiempo y que no hubo tiempo de entrevistarlos, “Ah, mirá, tiene el Alta Clínica, ahora es de ustedes”, y nosotras le decimos: “No, pará, si vos evaluabas algo, podrías haber llamado antes y no que ahora está de alta y es tuyo

TS CM3: [...] para mí ahí empieza a correr esto de que es social: cuando ya sienten que escapa a su función, a lo que ellos pueden hacer, ahí va a Social, lo ponen en la HC aparte. Sí, es cuando resuelven la patología aguda [...]

Aquí podemos observar algunas cuestiones ligadas a los procesos de atención propias del Modelo Médico Hegemónico²³, en alguna de sus características como podría ser el ver al paciente de forma fragmentada, ahistórica, descontextuado de su historia y también de su futuro. Otra de las características que se visualizan en este caso es el individualismo y, el

²³ Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención primaria de la Salud. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

todavía, marcado biologicismo: el resolver la problemática compleja de salud sólo desde un saber diferenciado y jerarquizado respecto de otros factores explicativos (Menéndez, 1988). Se ve al paciente sólo desde lo orgánico, en forma compartimentada. En todo caso, si después que se resuelve lo biomédico, es necesario otro tipo de intervención, ésta no se realiza en conjunto. No se trabaja desde un espacio de interconsulta sino desde el dispositivo de la derivación. En este sentido vemos que entran en conflicto dos modelos de atención: el del Servicio Social y el de Clínica Médica. Uno más centrado en los procesos de cuidado, de acogimiento, de recupero de la historia del paciente, de estar mirando el conjunto del problema: las redes con las que cuenta para el momento de la internación pero también para el pos-alta, los recursos materiales y simbólicos, las necesidades del conjunto de todo el proceso de salud-enfermedad-atención; y otro centrado más bien en el aquí y ahora: la cura del órgano enfermo, sin poder mirar al paciente como persona en forma holística, integral.

En este sentido, estaría interesante poder mirar estos conflictos como parte de los obstáculos que están presentes en la práctica médica-sanitaria, que no son privativos de este Hospital, sino que responden a parámetros más o menos constantes en los distintos efectores de salud, tanto públicos como privados. Sousa Campos cuando se refiere a estos obstáculos, presenta dos grandes grupos: uno comprendido en el ejemplo anterior que sería la relación médico-paciente o equipo-usuario. Menciona que esta relación es puntual y fragmentada, y que las razones de que esto ocurra es que no existe un sistema de paciente adscripto, es decir que determinados profesionales se ocupen de determinados pacientes, sino que lo que se da habitualmente es la intervención puntual y episódica, sin un seguimiento a lo largo del tiempo (Campos, 2001). Agregaría además que en el Sistema Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, la mayor parte de los servicios se sostienen por el sistema de formación de residentes, lo que profundiza aún más este obstáculo, sobre todo por la alta tasa de rotación de personal, que también es visualizado como problema por las TS de Clínica Médica.

Otro de los obstáculos al que hace referencia el autor y que más arriba mencionábamos, es la presencia de un modelo reduccionista, biologicista al momento de tener que encarar un abordaje terapéutico para el paciente (Campos, 2001).

Frente a esta situación conflictiva presentada, las Trabajadoras Sociales responsables de esta Sala, al momento de la entrevista estaban elaborando una propuesta para presentar a todo el equipo de Clínica Médica con la finalidad de poder trabajar en forma más articulada. Esto se desarrollará más adelante cuando se analice la red de petición y compromisos.

b) Mapa de los actos inusitados e instituyentes ²⁴: constituyen los actos inesperados por el equipo. Su potencia analizadora radica en el hecho de que lo no frecuente afecta al equipo, lo descoloca. La reacción puede ser de extrañamiento o de asimilación produciendo desvíos o no en su cronograma habitual de trabajo, lo que va a revelar es justamente cómo responde el equipo frente a esto (Franco T.B., Merhy E., 2007, p. 14-15).

Incluyo a los actos instituyentes en los actos inusitados dado que a veces se generan corrientes de pensamientos y de trabajo que emergen sin una sistematización tan clara y que también provocan descolocamiento al resto del equipo. Podremos asociarlos a los de libre creación en la micropolítica del proceso de trabajos vinculados más bien a otro modo de producir salud que no es la estipulada en las normas escritas o consensuadas.

Tal vez por las características de las entrevistas realizadas, no se pudieron encontrar relatos que respondan a los actos inusitados, como aquellos no previstos. Sé por estar trabajando en esta profesión, que la urgencia es uno de los actos inusitados que atraviesan todo el tiempo el quehacer cotidiano de los Servicios Sociales en Salud. De todas maneras, nos centraremos en lo que las entrevistas pudieron aportar.

Al momento de realizarlas había aparecido como un hecho no bien recibido la orden de que los Servicios Sociales se debían ocupar de efectuar un trámite referido a la identificación de las personas fallecidas sin identidad reconocida, comúnmente llamados NN. La Jefa entonces convocó a una reunión del Servicio y al CATA para resolver la situación. El CATA (Comité de Asesoramiento Técnico y Administrativo) es un órgano consultivo y de toma de decisiones a nivel hospitalario.

La modalidad de resolución del problema tiene dos aspectos: un aspecto más lógico dentro del proceso de trabajo del Trabajo Social, que se trabaja con sujetos posibles de entrevistar, con personas vivas. Todo lo demás corresponde a otras disciplinas o saberes porque el Servicio Social no está capacitado para eso, no está incluido dentro de sus especificidades. Habría que preguntarse más bien dónde tuvo origen la idea de que el SS podía ocuparse de esta tarea. Tal vez, hipotéticamente podemos pensar, volviendo a los orígenes de la profesión, en que el Trabajador Social podía ser visualizado como el asistente del Juez o del médico, y ¿en este

²⁴ Instituyente es agregado mío, no figura el modelo presentado por el autor.

caso? ¿cómo asistente del médico? ¿de la policía? Es una interesante cuestión para seguir pensando cuáles son las representaciones que se juegan aún respecto de las misiones y funciones, de las especificidades y del campo del Trabajador Social en Salud.

De todas maneras es interesante observar cómo la Jefa del SS lo definió como un tema médico (¿habría que preguntarse también si lo es?, particularmente creo que tampoco lo es) y estableció la política a seguir respecto del problema desde una decisión que parte del propio Servicio:

Jefa 1: [...] y ahora tenemos el problema de la identificación de pacientes fallecidos NN, y querían que lo hiciéramos nosotras: de ninguna manera. Convocamos a una reunión de CATA donde expresamos que no era función del SS, que por favor lo bajen a todos los jefes de servicios y nos avaló el Jefe de Departamento Técnico, cuando expresó que nosotras nos podemos ocupar de contactar la red familiar del paciente, no de identificarlo, eso es problema médico y nos dio la orden a nosotras, de que hasta que no nos dan la identificación, no podemos contactar la red, lo cual es una cuestión obvia.

Esto continúa en la línea de gestión que se ha señalado y que se viene observando a lo largo de las entrevistas. No es menor si volvemos a pensar la micropolítica del Servicio Social enmarcada en una institución de salud como es el hospital, en la cual el hegemonismo médico es la constante. Además, quisiera traer una cuestión de género al análisis y es que el Servicio Social en este Hospital y en prácticamente todos los hospitales, está constituido mayormente por varones. Si bien en las últimas décadas el espacio salud se ha ido feminizando, la mayor parte está constituida por varones. Esto es otro obstáculo que cotidianamente es necesario cuestionar, remover, problematizar.

Otra situación que muestra los actos inusitados es la de sustitución de identidad comprendido en el marco del trabajo de la Sala de Obstetricia, que compete a la relación TS-Usuario.

Una madre va a dar a luz y cuando le preguntan el nombre, saca un papel y da el nombre escrito en el papel que correspondía a otra mujer, potencial “adoptante directa” del bebé por nacer. Este hecho es considerado un delito penal por considerarlo apropiación de la persona y sustitución de identidad.

Estas no son situaciones problemáticas habituales y obligan, como en este caso, a dejar la tarea programada para ese día porque este tipo de situaciones se vuelven centrales y requieren múltiples gestiones con organismos de Niñez como la Guardia permanente del Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, la Justicia Penal que interviene por el delito y a su

vez los cuidados que hay que seguir propiciando a la madre y a su niño/a recién nacido. En estos casos, la especificidad del rol, hace que se pueda enfocar el trabajo en entrevistar a la mamá y visualizar cuáles fueron las causas que la llevaron a tomar la decisión de falsear su identidad y el proyecto de vida que ella había o no imaginado para ella y su bebé.

TS M3: [...] a la señora la internaron en una habitación mía de Obstetricia entonces cuando la pasaron al Centro Obstétrico, la internan en una de mis habitaciones, empiezo a trabajar con ella, te cuesta mucho cuando vos preguntas algo, hoy te dice una cosa y mañana te dice otra. Hasta ayer la señora se quedó todo el tiempo acá, se fue de alta a la casa de su amiga; ella venía acá, estaba todo el tiempo con la nena, se iba a las diez de la noche, me avisó que ella el miércoles se iba a una agencia de empleo para anotarse cama adentro y que el lunes empieza a trabajar, ella tiene claro, y cuando desde la Guardia se le preguntó si lo quería entregar ella dijo que no, que quiere mantener un vínculo pero que se lo críe otro, el vínculo, la maternidad está mediatizado por la ayuda que le dé la amiga, y cuando se le ofreció ir a un Hogar fue tajante, que de ninguna manera, que ella se tienen que ir a trabajar, que no se puede quedar con la nena, y le hemos ofrecido alternativas, pero ella hasta el momento no pudo construir un vínculo.

Desde este lugar, la TS interviene procurando aclarar la situación, establecer los medios para ello y procurar proteger al bebé en los derechos básicos como la vida, su identidad y el futuro de las próximas horas de vida: quién o quiénes se responsabilizarán de su vida si su mamá biológica no lo hace, sabiendo además que el apoyo afectivo que el bebé pueda tener en los días iniciales son de fundamental importancia para su vida.

TS M3: [...] así que bueno..., estamos esperando con las dificultades que tiene el Consejo para conseguir vacantes en un Hogar. Es una nena muy chiquita que estuvo internada en un hospital, en Neonatología, en una época del año que hay mucho cuadro respiratorio, con mucha exposición de riesgo para la bebé, estamos esperando a ver qué pasa.

Estas situaciones obligan al profesional a repensar también estrategias de trabajo que frente a situaciones similares fueron efectivas, pero que cuando no lo resultan se requiere volver a buscar otras posibles, como en este caso, que una mamá no pueda y/o quiera quedarse con su bebé, que cuando se le ofrecen las alternativas existentes no las toma porque quiere realizar su proyecto: que era tenerla y darla a otra familia. Si bien son situaciones que pueden darse periódicamente, no conforman el trabajo cotidiano, escapan a lo habitual.

Otra manera de enfrentar estos actos inusitados es a través de la realización del trabajo con pares, ateneos donde exponer la situación para ver qué se puede pensar en conjunto y por otra parte tareas de supervisión con la Jefatura, creando de una situación adversa, inesperada, que

por momentos puede dejar al profesional interviniente aparentemente desinstrumentado, pero a la vez supone una situación de fortalecimiento para el profesional, un aprendizaje para él y todo el equipo.

Con el fin de ejemplificar los actos instituyentes, un ejemplo entre los múltiples que podemos mencionar, es el que se dio en el Centro de Salud estudiado que como estaba recién conformado se le pudo dar un perfil menos asistencial y más comunitario a la atención de la demanda. Es decir, desde la resolución de conflictos, desde un espacio comunitario que parta también de los usuarios cuando se trata de problemáticas comunes. Esto que relatado de esta manera pareciera “habitual” no es la norma que rige para el resto de los centros de salud de la misma área. Refieren las TS que en algunos casos surgieron cuestionamientos desde las mismas colegas pertenecientes a otros centros cercanos, no así desde la Jefatura. Lo interesante es que cuando la Jefa 1 da indicaciones para realizar la entrevista, fija horarios demasiado estipulados, en función supuestamente de esta atención de la DE.

TS 1: [...] un centro de salud nuevo, con tantas cuestiones, a nosotras nos pareció importante definir algunas cuestiones básicas. El tema de la demanda espontánea es un tema que marca una característica, no decimos no atender, le queremos dar otro perfil pero no es el 90% de nuestro trabajo, no es: no podemos dejar de atender como en otros lugares, que te golpean la puerta y hay que atender a las dos, a las tres, a las cinco...y también la consideramos que no es la más gratificante para nosotras [...] y también que es otra perspectiva para la población, por eso tratamos de privilegiar espacios que tengan que ver con programas, con tareas grupales[...]

TS 2: [...] y lo que tiene que ver con el trabajo con las instituciones y hacia la comunidad, en terreno [...]

Podemos imaginar que si este cambio se originó desde uno de los centros de salud, otros también puedan modificar su modalidad de trabajo. La atención de la DE es un tipo de trabajo que por lo general es rutinario, burocrático y marcadamente asistencial, donde lo creativo e instituyente no está en juego y en donde hay una menor exposición del profesional. En la DE encontramos mayor presencia de trabajo muerto que de trabajo vivo. No así en lo que es seguimiento o acompañamiento de una situación problema, que sí pueden originarse a partir de la consulta realizada a través de la DE. Depende también del profesional que lleva a cabo esta tarea.

c) Mapas de los actos inútiles: parte del presupuesto según el cual las actividades de los equipos de salud producen actos inútiles, a veces para responder a la extensa normativa instituida que mantiene en funcionamiento la plataforma organizacional (Franco TB, Merhy E. 2007, p. 14-15).

Haré referencia a uno de los actos inútiles donde está más involucrado el Servicio Social, específicamente a la Sala de Pediatría y que está relacionado al eje Jefatura del SS-TS- modalidad del proceso de trabajo-productividad, en relación a las entrevistas de los niños internados

La TS de Pediatría refiere que habitualmente las entrevistas a los niños internados y/o al adulto referente se realizaban cama por cama, más allá de la existencia de algún problema o demanda de intervención, la mirada se centraba más en el dato estadístico más que en el paciente: en dar cuenta numéricamente de la tarea realizada, sin poder problematizar otro modalidad de intervención, era considerado no sólo un acto inútil sino además intrusivo.

Las responsables de esa Sala no acordaron con esta modalidad y plantearon un cambio, consideraron que no era necesaria realizarlas a todas las madres de los niños internados. Además, argumentaron que el hecho de ir cama por cama resultaba invasivo, poco acogedor para las madres, y además por asociar esta modalidad de entrevista más ligada a prácticas de intervención propias de la otrora Ley de Patronato. La misma establecía que frente a situaciones socio - familiares consideradas de "riesgo" para el niño, donde sus derechos e integralidad como persona estuvieran vulnerados, el TS era el profesional que realizaba, mediando una orden del juez, la separación del niño del seno familiar. Si bien esto ha sido modificado por la actual Ley N° 114 de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes, de las representaciones de los padres y adultos referentes aún sigue operando como fantasma.

Por estas razones, se propuso un reemplazo de este abordaje por uno grupal a través de talleres. Este cambio de metodología, producto de un cambio a nivel de la postura profesional, podemos entenderlo como un acto innovador, instituyente, que frente a lo dado implica un tiempo institucional de aceptación porque el trabajo de prevención y promoción a través de la modalidad grupal no está visualizado como posible y efectivo. La norma la constituyen la asistencia individual y los resultados de este trabajo transformado en números a través de la estadística. En este caso desde el discurso de la Jefatura del Servicio Social si bien se avalaba

la modalidad de trabajo grupal, pareciera que para la Sala de Pediatría era observado como no tan eficaz en términos de producción. Al respecto la TS refiere:

TS P: [...] a nivel hospitalario, se prioriza mucho lo individual, la cuantificación, el tema de lo grupal es otro tipo de registro y no estamos habituados, pareciera, la institución hospitalaria no está habituada, a instalar acciones (que se supone que igual deberían atravesarlas) de prevención y promoción a través de lo grupal. Está más acostumbrado a lo asistencial, a lo individual, entonces costó tener este lugar, pero si uno sostiene la productividad desde un lugar, sigue siendo eficiente en el trabajo, y además puede demostrar que desde otro lugar se puede tener más llegada a la gente y esto se plasma en una atención más integral de la salud.

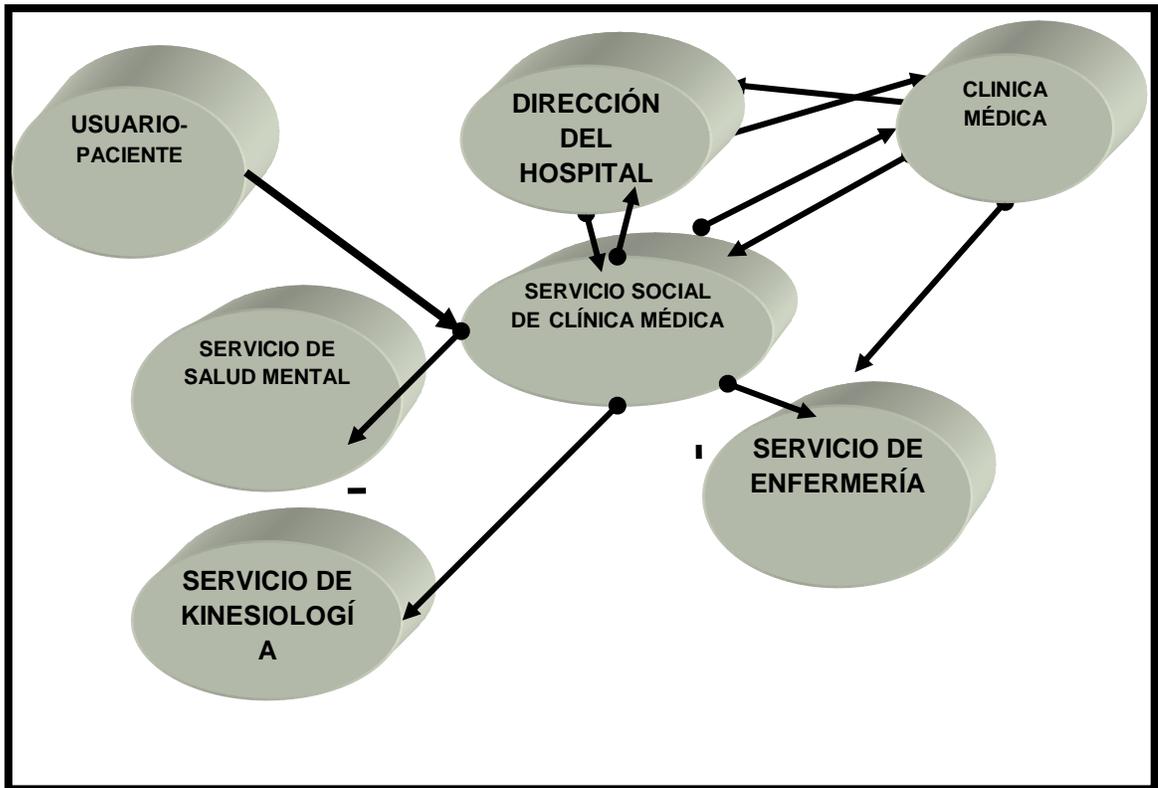
En este punto podemos retomar parte de la explicación del conflicto anterior cuando se mencionaban las características del Modelo Médico Hegemónico, que son aplicables a todo el equipo de salud. En tal sentido, observamos que el Servicio Social no escapa a él, si bien hace intentos por trascenderlo. Este ejemplo trasluce también que no hay un Servicio Social totalmente acoplado, uniforme. Existen este tipo de contradicciones y conflictos, pero finalmente se transforman en actos productivos.

TS P: [...] se instaló, con idas y vueltas, en el medio con discusiones ideológicas y metodológicas de abordaje, y esto se planteó a nivel de todas las TS que estamos trabajando en Sala. Se planteó a nivel general, yo lo fundamenté desde mi trabajo en Pediatría, de todas maneras, algunas siguen realizando la entrevista por cama con otra idea y desde otro lugar. En el caso de Pediatría quedó justificado porque lo que explicité antes y quedó claro que la mejor modalidad podía ser la grupal. Funcionó y está instalado, así que...esperemos retomar esto, esa es la idea y sumar.

Por otra parte, deja entrever que pueden coexistir distintas modalidades en un mismo proceso de trabajo, lo cual nos muestra una vez más que los procesos de atención del Trabajo Social, tanto de metodología como de temáticas abordadas presentan una importante diversidad, aunque se observen constantes generales.

2.2. RED DE PETICIÓN Y RENDICIÓN DE COMPROMISOS

Para poder avanzar en el análisis, me basaré en la experiencia que el Dr. Merhy hace en el Hospital Universitario de Clínicas de Campinas. Si bien él analiza la Red de Petición y Rendición de Cuentas o Compromisos con el conjunto de las relaciones que el Servicio Social tiene con los demás servicios y con la Dirección del Hospital, en este caso será diferente, no se realizará analizando todo el servicio, ya que en este caso empírico, la intervención de “supervisión externa” por parte del Dr. Merhy fue un pedido que surgió a partir de la Dirección del Servicio Social. Sólo se tomará la Sala de Clínica Médica. Esta elección se basa en que después de haber leído todas las entrevistas y reconocido el trabajo que se realiza en las distintas salas, se observó que el proceso de trabajo que se realiza en la Sala de Clínica Médica se presenta como un espacio a ser potencialmente modificado. Por otra parte, el Servicio Social de esta Sala está recargado por la demanda aunque está iniciando, lentamente, un proceso instituyente. Graficaremos un aspecto crítico del proceso de trabajo que se da en la Sala de Clínica Médica en relación a los pacientes denominados “sociales” y las formas de resolución/no resolución, los conflictos de poder, y la red de petición y compromisos que se dan en ella.



CUADRO 1. RED DE PETICIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS O COMPROMISOS. ELABORACIÓN PROPIA. 2011.

El gráfico muestra la red de relaciones de petición y compromisos. La flecha que parte desde el SS hacia Clínica Médica es de petición: el Servicio Social le solicita al Servicio de Clínica Médica que pueda adelantar la presencia de personas con problemáticas sociales, sobre todo de personas en situación de calle, y que esto ocurra con tiempo prudencial de manera de mediar los recursos disponibles para hacer frente a la problemática que en sí misma es compleja y que además supone de la gestión o de un subsidio habitacional, ambos con rápida resolución pero de requisitos inaccesibles para el usuario; o gestionar un tercer nivel para el cual tampoco hay disponibilidad permanente.

En el caso, el Servicio de Clínica Médica interviene de la siguiente manera:

TS CM2: [...] “Ah, mirá, tiene el alta clínica, ahora es de ustedes”, y nosotras le decimos: “No, pará, si vos evaluabas algo, podrías haber llamado antes y no que ahora está de alta, es tuyo”. Otra de las cosas que se hacía es el paciente tiempo-cama por el tema del giro-cama porque ellos por ahí estuvieron evaluando que no era un social que estuvo poco tiempo y que no hubo tiempo de entrevistarlos...”

Esto genera a su vez que el paciente en situación de calle y/o sin redes sociales, deba permanecer varios días en el Hospital, prolongando el Alta y no permitiendo que Clínica Médica pueda cumplir con los plazos que establece el giro-cama y los costos que le suponen al Hospital. Concomitantemente, además de este problema se le adiciona la falta de recurso humano de enfermería y que hace que en ocasiones permanezca vacía una sala entera.

Es en estas circunstancias que la Dirección del Hospital llama a sendos servicios para que puedan rendir cuentas acerca del giro-cama:

TS CM2: [...] para ellos es paciente que no tiene red y que se queda mucho tiempo en el Hospital. También empiezan a ser sociales cuando una familia te dice yo no me voy a llevar el paciente así porque no lo puedo sostener. Entonces, a veces hay reuniones en Dirección por el tema del giro-cama, para explicar porqué están tanto tiempo un paciente en el Hospital, entonces cada uno tiene que explicar la situación de por qué está tanto tiempo un paciente.

Pareciera que al Servicio de Enfermería no se le pide cuentas del giro-cama porque no es convocado desde la Dirección o se respeta la decisión adoptada sobre no poder abarcar más gente, como cuenta el siguiente relato.

TS CM2: [...] también hay habitaciones cerradas porque Enfermería no da abasto entonces se cierran habitaciones, cosa que desde la lectura del Trabajador Social a vos te apuran para que saques alguien que requiere acompañamiento social, pero no se abren otras

habitaciones. Te están apurando con que se necesita la cama, sin embargo se respeta si Enfermería les dice, no podemos abarcar más gente, creo que se soluciona poniendo más enfermeras no dándole el alta al paciente antes de tiempo.

Aquí habría algunas cuestiones para analizar, primero referidas al lugar del paciente usuario en el diagrama y en lo que compete a los días de internación: caso Marcelino, caso Pedro²⁵. En estos casos ya relatados el paciente parece que está invisibilizado, o porque está pocos días y se llegó a evaluar sólo lo orgánico y una vez resuelto lo agudo ya está cumplida la función de clínica médica o porque empieza a formar parte del mobiliario de la Sala y se olvida que él está ahí y se lo ve como de “primera vez” cada vez que el SS pide el resumen de HC para tramitarle una pensión por discapacidad, o como ocurre también con Marcelino, pudiendo realizarse otros tratamientos que puedan mejorar su calidad de vida durante los días en que dure la internación, sin embargo no se indaga o trata más allá del cuadro que motivó la internación. Los días de internación nuevamente no son aprovechados en términos de ganar calidad de vida para el paciente internado. Es verdad que el Hospital en estudio está definido como un Hospital de Agudos donde, como la palabra lo indica, se atiende el cuadro clínico agudo y una vez resuelto se debería terminar la responsabilidad del Hospital sobre el paciente.

TS CM2: [...] si, a nosotros nos queda pendiente trabajar con ellos el tiempo del alta clínica y queda el alta social pendiente, como si desde lo clínico no habría cosas para seguir haciendo una vez pasado el cuadro agudo, como por ejemplo, le pasaba a Marcelino, que el último tiempo se mejoró mucho, le digo: “¿No quiere que le traiga unos libros para leer?” “¿Sabe qué pasa? que no tengo los anteojos” y usted le dijo al doctor así va a Oftalmología para que haga una consulta...o Dermatología, u otras interconsultas que no las piensan porque lo agudo ya pasó, para poder ver al paciente más allá de ese órgano enfermo por el que entró.

Estas situaciones de larga permanencia hospitalaria ocurren porque por lo general está el “alta clínica o médica” pero no el “alta social”. Obtener el “alta social” significa que un paciente no podrá ser externado si no cuenta con una red de vínculos que lo sostengan y/o una vivienda donde estar una vez dado de alta. El ser dado de alta en esas condiciones supone perder lo ganado en el tiempo de internación en términos de calidad de vida del paciente. Cuando estos recursos materiales y simbólicos no existen el Servicio Social debe gestionarlos, “crearlos”. Por el tipo de pacientes ya descriptos que suelen internarse la falta de viviendas tanto como la de familias es una constante. Ambos recursos requieren de un tiempo superior a los quince días o

²⁵ Ambos casos han sido mencionados en el Cap.1 en el apartado de proceso de trabajo de Clínica Médica.

un mes para su resolución, como mínimo, en el mejor de los casos. Las políticas habitacionales no son justamente prioridad del actual gobierno, como tampoco a nivel asistencial en lo que hace a la política de hogares para la Tercera Edad o de personas en situación de calle.

Este tiempo “muerto” para el sistema de salud dado que son días de cama ocupada, podrían ser aprovechados para tratar todas las otras dimensiones que forman parte del PSEAC del paciente.

Por otra parte, sería deseable que el SS pudiera rápidamente identificar estas situaciones para luego operar con la mayor celeridad posible en la resolución efectiva de la gestión de estos recursos escasos. Esto depende de que el personal de Clínica conozca la labor del SS y realice en forma pertinente las interconsultas o derivaciones, y que el SS busque activamente este tipo de pacientes denominados “sociales”, esto a nivel de la micropolítica del Trabajo Social. A nivel de la macro-política de salud se requiere de un trabajo intersectorial consensuado y articulado con el Ministerio de Desarrollo Social y las organizaciones intermedias que puedan delinear políticas que aborden este problema.

En cuanto el Servicio Social pareciera que es el depositario principal de que los “sociales” mantengan ocupadas camas que debieran estar disponibles para los pacientes que presentan un cuadro agudo, y es el Servicio el responsable de poder responder frente al problema, cuando los recursos que se pueden tramitar no corresponden, primero al área de salud y segundo que la gestión de los mismos requiere, por lo general, un tiempo de tramitación considerable. Esto no ocurre sólo porque hay que mediar trabas burocráticas, sino porque no hay lugares disponibles.

Por otra parte, cabría preguntarse ¿si estuviéramos confeccionado un diagnóstico estratégico, tal como lo piensa Testa (1989, p. 212), cómo sería el cuadro de correlación de fuerzas del gremio de enfermería, en relación a la gremial de médicos municipales y en relación a la asociación de profesionales de Trabajo Social? Al parecer existiría una marcada inclinación a favor del gremio de enfermería. Tal vez esto pueda explicar por qué esta situación se puede transformar en un “cuello de botella” para Servicio Social y en menor medida para Clínica Médica, pero no para Enfermería.

Pero volviendo a poner el eje en el Servicio Social, por ahí un camino de resolución de este problema sea contar con un mecanismo sistematizado de rendición de cuentas y compromisos que involucre a todos los actores que participan en la gestión del cuidado de los pacientes de la

Sala de Clínica Médica, tanto de hombres como de mujeres. Además de poder contar con una mejor organización interna del equipo médico en lo que refiere a la formación de residentes para evitar que se les exija a ellos actos que deben provenir del personal de planta y evitar de esa manera que el paciente también quede entrampado en esta cadena burocrática.

TS CM3: [...] el Residente de primero te dice, "Me piden todo ya, todavía no te lo pude hacer". Los demás le están dando órdenes a su vez, y también a la hora de pedirte una interconsulta o de hablarte de un paciente, a lo mejor habla^s con el Encargado de Planta de esa habitación y de ese paciente, y ese combina con vos pero no con el Residente de primero, entonces conclusión, se corta la comunicación y quedamos en esta comunicación como viene sucediendo.

Por último, tomar algunas de las sugerencias que el equipo de Servicio Social quiere implementar tales como realizar una presentación de la organización y de la modalidad de trabajo, así como también del cuadro de responsabilidades y competencias que tiene como profesión.

TS CM2: [...] Es decir, hacer una presentación general de todos los espacios y de la forma de trabajo en los que estamos: Guardia General, Guardia de Servicio Social, los programas y redes de donde estamos, las problemáticas que trabajamos, personas en situación de calle, programas en los que estamos: VIH, TBC, y en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Hacer una presentación del SS de cómo definimos al Trabajo Social, ¿qué le compete al TS? Como nos repartimos en cada sala, en Clínica a veces no les queda claro que van otras colegas a Clínica Médica, porque son otras caras; porque el caso llegó acá a la Guardia, o por ejemplo cuando no estaba TS CM3, empezaron a ver otras caras viendo pacientes. A veces la paciente puede estar en Ginecología y después pasar a Clínica Médica, entonces la colega de Ginecología la va a seguir aunque esté en Clínica, entonces la idea es como ese panorama que uno lo ve y lo tiene naturalizado, lo da por obvio, poder presentarlo en una estructura y contar: "Estamos para esto y esto, y nosotras cuando un paciente tiene que pasar a un tercer nivel, necesitamos esto y esto, y los lugares donde pueden ir son estos, y si necesitan un psiquiátrico le corresponde a Salud Mental gestionarlo, cuando pedir una protección de persona tal cosa".

Cerrando este apartado, en relación a este punto se agregan unas reflexiones que si bien no hacen a la especificidad de este trabajo, sí pueden ser un aporte para pensar los modelos de atención hospitalaria en relación a los "sociales". La problemática del "social" no es privativa de este Hospital ni de este Servicio Social, sino que es una problemática común al menos a todos los hospitales generales de agudos.

Entonces surge la pregunta ¿cómo era concebido históricamente el Hospital? Inicialmente era un lugar destinado al auxilio y cuidado de enfermos, pobres y desamparados. Podríamos decir, en términos de Castell, los “desafiliados”. A pesar de que han pasado muchos años desde el origen de los primeros hospitales (año 1500-1600), y que es en este origen donde podría radicarse parte del problema. Los hospitales generales de agudos tal vez nunca dejaron de cumplir con la “misión fundacional” para lo cual fueron creados: auxiliar a enfermos pobres y desamparados. Además es el peso de las representaciones es muy fuerte, dado que para el usuario que presenta estas características también el hospital es visualizado como un lugar para estar aún cuando no se está enfermo. Esto lo demuestran las guardias de los hospitales donde se suelen ver personas, tanto hombres como mujeres, que amanecen durmiendo allí, con su morral en mano hasta que se abre algún comedor donde ir a desayunar o en los pasillos y salas de espera donde también se los puede observar. También está representado en las referencias de los pacientes (caso Marcelino y otros mencionados) que surgen del relato de las entrevistas a las Trabajadoras Sociales. Sería interesante, en este sentido, haber podido llevar a cabo las entrevistas que estaban contempladas realizar a los pacientes.

MISION DE SERVICIOS SOCIALES EN SALUD, CAMPO Y NUCLEO DE COMPETENCIAS.

Para dar cuenta de los actos de gestión que produce el SS me parecía necesario, en primer lugar, conocer acerca de la Misión del Trabajo Social en Salud, cuáles son sus alcances en relación al Campo y Núcleo del Trabajo en Salud.

Para hacer referencia a la Misión de los Servicios Sociales en salud utilizaré una fuente teórica y otra legal. Sousa Campos dice que defender la vida y producir salud debiera de ser la Misión de los efectores de salud (Campos, 2001). Si pudiéramos correr nos de la enfermedad y centrarnos en la salud de los usuarios, tal vez las instituciones pudieran presentar otros productos e indicadores que no sean morbilidad, mortalidad, etc. Defender la vida y producir salud debiera ser también uno de los ejes que rijan la micropolítica del Trabajo Social en salud. A nivel normativo, encontramos normas y funciones nacionales ²⁶ que sirven de orientación para los Servicios Sociales de Salud dependientes del Gobierno de la Ciudad. En su contenido

²⁶ Ministerio de Salud Pública Resolución 482/2002 Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos (con asesoramiento y participación de Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social y la entonces Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). BOLETIN OFICIAL N° 29.968, 1ª Sección, viernes 23 de agosto de 2002, pág.8, Buenos Aires.

abarca las funciones del Trabajo Social para los tres niveles de atención: de bajo riesgo (primer nivel, centros de salud, centros médicos barriales, unidades sanitarias), de mediano riesgo (segundo nivel de atención: hospitales generales y de especialidades básicas) y de alto riesgo (o tercer nivel, que se caracteriza por tecnología de alta complejidad para la resolución de situaciones de salud de alto riesgo y/ rehabilitación).

Estas normas si bien no especifican la Misión del Trabajo Social en Salud, cuando definen qué es el SS, dan algunos criterios que tomaré como insumo para poder llegar a una definición de la Misión. Se refieren al TS como:

la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extra sectoriales que obstaculicen su integral atención. (ob. cit)

A su vez estas normas nacionales que son orientativas para el Trabajo Social en la Ciudad de Buenos Aires, se pueden enmarcar en los lineamientos acerca de la política de salud que define la Ley Básica de Salud N° 153 de la CABA, principalmente en los artículos 1º y 2º de su texto, en los cuales se refiere a la garantía del ejercicio del derecho a la salud integral.

Tomando entonces estos elementos, me atrevo a decir que la

- **Misión de los Servicios Sociales** en Salud está dada por defender la vida y producir salud como parte de toda institución de salud. En su especificidad como Servicio, favorecer la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud, en cualquiera de los tres niveles, garantizando la equidad y una integral atención del paciente, como parte de la garantía del derecho a la salud que corresponde a todo ciudadano.

Hilando un poco más fino, y tratando de definir la especificidad del Trabajo Social en salud, apelaré a conceptos tomados del marco teórico de la gestión en salud, como lo son “campo” y “núcleo de competencias”, definidos por Sousa Campos.²⁷.

- **Campo y Núcleo de competencias del trabajo social en salud**

Para dar cuenta de este punto volveré a hacer uso de instrumentos teóricos y legales. Sousa Campos utiliza los conceptos de *campo* y *núcleo* para referirse a la formación o la práctica profesional. Los utiliza como *campo de competencias y de responsabilidad y/ o núcleo de competencias y/o responsabilidad*.

Para hablar de campo de la salud se refiere a

Los saberes y responsabilidades comunes o que confluyen en varias profesiones o especialidades [...] También pertenecen al Campo las nociones genéricas sobre políticas, organización de modelos y del proceso de trabajo en salud (Sousa Campos, 2001, p. 123).

En este sentido y de acuerdo a lo desarrollado anteriormente acerca de la Misión del SS en salud, el *campo* del Trabajo Social en Salud es el de la Salud Pública. Esta afirmación incluye tanto el caso del Servicio Social estudiado como así también todos los Servicios Sociales pertenecientes al Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, ya que presentan características organizacionales similares y la misma dependencia ministerial.

En lo que respecta al *núcleo de competencias* Sousa Campos lo define como:

el conjunto de saberes y de responsabilidades específicas de cada profesión o especificidad. Los elementos de singularidad que definen a la identidad de cada profesional o especialista, los conocimientos y acciones de exclusiva competencia de cada profesión o especialidad, a todo esto se lo denomina núcleo (Sousa Campos, 2001, p. 122-123).

La Ley Nacional N° 23.377 que reglamenta el ejercicio profesional de Servicio Social/Trabajo Social para todo el país, en su Art. N° 2, hace alusión a lo que podríamos entender, de acuerdo a la definición citada anteriormente, como el *núcleo de competencias*:

²⁷ Cabe aclarar que la noción de campo es proveniente de las Ciencias Sociales, fue planteado por Pierre Bourdieu y también utilizado otros. Bourdieu dice respecto del término: “Un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo” (Bourdieu, P., 1990) *Algunas propiedades del campo*. Sociología y Cultura. Grijalbo/Conaculta, México.

considerase ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como la de aquellas situaciones cuyos involucrados requieran sólo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales [...] Asimismo considerase ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia (Ley Nacional N° 23.377 y Decreto Nacional Reglamentario N° 1568/88,1987).

Considero que estos elementos podrían ayudarnos a definir el *núcleo de competencias* para cualquier área de trabajo del Trabajo Social. Me gustaría poder indagar un poco más y ver si es posible encontrar un aspecto más específico que responda a la modalidad del Trabajo Social en salud. Además de las descripciones del proceso de trabajo realizado en el capítulo 1, es interesante tomar lo que dice García Salord, autora mexicana, trabajadora social, acerca del objeto de intervención del Trabajo Social. Refiere que el Trabajo Social no interviene directamente en el problema sino que su especificidad radica en crear las condiciones para que otros trabajen sobre el problema. Así, continuará diciendo, el arquitecto se ocupará del plan de viviendas, el abogado del delito, el médico en la enfermedad. (1998)

Trabajo Social no interviene directamente en el fenómeno planteado como problema: corresponde al médico intervenir en el problema salud-enfermedad; al abogado le corresponde actuar en el terreno circunscripto por el binomio ley-delito [...] el Trabajo Social interviene creando las condiciones propicias para la intervención directa del tratamiento especializado del médico, del abogado, etc. O creando las condiciones adecuadas a la implementación de programas de desarrollo, políticas de bienestar social, así como para la organización y administración de servicios (García Salord, 1998, p. 46).

Podríamos pensar que para el caso específico de la salud, el Trabajo Social tiene injerencia directa en él, desde el lugar en que crea las condiciones para garantizar que los usuarios-pacientes accedan al sistema de salud y puedan satisfacer este derecho básico.

- **Los *procesos mediadores* como componente principal del núcleo de competencias.**

En este sentido, y tomando los aportes de la autora, creo que en el caso específico del PSEAC los *procesos mediadores* ocupan otro rol, se presentan de manera diferente, disiento con ella cuando dice que el Trabajo Social interviene creando las condiciones para la intervención especializada del médico. La complejidad que presenta de por sí el PSEAC es tal, que

sabemos que no es posible tratarlo desde una sola disciplina. En este sentido, la intervención que realiza el TS no es a los fines de que otros profesionales trabajen sobre el problema. Los *procesos mediadores* facilitan o crean las condiciones para el tratamiento del problema (García Salord, 1998, p. 46). Este “crear las condiciones para” constituye en sí mismo las acciones en pos de la resolución del problema y forma parte del abordaje del PSEAC junto con otras disciplinas en función del usuario, y no de otros profesionales para que intervengan sobre el problema. Estamos hablando de acciones de asistencia o gestión en torno al PSEAC centrado en el paciente.

Salvada esta consideración, creo que *procesos mediadores* es un concepto que permite categorizar la serie de acciones asistenciales y de gestión que supone el PSEAC y que están a cargo de TS. Los *procesos mediadores* posibilitan que los usuarios accedan a ser atendidos por el médico u otro profesional de la salud cuando a veces no acceden directamente a la consulta, pero además cuando ya está resuelta o abordada la dolencia orgánica, es el TS (también junto a otras disciplinas) quien se ocupa de las otras dimensiones que componen la salud-enfermedad y la vida de la persona. Aborda, trabaja con las redes sociales y familiares del paciente en este proceso de PSEAC, que abarca desde la vivienda hasta la red de referentes afectivos, la provisión de insumos para el tratamiento -como medicación u otros-, la interconsulta con otros profesionales, la articulación con otras instituciones, entre otras acciones posibles y que se han expuesto en detalle en el Capítulo 1.

Por todo lo dicho anteriormente, los *procesos mediadores* que intervienen en el PSEAC conformarían, junto a lo que establece la Ley y a lo que se refiere Sousa Campos, el *núcleo de competencias* del Trabajador Social en Salud. Es decir que en el caso de la salud-enfermedad, estos *procesos mediadores* constituyen un aspecto de la especificidad de la intervención en salud, a la vez que toman una de las formas operativas concretas de la Misión de los SS en salud, están más vinculados al conjunto de gestiones que se requieren para que el usuario pueda hacer efectivo su derecho a la salud y pueda ser atendido en forma integral.

Estos *procesos mediadores* se dan a través de los distintos ejes que conforman la intervención del TS, en los diferentes niveles y ámbitos (individual, grupal y comunitario; salas, programas, demanda espontánea, centro de salud) del quehacer profesional. Constituyen uno de los principales componentes del proceso de trabajo a través de los distintos actos de gestión presentes en el abordaje del PSEAC. Es desde este lugar que el TS en salud amplía su núcleo de especificidad, en el sentido de que su trabajo no pasa sólo por ser un mediador entre

necesidades y problemas y la satisfacción/resolución de los mismos entre usuario/profesional, sino que además amplía el ámbito de estos procesos relacionales al realizar actos de gestión para resolver el eje Necesidades-problemas/usuarios.

Cuadro 2. Misión, Campo y Núcleo de Competencias del Trabajo Social en Salud.



Elaboración propia.2011

El Trabajo Social como disciplina y como Servicio inserto en Hospital y/o Centro de Salud, al igual que todas las organizaciones de salud, tienen, según Merhy y otros, un modo de producción dependiente del Trabajo Vivo en Acto, están centrados permanentemente, al igual que el trabajo de educación en el Trabajo Vivo en Acto (1997, p. 8; 2006, p. 36).

El Trabajo Vivo en Acto se caracteriza por el empleo de las “tecnologías blandas” como relaciones de producción de vínculo entre trabajador y usuario-paciente, entre trabajador-trabajador; relaciones de autonomización, de acogimiento, y la gestión como forma de gobernar procesos de trabajo, construyendo sus objetos, recursos e intenciones (Merhy, 2006, p.33).

A lo largo del primer capítulo advertimos que el Trabajo Social se mueve en el plano de las tecnologías blandas en lo que se refiere a la red de relaciones que pudimos encontrar y en los actos del lenguaje, no sólo como actos de habla sino como todas aquellas formas de expresión y de manifestación de producción de vínculos. Hacíamos referencia a que la entrevista constituye una de sus principales herramientas de trabajo, ya sea como entrevista de

conocimiento, de acompañamiento, de gestión de recursos materiales y/o simbólicos, y los relatos que de ellas derivan constituyen uno de los principales insumos para poder intervenir.

Este corolario es a los fines de ubicar *los actos de gestión del Trabajo Social en el terreno de las "tecnologías blandas"* en la doble dimensión que se presentan: como relaciones de producción de vínculos o relaciones intercesoras; y como gestión en tanto forma de gobernar procesos y tener injerencia en la toma de decisiones.

2.3 ACTOS DE GESTION PRESENTES EN EL PROCESO DE TRABAJO

En este sentido, *los actos de **gestión del cuidado del usuario-paciente*** se expresan a través de las relaciones intercesoras, de los actos de producción de vínculos y de los procesos mediadores. Franco (2007, p. 11) cita a Ayres (2005, p.11) para referir que las relaciones intercesoras se producen entre trabajadores y de estos con los usuarios, en la medida que ambos forman un encuentro en el cual se colocan como actores-sujetos para la producción de cuidado.

En tanto que *los actos de **gestión como formas de organizar procesos y de injerencia en la toma de decisiones*** estarían conformados por todas las acciones que ya se han descripto en el primer capítulo, vinculadas a instancias decisorias intra y extra hospitalarias, y de la participación de la Jefatura y del equipo del SS en los lineamientos de la política de salud del Hospital y del SS propiamente dicho.

A su vez a *estos actos de gestión* lo podemos ubicar en **dos planos de intersección de la política institucional: en un plano vertical los actos de organización y de toma de decisiones**: la relación con actores o interlocutores válidos en la toma de decisiones, como por ejemplo todo lo referido a la gestión de recursos a nivel Dirección del Hospital, ministerios, otras instancias extrahospitalarias o la participación en todo lo referido a la política institucional general o del SS en particular; y en un plano horizontal, *los actos de gestión del cuidado*, representadas por las relaciones de producción de vínculo y los procesos mediadores, correspondientes a las relaciones que se dan entre el TS y el paciente-usuario. Esta diferenciación es a los fines de graficar, siguiendo con la metodología de los flujogramas, cómo se dan las relaciones desde el SS: si hay más líneas verticales que horizontales, si se da exactamente al revés o si se da un equilibrio entre ambas. Más allá de que este apartado tiene que ver con identificar y poner a la luz estos actos de gestión, me parece que sería otro aporte

más a los equipos de los SS al momento de mirar en dónde está centrado el trabajo.

A continuación se toman ejemplos ya trabajados en el primer capítulo en los que se pueden identificar estos distintos actos de gestión. Cabe aclarar que esta identificación no los incluirá a todos, sino sólo a aquellos que resultaron lo suficientemente descriptivos como para ejemplificar.

Cuadro de los Actos de Gestión

Planos de gestión	vertical	
ACTOS DE GESTIÓN DE CUIDADOS	Horizontal	<ul style="list-style-type: none"> Presencia de Producción de vínculos, de relaciones intercesoras
	ACTOS DE ORG. Y DE TOMA DE DECISIONES	<ul style="list-style-type: none"> Organización y conducción del proceso de trabajo del SS Participación en la toma de decisiones de la macro y micropolítica hospitalaria y del SS
Los actos de gestión de cuidado que desde la base llevan a producir cambios en los procesos de trabajo transformándose en Actos de gestión organizacional.		

CUADRO3. ELABORACIÓN PROPIA. 2011.

2.3.1 Actos de Gestión a Nivel Organizacional

En primer lugar quisiera referirme a los *actos de gestión a nivel organizacional*. La Jefa del SS es la encargada de distribuir roles y funciones al interior del equipo. Además asume la capacitación, ya mencionado en el Cap.1 de las colegas que entran a través del sistema de residencia.

Jefa 1: Implica la organización tanto del Servicio en el Hospital como el de los centros de salud. Cada Trabajadora Social tiene asignado una sala y un programa, hay algunas que tienen una sala solamente, de acuerdo a la demanda. La atención de la demanda espontánea por turnos, turno mañana, turno tarde, también llamado por Guardia, atiende la demanda, acá, en el Servicio. Si es de una sala y el TS de la misma no está, se lo atiende y después se lo deriva a la responsable de esa sala o programa. Ahora tenemos muchos servicios sin cubrir porque muchas trabajadoras sociales se han jubilado y todavía los cargos nuevos no han salido [...] La asignación de tareas es de acuerdo a la sala o el programa donde están, la atención de la Guardia es por orden alfabético, es decir, tres por cada día, para que no haya problemas, sigo por orden alfabético, se atiende hasta las 16.30hs. Lo llamamos Guardia del Servicio Social, ahora también tenemos TS en la Guardia General del Hospital.

En otro orden y dentro de las principales funciones que despliega la Jefa del Servicio, detalla una serie de acciones ligadas concretamente *a la gestión de recursos materiales*, insumos que requieren los pacientes en el tiempo de permanencia en el Hospital:

Jefa 1: Estoy gestionando, estoy articulando, con las autoridades de la institución (Hospital), creo que es una lucha constante por la falta de recursos que tenemos, por lo que se deposita en el Servicio Social, muchas veces por lo que asume el Servicio Social, creo que cuando nosotros hablamos en defensa de los derechos de los pacientes nos posicionamos de tal manera que perdemos un poco lo que es el rol profesional, ¿no? [...]

Supone un trabajo de articulación, de gestión hacia arriba y hacia abajo en pos de que los derechos de los pacientes sean reconocidos. Es función de la Jefatura ya que implica la gestión colectiva de los recursos, no de un recurso particular, y la definición de la postura que el Servicio Social asume frente a la coyuntura actual. El discurso deja entrever que el rol que cumple el Servicio Social es lograr, a través de los medios formales, los insumos que los pacientes requieren en el tiempo de internación y de pos-alta, como prótesis, medicamentos especiales, y otros insumos como bolsas de colostomía, entre otros.

Actualmente, la compra de estos elementos está descentralizada. Esto se traduce en que cada hospital debe administrar su presupuesto hacia el interior del mismo. Considerando que el hospital en análisis atiende a una población que se encuentra en su mayoría bajo la línea de pobreza, difícilmente esta población pueda estar en condiciones de responder con su bolsillo, gasto que entonces debe asumir el efector.

Al respecto la Jefa 1 refiere:

Jefa 1: [...] este Hospital está organizado para la obtención de recursos y para que lo que nosotros hablamos de prótesis u órtesis. Cuando el paciente no tiene la capacidad para poder adquirirlo, el Hospital debe que gestionar para darle esta prestación, y esto no pasa por el SS, sino que en este Hospital pasa por el Servicio de Auditoría que es el encargado de gestionarlo [...] el SS sólo cumple dentro de un formulario que está a los fines de las ayudas médicas, en informar si el paciente tiene o no tiene la capacidad económica de poder comprarlo, eso se eleva por Auditoría y después ya no es responsabilidad del SS.

La posición que adopta el Servicio Social en pos de la defensa de los derechos del paciente es fundamental, sumado a la relación que el SS mantiene con la Dirección del Hospital. La conjunción de ambas variables incide, sin duda, en la obtención exitosa de un determinado recurso.

Es importante destacar el capital simbólico que maneja el Servicio Social en lo que hace a la gestión de recursos materiales. Tiene la capacidad de conocer la red de relaciones, de contactos que se dan al interior del Hospital y que es un recurso en sí mismo al momento en que se presenta la necesidad de un determinado insumo. Forma parte del capital simbólico que aporta el SS al funcionamiento no sólo de la dinámica del Servicio Social, sino a toda la dinámica hospitalaria.

En otro orden, pero dentro del proceso de toma de decisiones en la que están implicadas las jefas resulta impostergable destacar la mirada epidemiológica que las llevó a tomar la decisión de conformar el Programa de Chagas, ejemplo ya mencionado. Otro de los ejemplos de la injerencia del SS en la gestión de la micropolítica hospitalaria fue el de detectar la falta de profesionales en el Programa de Chagas y haber efectuado los reclamos en las distintas instancias decisorias, desde la Dirección del Hospital hasta el Ministerio de Salud de Nación y de la Ciudad, hasta obtener que se nombre más personal. La participación en el Comité de Violencia donde el SS explicitó la necesidad de contar con un profesional de salud mental, y

bregar para que se incorpore un profesional al equipo, constituye otro de los actos presentes en la micropolítica hospitalaria.

Por último, el hecho de tener que identificar NN, la decisión y la postura adoptada por el SS frente a la Dirección del Hospital y al resto de los servicios, implicó que la medida sea desistida y no ejecutada por el SS.

Este ejemplo sirve además para poder indicar que si bien existen normas y funciones que modelan y organizan el SS, es importante destacar que cuando la situación lo amerita, como en el caso precedente, las acciones de las TS exceden, desbordan esas normas en función de provocar cambios requeridos por la dinámica institucional, en este juego de movimientos instituyentes que tensionan en toda institución, no exentos de conflictos y que justamente son los que permiten producir modificaciones.

En lo que respecta a los *actos de gestión a nivel organizacional* en el Centro de Salud, es interesante ejemplificar con un perfil de mayor trabajo en el terreno de características más en orden a lo preventivo y promocional que el equipo pudo imprimirle al Servicio.

Por otro lado, el trabajo desde una postura más política que adoptaron las TS del equipo en el acompañamiento de los referentes comunitarios a la hora de reclamar por la ocupación de un espacio de uso comunitario por parte de Corporación del Sur²⁸. El resultado fue que si bien se quedaron ellos administrando las llaves y teniendo una oficina en ese lugar, el espacio pudo ser recuperado y llevó a que los vecinos pudieran decidir el destino para ese lugar.

2.3.2 Actos de Gestión de Cuidado

a) Los procesos mediadores presentes en la gestión del PSEAC

Jefa 1: [...] el TS acompaña, en el seguimiento y en la lista con el paciente, en asesorar a la familia, a quién tiene que consultar; pero lo administrativo de la obtención ya no nos corresponde a nosotros, ni el pedido de presupuesto, ni de detectar una cobertura social, eso está estipulado, cada servicio cuáles son las funciones [...] le corresponde a Auditoría [...] SS se ocupa del Informe Social y de hacer el seguimiento de la familia hasta la obtención del recurso y de instrumentar a la familia a que reclame hasta la obtención del recurso.

²⁸ La Corporación del Sur es una entidad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, creada como Sociedad del Estado en el año 2000, por Ley 470/00, con el fin de equilibrar las desigualdades entre la zona sur y el resto de la Ciudad.

Este relato corresponde a todos los pasos que un paciente debe cumplimentar para obtener de un recurso. Los obstáculos burocráticos también están presentes en este aspecto. El TS se encarga de dar cuenta de la situación económica y social del paciente a través de la confección de la Historia Social y del formulario de la Ayuda Médica²⁹. Los procesos mediadores están presentes en este acto y en la consejería y asesoramiento que el TS realiza tanto al paciente como a su familia en cuanto a los derechos que éste tiene como ciudadano y cuáles son los mecanismos a seguir en caso de que no se otorgue el insumo que necesita.

En otro orden, un ejemplo correspondiente al Servicio de Ginecología:

TS M1: [...] el caso de una señora boliviana, analfabeta, que la familia un poco al margen de todo esto, y las mujer con mil cosas para hacer, para colmo extranjera, sin la radicación, yo siempre pensaba en Carlota hasta ¿qué hice? Con otra señora que la conocía entablé un lazo y esta otra señora la ayudó, la conecté con el SS del Hospital Oncológico para que le facilitaran la gestión de un turno, bueno...uno trata de entablar una red para suplir algunas dificultades que tienen, esto creo que lo hacemos en todos los casos.

Una señora que estaba cursando un cáncer, sin redes de sostén, la TS arma una red de apoyo a través de otra paciente autoválida y una derivación a un efector específico donde pudiera atender su enfermedad. Estos son *procesos mediadores* claros en el PSEAC del paciente.

Otro ejemplo similar está dado por el caso de un paciente que presentaba una patología cardiológica-psiQUIIÁTRICA y se encontraba internado en la Sala de Clínica Médica, al que no se lo había podido interrogar porque no hablaba y los médicos solicitaban una internación en un tercer nivel:

TS CM1: [...] a este hombre que tenía, que entró por un problema cardiológico, le iban a dar el alta pronto. Vos entrabas, le preguntabas: "¿Cómo te va?" Nada; le dije "Hagamos una interconsulta con Salud Mental". Se hace, la Psiquiatra dice: "El señor, tiene un síndrome demencial". Entonces qué sugiere la médica psiquiátrica: una institución geronto-psiQUIIÁTRICO, pero cuando le vuelvo a decir al médico por segunda vez que estamos con el tema de la documentación, (porque él se acordaba del número del DNI) le digo: "Pero usted, el que se jacta mucho del Hogar Martín Rodríguez, no lo va a recibir porque es un hombre que tiene un síndrome demencial", saltan la doctora y el doctor y me dicen: "¡Ah!, pero..., el síndrome demencial ya desapareció..."

²⁹ Formulario que completa tanto el médico solicitante como el TS con el fin de que se compre el insumo que el paciente necesita.

En este caso, el proceso mediador está presente en la tramitación de dos recursos tangibles como lo son el DNI y un tercer nivel, pero además el TS interpela a las demás profesionales intervinientes con un dato que no se había tenido en cuenta más allá de lo cardiológico: el paciente no hablaba y era posible que tuviera además otros problemas. El TS es el que solicita la interconsulta con psiquiatría. Aquí se presenta lo manifestado inicialmente: poder mirar al usuario-paciente en la dimensión global de su PSEAC.

b) Pasaremos a describir los siguientes ejemplos en los cuales los actos de gestión de cuidado trascienden la relación TS-usuario o TS-otras instituciones y pasan a conformar el aspecto vertical de la gestión. A partir de una situación singular problemática se identifica una falla en el proceso de atención del Programa de Mal de Chagas y por injerencia del SS se logran incluir modificaciones en el proceso de trabajo.

El ejemplo se da en la de Sala de Maternidad en conexión con el Programa de Mal de Chagas, desde donde está presente la modalidad de funcionar realmente como hospital, como lugar de alojamiento, de acogimiento del otro, de lograr que el ambiente donde está inserto, muchas veces desconocido para él paciente, sea más amigable, menos hostil y más “hospil”, en el sentido original del término hospital³⁰ ”:

TS M2: [...] donde muchos profesionales no se repreguntan por ver si el paciente entendió, le quedó claro lo que tiene que hacer, con decirlo solo no alcanza, porque después vienen muchos que no saben leer y otros, aunque sepan, no saben para qué son las indicaciones anotadas. Hasta uno mismo a veces se siente mal, “mal” entre comillas cuando va a dar la información porque tal vez sea la única vez que ve al paciente [...]

TS M3: [...] esa señora porque llegó a las dos, porque si llegaba a las tres y nosotras no estábamos se iba a la casa sin riesgo quirúrgico, sin electro por una información mal dada por la persona que atiende en el Área Programática.

La gestión deja huella en el usuario paciente no sólo por la gestión del turno o el hecho concreto, sino que pasa a identificar un vínculo con el profesional.

TS M3: Ayer esta señora se acordaba del nombre de TS M2, estaba tan angustiada que vino y me dio un beso y fue como que me asustó ya que siempre es una la que saluda. Me parece que el aporte desde este lugar es tratar de verla, más allá de la enfermedad, toda la

³⁰ Wikipedia: Hospital proviene del latín “Hospes”, que significa “húesped”, o “visita”, pero también “hospedador”. De “Hospes” se derivó hospitalaria: casa para visitas foráneas. Posteriormente, hospitalaria se transformó en hospital: como lugar de auxilio para ancianos y enfermos. En los palacios, el hospital era un centro de acogida donde se ejercía la caridad a personas pobres, enfermas, huérfanos, mujeres desamparadas, ancianos, peregrinos, atendido por monjas y religiosas.

vulnerabilidad que implica padecer esta enfermedad, una patología más dentro de una historia de pobreza.

Y donde se genera la posibilidad de comenzar a realizar cambios en el modo de atención a partir de un caso individual: es decir, como la posibilidad de abrir espacios de diálogo con el paciente, y verlo como actor-sujeto produciendo él también el espacio de atención. Este posicionamiento redundante en pensar cambios que puedan ser efectivos para todo un servicio o programa como es el caso de Chagas con el fin de mejorar la accesibilidad de las pacientes. A partir de la situación puntual de la paciente del relato, se modificó el acceso al diagnóstico. La TS del Programa tomó la iniciativa de abrirlo al equipo y sugerir la idea de que todas las pacientes que vienen derivadas de los centros de salud van directamente a un determinado consultorio y en un determinado horario para los estudios que se deban realizar concernientes a Chagas:

TS M3: [...] en ese lugar, el rol que ocupa el TS es el de la escucha, el estar atento no sólo a la historia del paciente, sino a cuestiones institucionales y cómo los factores propios de la institución actúan como obstaculizador de la persona a la accesibilidad. Por eso te digo que la escucha, más allá de la situación personal en la que uno puede entender y acompañar, de lo subjetivo, exige de nosotras un acompañamiento mucho mayor, el Servicio Social se constituye en un referente para pacientes que no saben a dónde ir, no es poca cosa.

En este sentido, es válido reconocer el lugar del Trabajo Social en la gestión del cuidado, en este caso del Programa de Chagas y de la Sala de Maternidad, pero la caracterización se puede extender a otras salas o programas. Lo relevante radica en que a partir de estos vínculos intercesores, mediadores, entre TS-usuario, que tiene su correlato de efectividad en el caso singular, permite operar cambios en la micropolítica del proceso de trabajo de toda una sala o programa, en el cual el Servicio Social ocupa un lugar preponderante como articulador, referente y propulsor de cambios en el modo de atención.

c) procesos ligados a la producción de vínculos: de acogimiento, de autonomía.

Haremos referencia específicamente a los procesos ligados a la producción de vínculos como los que se dan, por ejemplo, en las entrevistas de admisión y de seguimiento del Programa de Oncología llevado a cabo por una de las TS de Maternidad, TS M2:

TS M2: [...] generalmente lo llamo por el nombre: "Hola Enrique", "Hola Susana, ¿qué te está pasando?" Algunos lo pueden decir, otros no lo pueden decir, hay que saber respetar los tiempos de las personas y es un

momento de desahogo y después muchos pacientes me vienen a ver hay un señor, que viene a ver y le digo, “¿Qué tal Roberto?, ¿cómo le va?” “Re-bien, para acompañamiento [...] creo que en este momento le doy afecto al paciente, no sé si es muy profesional fundamentalmente escucharlo, “¿Qué te pasa?, ¿cuándo empezaste con esto?” Uno trata de escucharlos, de tener una escucha atenta y de darles ánimo, fundamentalmente.

El establecimiento de un vínculo de confianza también ayuda al paciente en la atención en sí misma, pero además es insumo para armar redes de sostén para aquellos pacientes que no cuentan con referentes de ayuda a la hora de realizar determinadas gestiones:

TS M2: [...] por ejemplo, el caso de una señora boliviana, analfabeta, que la familia un poco al margen de todo esto y las mujer con mil cosas para hacer, para colmo extranjera, sin la radicación, yo siempre pensaba en Carlota hasta que hablé con otra señora que la conocía, entablé un lazo y esta otra señora la ayudó, la conecté con el Servicio Social del Hospital Oncológico para que le facilitaran la gestión de un turno, bueno uno trata de entablar una red para suplir algunas dificultades que tienen, esto creo que lo hacemos en todos los casos.

Ambos relatos manifiestan esta tarea tan propia de dos sujetos en acción: el TS y el usuario, en el tránsito mismo del proceso salud-enfermedad-cuidado por el que está atravesando el paciente-usuario. Es importante destacar que este es un trabajo totalmente desconocido puertas afuera del ámbito del Trabajo Social. Esta artesanía de creación de subjetividades en pos de mejorar la calidad de vida del sujeto enfermo pero no pasivo, en tanto que arma con el profesional este vínculo que le permite ir tramitando su padecimiento. El cómo se lo recibe, las alternativas que se le ofrecen y el espacio de escucha hacen posible que el otro comience a estar saludable, aunque aún siga presente la patología por la que consulta. En este sentido, se rescata la frase de la TS que trabaja con estos pacientes: “creo que en este momento le doy afecto al paciente, no sé si es muy profesional”.

Me parece importante poder decir que la frase denota una suerte de pedido de disculpas por el afecto, seguido del cuestionamiento si es o no profesional hacerlo.

Merhy refiere que los procesos de producción de cuidado se producen y son producidos por dos grandes vectores de construcción de realidad: un primer vector referido a la producción de

subjetividades presentes en ese contexto y un segundo vector: el de los afectos entre los sujetos (Merhy, 2002), estos se producen en el mundo del cuidado en salud, entre profesional-usuario, se producen a sí mismos y se afectan mutuamente.

Para que haya un vínculo de confianza es necesario que ambos, paciente y usuario, depositen algo de lo propio para que esto ocurra: confianza, afecto, respeto, escucha. Si esto no ocurre no habrá vínculo, habrá una comunicación que no deja huella, que se inicia y termina con la consulta de primera vez. Esto podemos llevarlo a situaciones en donde se busca un recurso puntual, pero en los casos en los cuales hay un seguimiento o acompañamiento es necesario que la comunicación se plantee de esta manera para que se pueda operar. Emerson Merhy dirá que el espacio de las intersecciones entre usuario-profesional es un producto que existe para los “dos” y no tiene existencia sin el momento de la relación, en el cual los inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos, tal cual uno en relación al otro (2006, p. 37). Lo instituyente puede dar miedo, temor, culpa cuando el profesional se anima a dar saltos de los modos de intervención habituales. Tal vez, el reto para los TS es poder sistematizar estas prácticas de cuidado y evaluar su efectividad, más allá de que el mismo hecho de que el paciente regrese significa que la intervención está dando resultados. Entonces impera poder incorporar estas prácticas de cuidado y de expresión de afectividad con mayor libertad, autonomía y decisión a las formas habituales de trabajo, sin culpa ni pruritos.

Respecto de la distancia operativa óptima en casos de mucho padecimiento se hace necesario supervisarlas para poder seguir trabajando. En este sentido, Campos al hacer referencia al vínculo terapéutico del equipo centrado en el usuario como forma de trabajo, dice que el coeficiente ideal de interrelación entre equipo o profesional/usuario será siempre situacional, encontrable y producido en cada contexto y en raras ocasiones en coincidencia con el término medio (2001, p. 157).

Otro de los ámbitos en donde encontramos actos de gestión de cuidado es en las salas de obstetricia y neonatología en referencia al acercamiento con las mamás y los niños internados.

Como ya comentamos en el Capítulo 1 en la Sala de Maternidad están las mamás internadas en pos parto y es donde se trabaja con una situación de salud *per se*, porque es el lugar donde se recibe la vida de una persona. Salvo cuando hay algún tipo de complicación el SS interviene. Es decir, que las mamás no presentan de por sí ningún tipo de demandas. El SS opera de esta manera:

TS M3: [...] yo saludo a todo el mundo con un besito, a las chicas también, a todos los que encuentro por el camino, y empieza el recorrido de la Sala de Obstetricia, donde se hace una presentación del SS encarnado en la persona de uno, se toman los datos como para conocer, un breve paso como para conocer, quiénes somos nosotras y quiénes son ellas.

TS M2: [...] se hace la explicitación de lo que somos nosotras, el servicio que ofrecemos y en principio dar información básica que es nos parece importante que ellos tengan, es la información que se da en la Sala de Espera, se toman los datos de ellas, después se queda a la espera de las demandas, uno va viendo hasta dónde se entendió, hasta dónde hay interés, ellas son personas que están en la Sala de Obstetricia, no nos demandaron la intervención, uno va y ofrece un servicio y hay mamás que se muestran más interesadas y otras más indiferentes, que no te hacen ninguna pregunta [...]

Esta forma de realizar el trabajo en la sala muestra la calidez de la relación que se establece con las personas internadas, más allá de que exista o no una demanda puntual y se dé lugar posteriormente a una intervención. La modalidad de acercamiento ya puede ser el inicio para que las pacientes puedan acercarse o no a efectuar una consulta.

TS M1: [...] empieza el recorrido de la Sala de Obstetricia siempre voy a trabajar a favor de lo que hizo bien, antes de señalarle lo que hizo mal, y también es importante la calidez con que lo recibís, cómo lo recibís: “¡Qué suerte que viniste!” “¡Menos mal!”, en vez del reto, porque la gente tiene miedo que la reten, “¡Ay!, no, no voy a ir ¡porque el doctor me va a retar!” [...]

d) Por último, nos vamos a referir a dos casos ejemplares vinculados a los procesos de autonomía que se da en la relación TS-Usuario en la Sala de Clínica Médica .Si bien más arriba ya hicimos referencia a los procesos mediadores este ejemplo resulta muy gráfico por cómo muestra las distintas dimensiones del PSEAC en las que interviene el TS.

El primero de los casos se trata de un paciente amputado, sin lazos de parentesco, tiene como referentes a dos personas (su ex-mujer y su pareja actual), las cuales han realizado una serie de trámites. En la Sala de Clínica de Varones no lo han registrado demasiado “a otros fines” que no sea lo orgánico. La TS refiere que hay que confeccionarle el certificado de discapacidad pero que cada vez que se lo solicita a los médicos se lo presentan como si fuera de primera vez y estos referentes se acercan para continuarle los trámites y colaborar en lograr la pronta autonomía del paciente. Es interesante poder observar el relato que la TSC 1 hace respecto de la relación que mantiene con los referentes adultos, el personal de Clínica Médica y el paciente. El objetivo es lograr que se le realice el resumen de la Historia Clínica necesario para la

confección del certificado de discapacidad y la tramitación de una silla de ruedas, con la finalidad de que paulatinamente el paciente pueda ir recuperando su autonomía (empiece a estar sentado, deambular).

TS C1: [...] el referente adulto me dice: "Mire Licenciada, yo lo que quiero, es que cuando llegue mayo, él no pierda el turno para hacer el trámite". Yo estoy tratando de hacer haciendo todo lo posible para que no se escape esta gente y ¿sabes qué le dije?: "Estoy haciendo lo imposible". Ésta situación de armar redes con lo que no hay [...] Escribo en la historia lo que estoy haciendo respecto del paciente que me corresponde a mí, el tramitarle la silla de ruedas, ahí está, postrado, se le consigue pero le pregunto: "¿Te vienen a ver?, ¿te están haciendo kinesioterapia?" Nada, voy a hablar con los médicos, y me contestan: No, yo ya les dije, no es colaborador, no....no, está desde noviembre, tiene 'hospitalismo agudo', ¿qué se puede pretender?" Pregunto: "¿No hay un psicólogo, psiquiatra, un kinesiólogo? [...] pero no obstante eso, cuando voy a ver al paciente a la cama me encuentro que estaba en la silla de ruedas en un grito: "¡Ahh!" lo veo sentado y me pongo contenta y le digo: "¡Bien, Pedro!", me dice: "¡Qué bien! ¡Estoy todo dolorido de la espalda! Pero algo empezaron a hacer, quiere decir que resultó esto, yo le decía a la doctora: ¿Cómo puede ser que no tenga rehabilitación, kinesioterapia?" Ponele, el paciente puede no ser colaborador, a eso lo definen los médicos, pero él le dijo al doctor "Yo me siento en la silla solo", le expliqué a Pedro que después de varios meses de estar postrado, ahora se iba a sentir medio mareado...dolorido... Bueno, ese es un caso, que después de varios meses recién cuando uno insiste lo atienden.

Es interesante observar aquí el largo proceso de trabajo de la TS por lograr que finalmente al paciente se lo pueda ver como persona, más allá de lo orgánico, que pueda ser visto y atendido de forma integral y que en el tiempo de permanencia hospitalaria no se refuerce y reproduzca la dependencia con el Hospital. El desafío es cambiar la situación del paciente-dependiente, por la de usuario-sujeto, actor participante de su proceso de salud-enfermedad-atención en pos de su autonomía.

Es en sentido que el Trabajador Social busca intervenir desde su especificidad, pero también abriendo el juego a otras disciplinas, rompiendo así el hegemonismo médico en pos de lograr una mayor autonomía para el paciente.

El otro ejemplo también corresponde también a la Sala de Clínica Médica en articulación con el Programa de VIH.

La TS CM2 refiere que si bien se dan situaciones como la descrita anteriormente, también

está lo particular, lo subjetivo de cada médico, y cuenta, por ejemplo, el caso de Marcelino, paciente que estaba internado desde agosto y le detectan VIH.

TS CM 2: Cuando yo voy, de pocas palabras, me pregunta: “Y usted ¿para qué viene?” Y yo le digo, “No, los médicos me comentaron que Ud. estaba viviendo abajo del puente y te vine a ver. ¿Ya te dijeron los doctores que vas a tener que venir por Consultorios Externos, que tenías que tomar una medicación? Quería hablar con vos para ver ¿qué pensás? ¿vas a poder enfrentar esto viviendo en los puentes?”; y dice “Yo me quiero ir a vivir a los puentes porque yo voy, como en los restaurants bolivianos de ahí, hay una señora que me cuida la ropa, me deja bañar”, “Bueno, perfecto, si vos decís que así lo vas a poder sostener, perfecto, nos vamos a seguir viendo por Consultorios Externos”, aquí terminó mi función: él tenía su estrategia.

Refiere que cuando le dijo a los médicos de la Sala: “con este caso terminé” y les comunicó la decisión del paciente, la miraron desesperados, y le cuestionaron de cómo iba a dejar que el paciente se vaya a la calle, con VIH y en la calle. De pronto, se presenta cómo se percibe el social, pero frente a esta enfermedad se comienza a ver al otro como necesitado de: “a ver, es social pero podríamos dejarlo para conseguirle algo, un hogar”. La TS decía que lo que quedaba claro acá era la visión del médico: “conseguirle algo”, pero el paciente decía que como él lo tiene resuelto es su forma, más allá de que es una elección entre comillas, pero es lo que él conoce y siente de alguna manera como seguro y estratégico. El no aceptar ir a una institución. Es aceptar el derecho de decidir del otro, su decisión y cómo juega también esto de ¿cómo se visualiza al social? ¿quién es? ¿alguien totalmente desvalido que necesita que se le gestione varios aspectos que mejorarían su calidad de vida? o ¿es alguien que, además de presentar necesidades y carencias, posee también recursos simbólicos, concretos y potenciales con los que ha sobrevivido toda su vida y constituyen su principal capital simbólico?

TS CM2: [...] Y este Marcelino se fue, y al mes volvió hecho bolsa, por supuesto. Desde octubre, entró desnutrido, para morirse, realmente y hoy, en parte, para los médicos, es de los pacientes que no son complicados, que ya nadie quiere echar, tiene el alta clínica, puede tranquilamente irse, ya no es 'no colaborador', es simpático. Estamos esperando el hogar, y cómo será las estrategias que él se ha ido armando, él va y viene, sale y entra del Hospital, saca unas moneditas por ahí, entonces él sigue, con unas ansias de poder vivir, yo le digo a los médicos: “A él no le gusta estar acá, él está acá porque sabe que si se va a la calle se hace bolsa”. Ahora estamos esperando el tercer nivel [...] antes el discurso médico era que había que conseguirle algo, ahora es la lástima, [...] es no poder decir “Bueno, el paciente en su momento decidió que se quería ir y ahora decide quedarse porque asume que es una forma de cuidarse, más allá de que no le gusta quedarse en el

Hospital”.

Este caso habla por sí mismo: estas tensiones que se producen cuando se deja que el sujeto que está atravesando este proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado pueda ser protagonista de su propio tratamiento. Pero también, cómo le cuesta al equipo de salud poder sostenerlo y respetar la autonomía del sujeto, cómo se pone en juego aquí la tensión entre el deseo de acoger al otro en una situación difícil, compleja y cómo desde lo médico específico también hay una responsabilidad por la vida de ese otro y por otra parte el dejar, el poder permitirse desde el MMH que el paciente pueda decidir algo distinto de lo que está pautado desde los saberes duros de la medicina.

A MODO DE SÍNTESIS. LA GESTIÓN COMO REALIDAD DE LOS SS EN SALUD

Este capítulo ha permitido de alguna manera terminar de dar a luz a esta tesis. En las conclusiones finales me referiré a este ensamble que fue posible de hacer entre el capítulo uno y el dos, más precisamente a los resultados finales referidos, a los actos de gestión presentes en los microprocesos de trabajo del Trabajo Social en salud.

Ahora, una referencia a los aspectos más puntuales que se tomaron en este capítulo respecto de las herramientas analizadoras y del producto encontrado, más en virtud del análisis de los microprocesos de trabajo. Es necesario hacer algunas consideraciones en relación al empleo de los mapas analíticos y de la red de petición y compromisos en el análisis puntual del servicio estudiado, que pueden ser de aporte para esta tesis pero también para el colectivo profesional u otros grupos o equipos de trabajo en salud.

En relación a la red de relaciones en la que se mueve el trabajo social, cabe decir que es compleja pero se la observa como en permanente cambio, flexibilidad, lo que permite entrar y salir de ella de acuerdo a las necesidades que se van presentando. Lejos de haber encontrado una concentración de trabajo rutinario, más ligado a lo normativo, burocrático, me encontré con un servicio más bien centrado en el trabajo vivo en acto, y no en el trabajo muerto. Creo que al interior de este servicio específicamente hay movimientos instituyentes en proceso que si bien han acarreado algunos ruidos, contradicciones y conflictos están posibilitando cambios en la modalidad de atención, en el microproceso de trabajo. Todavía queda mucho por hacer pero está visualizado como horizonte, como es el caso de Clínica Médica respecto del lugar que el SS ocupa en la Sala de Internación y del lugar que quiere ocupar. Es concluyente que la

posibilidad de recambio del personal con otra formación es otro de los elementos que mediatiza este proceso. Los actos instituyentes de la Sala de Pediatría, Clínica Médica, el Programa de Mal de Chagas son ejemplos concretos de lo que se sostiene en este punto. El desafío de “saltar la red”, es decir no quedarse estancado en los obstáculos, sino estudiar estratégicamente la mejor forma de resolverlos es otra de las características encontradas en el proceso de trabajo de este equipo.

Por otra parte, es valioso reiterar el importante papel que tuvieron en este trabajo el ubicarme metodológicamente a partir de las herramientas analizadoras como los flujos analizadores, los mapas analíticos y la red de petición y compromisos. En primer lugar que las dos primeras constituyen herramientas de análisis institucional y que la red es claramente una herramienta para la gestión de organizaciones. Hechas estas dos aclaraciones, se narrará la utilidad que cada uno brindó a esta tesis.

El flujograma analizador me permitió mirar el Servicio Social como una red de relaciones, y armar pares relacionales; por otra parte me permitió conformar el “mapa organizacional” localizando los distintos espacios de trabajo, atravesados por esta red de relaciones, es decir, visualizar el Servicio como una organización dinámica y así poder entender los microprocesos de trabajo que se dan en ella y que estaban allí, esperando ser destacados, visualizados. Los flujogramas sirvieron entonces de esqueleto teórico-metodológico para el primer capítulo.

A la vez que los mapas analizadores sirvieron para realizar gran parte del análisis del segundo capítulo, a la vez propiciaron el modo de mirar y entender los relatos que ofrecían las entrevistas. Ambas herramientas bien podrían ser utilizadas por los Servicios Sociales pero para cualquier otra organización, institución de salud para realizar un análisis de los lugares de trabajo.

Por último, se destaca la importancia del mecanismo de petición y rendición de cuentas como un insumo para la gestión, ya que posibilita un tipo de gestión de responsabilidades compartidas, donde todos deben asumir una parte de lo que les compete en la producción final en virtud de los objetivos planteados. En este sentido, la utilidad del mecanismo de rendición y petición de cuentas, para esta tesis fue más bien de dispositivo analizador pero reitero que sería importante que los efectores de salud pudieran incorporar esta herramienta de forma habitual en la gestión.

CONCLUSIÓN

Las preguntas iniciales que dieron origen a esta Tesis han intentado encontrar respuesta a lo largo de la misma. El Primer Capítulo ha podido mostrar exhaustivamente los procesos de trabajo que se dan en los distintos espacios y niveles del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Pública a partir del caso estudiado. Un proceso de trabajo que se presenta como resultado de las distintas sumas de fuerzas: las que están pulsando por salir, las que están saliendo a través de los distintos actos instituyentes y las que retraen los cambios. Todas ellas han mostrado que los procesos de trabajo en el SS estudiado muestran grados de libertad que les han permitido crear, soñar, desafiar, desbordar las normas impuestas y crear otras, que están dando otro perfil. Ha sido posible entender el proceso como movimientos relacionados entre sí y no como una serie de actos rutinarios y dispersos.

Por otra parte, esta descripción ha sido de utilidad no sólo a los fines de dar a conocer una determinada modalidad de atención sino que en ambos capítulos, pero con mayor profundidad en el Segundo, se han podido visibilizar los actos de gestión presentes en el microproceso de trabajo.

El afán por dar cuenta de las acciones que el Trabajador Social realiza en el ámbito de la Salud Pública, y el entender si éstas eran acciones dispersas, sin sentido o si más bien comprendían una serie de acciones que guardaban una lógica entre sí, con una determinada finalidad ha permitido, en el Capítulo 2, hallar varios aspectos de relevancia para el Trabajo Social en Salud.

El primero de ellos es el de poder enmarcar los microprocesos de trabajo del Trabajo Social en salud como parte del Trabajo Vivo en Acto, tomando palabras de Merhy y Franco, podríamos decir “dependiente del TV en Acto”. Esto se fundamenta en haber encontrado que parte del quehacer profesional se realiza a través de las tecnologías blandas, tanto en lo que respecta a los actos de gestión organizacional de conducción como en los de producción de cuidado.

Este marco ha permitido identificar el núcleo de competencias del Trabajo Social en Salud, es decir, cuál es la especificidad del proceso de trabajo para el área de salud. Me estoy refiriendo a los “procesos mediadores” que el TS realiza en función del PSEAC del usuario-paciente. Es un concepto que permite categorizar la serie de acciones asistenciales y de gestión que los comprenden y que son de responsabilidad del TS. Los “procesos mediadores” posibilitan que

los usuarios accedan a ser atendidos por el médico u otro profesional de la salud cuando no acceden directamente a la consulta. Pero, además, cuando ya está resuelta o abordada la dolencia orgánica, es el TS quien se ocupa de las otras dimensiones que componen la salud-enfermedad y la vida de la persona. Aborda, trabaja, con las redes sociales y familiares del paciente, la red de referentes afectivos, su situación habitacional, la provisión de insumos para el tratamiento -como medicación u otros-, la interconsulta con otros profesionales, la articulación con otras instituciones; y el conjunto de actos de cuidado ligados a armar el tratamiento con la persona como actor principal de su proceso de PSEAC. Por todo lo dicho anteriormente, los “procesos mediadores” que intervienen en el PSEAC conformarían, junto a lo que establece la Ley del Ejercicio Profesional de Trabajo Social, el núcleo de competencias del Trabajador Social en Salud. Es decir que en el caso de la salud-enfermedad, a mi entender, estos procesos mediadores constituyen un aspecto de la especificidad de la intervención en salud, a la vez que toman una de las formas operativas concretas de la Misión de los SS en salud, como actos de gestión de cuidado, que son necesarios para que el usuario pueda hacer efectivo su derecho a la salud y pueda ser atendido en forma integral.

En principio, considero que es un aporte del cual primero deberíamos apropiarnos los propios trabajadores sociales, ya que es algo que se realiza permanentemente en la práctica pero que no está sistematizado, ordenado o visualizado como tal, y después darlo a conocer a otras disciplinas que no terminan de saber cuáles son las competencias del Trabajo Social en salud. A la vez, es una propuesta para detenernos a pensar como colectivo profesional acerca de nuestro quehacer laboral en salud. Tener como horizonte el producir vida, tratando que desde el sector salud el ejercicio del derecho a la salud sea real, y que cada día sea posible concretarlo en pequeños y grandes actos puede ser un incentivo permanente contra la alienación.

Continuando en la misma línea, y tratando de responder a la inquietud de cuáles son los actos de gestión en el proceso de trabajo, si existen o no, y si lo están, si están invisibilizados u opacados por la asistencia, podría dar cuenta de que la *hipótesis* planteada al inicio de la tesis ha sido de orientación, de norte para tratar de acercar los resultados de esta tesis a modo de aproximaciones, ni categóricas ni cerradas, a las preguntas planteadas. Así la hipótesis expresaba:

Los Servicios Sociales de Salud no se presentan emplazados como espacios eficaces de gestión en la resolución de los problemas PSEAC. Sin embargo, en lo cotidiano, se

observa una alta capacidad en la resolución de los mismos. Esta suerte de ocultamiento que cubre a los servicios sociales podría estar dada porque el colectivo profesional no se asume en un rol autónomo, diferenciado positivamente del resto de los profesionales, no termina de identificarse y apropiarse del espacio de poder que ocupa.

Podría decir que, salvando el caso de las Trabajadoras Sociales que ocupan cargos de conducción, el resto de las TS no visualizan los actos de gestión que producen como tales. Y sí las acciones que realizan, que se desprenden de las entrevistas, son eficaces en términos de resolución de las distintas problemáticas que se puedan presentar en el PSEAC. En este sentido, pude encontrar dos tipologías claras de actos de gestión en el área de salud específicos del TS: actos vinculados a lo organizacional, a la conducción y a la tomas de decisiones; y otros actos con mayor vinculación a la producción de cuidado en el PSEAC, donde entran a jugar los procesos mediadores como componentes de estos actos de cuidado. Considero también que esta tipología nos puede ayudar como colectivo profesional a jerarquizar, desnaturalizar y nombrar, categorizar una parte importante de las acciones que realizamos cotidianamente.

Respecto de la segunda parte de la hipótesis, referida al rol autónomo y la relación con el resto de los profesionales, creo que también merece dos tipos de respuesta. La primera: creo que al interior del colectivo profesional de salud se está dando el inicio de un proceso liberador, se está cambiando de ser “asistente de” por una posición de mayor independencia y autonomía en el ejercicio profesional. En parte, lo asocio (daría lugar para otra tesis) al recambio de profesionales que se está dando en los últimos diez años, que vienen con otra formación y que por lo tanto asumen frente al poder médico una postura profesional de lucha por el cuidado del espacio profesional, de delimitación de las incumbencias y de una mayor horizontalidad, una relación no asimétrica en lo relacional, que se puede visualizar muy bien a lo largo de todo el Capítulo 1, pero también en los distintos mapeos analíticos del Capítulo 2. Esto a su vez ha ayudado a dar respuesta a la última parte de la hipótesis: el posicionarse desde un espacio de mayor libertad y seguridad en el ejercicio profesional, de ganar espacios en la toma de decisiones a nivel de la micropolítica hospitalaria y del centro de salud y de haber tenido un posicionamiento claro de parte de la Jefatura del SS frente a las “directivas bajadas”. También frente a la imposición de otros profesionales (en nombre de la interdisciplina pero que encubre un “hacelo vos, es tuyo”, como los casos enumerados en Clínica Médica, el tema del reconocimiento de los NN, etc.), creo que los ejemplos enumerados anteriormente dan

sobradas muestras de que hay un posicionamiento distinto del profesional del TS por sí mismo, y, por supuesto, que este hecho redonda en la relación con otros profesionales.

Retomando ambos tipos de actos creo que es novedoso que podamos como colectivo profesional visualizar lo que hacemos de esta manera, tanto a nivel de conducción como a nivel de los actos de cuidado. Y en esto quiero destacar otro aporte relevante de esta Tesis para el colectivo y que es común a estos dos tipos de actos, que es el uso de las tecnologías blandas en salud. Creo que esta terminología también nos ha permitido ubicar las acciones que hacemos y los medios que utilizamos para hacerlas como la palabra, las distintas expresiones del lenguaje, lo relacional, la generación de vínculo de confianza, de cuidado, de sostén, la posibilidad de llamar por el nombre, de darle afecto sin miedo, de hasta poder perder la “distancia operativa”, en definitiva el acompañamiento en el tránsito del PSEAC del sujeto-usuario me ha supuesto (y, espero que le suponga a otros) aires nuevos. Enmarcar estas acciones como actos de gestión de cuidados, a partir del uso de las tecnologías blandas, ha posibilitado nombrar, categorizar acciones que uno creía “acciones por naturaleza”, creo que revalorar la dimensión del cuidado del PSEAC y el rol que el TS tiene en él (a través de los procesos mediadores) aportan una suerte de plus a la profesión. En el mismo sentido, pero ubicándonos desde la gestión institucional, las “tecnologías blandas” permiten visualizar el rol relevante que ocupa el SS en la gestión de la comunicación interna respecto del resto de los servicios del Hospital. El importante papel que juega en esto, tanto en detectar fallas/ruidos en la comunicación como la del ser el SS como un articulador *per sé* hacia el resto de otras disciplinas. En este mismo sentido, la capacidad de influencia del Servicio en las decisiones macro y micro que se toman al interior del Hospital. Esta misma característica lo ubica en un lugar privilegiado para escuchar las voces de los pacientes y traducirlas en necesidades concretas, buscando la manera de dar respuesta de forma organizada, sabiendo y conociendo los engranajes institucionales que se hace necesario contactar para lograr el objetivo. Pareciera que el Servicio Social, como ya mencionábamos en las conclusiones del Capítulo 1, fuera como una “*gran oreja hospitalaria*”, con escuchas diferenciadas hacia adentro y hacia afuera. Flores diría que los actos de habla y de escucha, son constitutivos de la vida de las organizaciones (Flores, p. 1989) y a la vez, las retroalimentan.

Por último, más que como una conclusión, quisiera afirmar que el colectivo profesional de Trabajo Social en Salud encierra una gran potencia creativa y creadora, como un río caudaloso que va dando vida a lo largo de todo su cauce.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Gayou, J.L. (2003). En *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*, Cap.1. México D.F. Ed. Paidós Educador.

Bourdieu, P. (1990) *Algunas propiedades del campo. Sociología y Cultura*. México. Grijalbo/Conaculta.

Bourdieu, P. (2005) *Espacio cultural, escuela y espacio social*. 6ta. Edición en español. Buenos Aires, Ed. SXXI. Editores Argentina. S.A.

Carballeda, A. (2002) *La intervención en lo social*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Castell, R. (1991) *Los desafiliados. Precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional*. Buenos Aires. Revista Topía Nº 3, pág.28-35.

Daverio, D. (2008) *Experiencia de Gestión en Salud en la Ciudad de Buenos Aires: Haciendo eje en la Calidad de los Procesos y en la Mejora de la Accesibilidad en Salud*. Documento presentado en el XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina 4 - 7 de noviembre 2008 .

Estadísticas Vitales (2009) .Dirección General de Estadística y Censo. Ministerio de Hacienda. (GCBA).

Flores, F. (1989) *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

Flores, F. (1997) *Creando organizaciones para el futuro (5ta.ed.)*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

Franco, T.B., Merhy, E.E. (2007). *Mapas analíticos: una mirada a la organización y sus procesos de trabajo*. Río de Janeiro: Universidad Federal Fluminense.

Franco, T.B., Merhy E.E. (2003). *El uso de herramientas analíticas para apoyar la planificación de los servicios de salud: el caso del servicio social del Hospital de Clínicas de la Unicamp (Campinas, SP)*. San Pablo: Hucitec.

García Salord, S. (1998). *Especificidad y rol en Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen-

Humanitas.

LEY N° 114 (1999) Protección Integral De Los Niños, Niñas y Adolescentes. BOCBA N° 624.
Buenos Aires

LEY N° 153 Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (1999). BOCBA N° 703. Buenos Aires.

LEY N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires.
(2000) Buenos Aires.

LEY NACIONAL N° 23.377 y Decreto Reglamentario N° 1568/88 (1987) sobre ejercicio de la profesión del Servicio o Trabajo Social. Consejo profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Boletín Oficial. Buenos Aires

LEY NACIONAL DE MIGRACIONES N° 25.871, Reglamentada por el Decreto 616/2010.
Publicada en B.O. 6/05/2010

Matus, C. (2007). Método Altadir de Planificación Popular (MAPP). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención primaria de la Salud. Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

Merhy, E.E. (1997). Hacer en Salud. Un desafío para lo público. Cap. 1. y 2. Serie didáctica. San Pablo: HUICITEC.

Merhy, E.E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merriam, S. (2009) Qualitative reserach: aguide to design and implementation (2ª.ed.) San Francisco, USA. Jossey-Bass Publishers.

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.

Resolución 482/02. (2002) Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales. Ministerio de Salud Pública. BOLETÍN OFICIAL

Microprocesos de trabajo en los Servicios Sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Ma. Claudia Balenzano. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

Nº 29.968.Buenos Aires

Sousa Campos, G (2001) Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Souza Minayo, Ma.C.de. (2004) Investigación Social. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Souza Minayo, Ma.C.de.(2004) El desafío del conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Testa, M. (1995) Pensamiento estratégico y lógica de programación. (El caso de salud). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Vasilachis, I. (2006) Estrategias de Investigación cualitativa. Buenos Aires. Gedisa Editorial S.A.

Yacuzzi, E. (2005) El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. Buenos Aires. Universidad del CEMA.

ANEXO I

GUIAS DE DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- **OBSERVACIÓN:** una mañana de trabajo en la denominada DEMANDA ESPONTÁNEA (Llamada también guardia de servicio social) del SS elegido.

Se observará:

Usuario:

- **Cómo se presentan los pacientes en la entrevista:** posicionados desde un lugar de derecho o desde solicitar “un favor”.
- Motivo de consulta.

Profesional:

- **el momento de la entrevista:** Tratamiento a esa consulta: proceso que sigue la profesional para tramitar el recurso material-simbólico que se está demandando.
- Relación usuario-profesional: distante-cercana-con firmeza en el discurso-tiempo de escucha-forma de escucha
- -resolución-no resolución de la situación problema planteada.
- Otros observables no planteados que pueden ser útiles al estudio de los microprocesos de trabajo.

2) ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD a:

2.1. La Jefa del Servicio Social del Servicio Social del HGA a estudiar. Guía de preguntas:

- ¿Cómo está organizado el Servicio Social, en términos de distribución de tareas y funciones y años de carrera en el sistema?
- ¿Cómo es la asignación de tareas? ¿Qué mecanismos de evaluación utilizan?(cuentan con mecanismos de petición y rendición de cuentas?)
- ¿Cuáles son los recursos con los que actualmente cuentan y cómo los pueden utilizar/asignar? ¿con qué criterios?(leche maternizada, prótesis, etc)
- ¿Cómo es la relación con los otros servicios? ¿Con cuáles mantienen más vinculación en función de la tarea?
- Cómo considera qué está ubicado el SS en el organigrama hospitalario, en términos de relaciones de poder, más allá del organigrama formal? o si ambos coinciden?

- ¿Cómo es la relación con la Dirección del Hospital y con las áreas claves de obtención de recursos, C.A.T.A, entre otros?

- **2.2. Trabajadores/as Sociales (TS) de los S.S. de Salud del Hospital Público de la C.A.B.A. seleccionado :**

1(una) entrevista a una trabajadora social (TS) de la Guardia del Hospital

1(una) entrevista a una trabajadora social (TS) de la Guardia o Demanda Espontánea del SS del Hospital

1(una) entrevista a una trabajadora social (TS) de Pediatría/Maternidad

1(una) entrevista a una trabajadora social (TS) Clínica/Traumatología

- ¿Cómo describiría el proceso de trabajo llevado adelante en la demanda espontánea?/guardia/sala de internación de los distintos servicios: maternidad, pediatría, traumatología / Clínica médica?

- ¿Cuándo se evalúa que la situación problema se transforma en lo que denominamos un caso o situación problema a seguir o trabajar? (seguimiento de caso)? ¿en estos casos, cómo se da el pasaje de la guardia al seguimiento por consultorios externos?

- ¿Cuáles con los mecanismos formales e informales que se utilizan para la gestión de recursos?

- ¿Cómo es la participación de las otras disciplinas en el abordaje de la situación problema?¿Qué lugar cree que tiene el SS en la misma? (interdisciplina / multidisciplina)

- En aquellas situaciones problema que requieren de la contra-referencia. ¿qué mecanismos utilizan? ¿están normados?¿cuáles son los centros de salud con lo que trabajan con mayor fluidez?¿es sólo función del TS o se realiza en forma interdisciplinaria?(referencia-contrareferencia)

- Considerando que los SS constituye uno de los servicios hospitalarios que tienen más vinculación con el afuera , de los muros hospitalarios, no sólo porque cuenta con una jefatura de área programática(la única) sino porque además es un servicio con injerencia multisectorial: se vincula con otras áreas como Educación, Tercera Edad, Hogares de Día, Poder Judicial, etc.;¿podría enumerar en qué situaciones se trabaja de esta manera?(intersectorialidad)

- **2.3 Trabajadores/as Sociales de los S.S. de Salud de los CeSAC. dependientes de los HGA seleccionado.**

Se entrevistará a 1 (una) TS de dos centros de salud

En este caso la entrevista estará centrada en:

- Describir concretamente qué actos realiza el trabajador social en:-situación de salud-enfermedad a nivel grupal (por ejemplo, trabajo en ranchadas con usuarios de paco, acompañamiento de grupo de pacientes en tratamiento por tuberculosis, etc.)

- ¿cuál es el impacto de estas acciones a nivel de cuidado, de distribución de poder, de la posibilidad de desencadenar procesos de visa, producción de actos de salud?

- Describir concretamente qué actos realiza el trabajador social en: Situación de salud-enfermedad a nivel comunitario (ej. intervención del TS en a situación de campaña prevención de dengue acompañamiento de organizaciones barriales en pos de alguna situación de salud comunitaria: salud ambiental, u otra.

4 ¿Cuál es el impacto de estas acciones a nivel de cuidado, de distribución de poder, de la posibilidad de desencadenar procesos de visa, de salud.

2.4 Profesionales de otros servicios de los HGA seleccionados. Indagar acerca de la percepción que tiene en la participación del SS en la resolución de problemas referidos a la S-E de los usuarios y qué opinión tienen ellos acerca del Servicio respecto de las acciones que éste realiza.

3) Historias Sociales de las situaciones problemas que se pedirá a cada TS entrevistada de los usuarios atendidos el día de la entrevista.

4) Registro de las estadísticas de los servicios sociales

Además de los datos relevados a través de las encuestas y entrevistas se tomarán el registro de las estadísticas de los servicios sociales que proporcionarán datos cuali y cuantitativos de las prestaciones que realiza periódicamente un servicio. Se tomará el mes en que se realiza la entrevista a los profesionales.

5) Tanto en el Hospital como en el Centro de Salud se solicitará la posibilidad de realizar un espacio de trabajo en taller (grupal) para aplicar los mapas analíticos con el fin de identificar:

- **Mapa de los conflictos:** que deberían expresar las narrativas de los trabajadores, en cuanto a los **conflictos vivenciados por ellos mismos como trabajadores de la salud.**

- **Los mapas de los actos inusitados:** inesperado por el equipo. Su potencia analizadora en el hecho de **que lo no frecuente afecta al equipo, lo descoloca**

- **Los mapas de los actos inútiles:** parte del presupuesto según el cual **las actividades de los equipos de salud producen actos inútiles.**

MATRIZ DE DATOS				
ESCENARIOS/AMBITOS DE TRABAJO	PROCESO DE TRABAJO			
	Narraciones Y descripciones del espacio de trabajo	Lugares y principales cuestiones que forman parte del proceso de trabajo	Tecnologías utilizadas	Modo en que operan las relaciones entre: <ul style="list-style-type: none"> • entre pares • no pares y • con los usuarios-pacientes;
AMBITO HOSPITALARIO				
JEFATURA				
SALAS DE INTERNACION				
PROGRAMAS				
DEMANDA ESPONTANEA				
AREA PROGRAMATICA/CENTRO DE SALUD				
PROGRAMAS				
DEMANDA ESPONTANEA				
COMUNIDAD				

ANEXO II. TRATAMIENTO DE LOS DATOS. MATRIZ DE DATOS.

Microprocesos de trabajo en los Servicios Sociales del Sistema de Salud Público: un estudio de caso en el primer y segundo nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Ma. Claudia Balenzano. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.