



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social

Trabajo Integrador Final:

“Cuerpos a Destiempo. Reflexiones acerca del sobre qué de la intervención profesional en un Hospital de alta complejidad”

Autora: Castillo Camila

Directora: Lic Lamanuzzi Romina

Rosario, 2021

AGRADECIMIENTOS

A Romina, por su guía, su tiempo y su predisposición.

A mi familia toda, por acompañar, ser sostén y apoyo en estos años de estudio.

A Tomi, por construir a la par, por el aguante y el amor.

A mis amigas, por ser familia, compañeras de estudio, de risas, lágrimas, cumbias y viajes.

A mis futuras colegas, por sus enseñanzas, por la reflexión colectiva y la mirada sensible.

A las luchas en las calles, por el impulso y el abrazo colectivo.

A la Universidad Pública, por haberme transformado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
- Objetivos.....	5
- Encuadre Metodológico.....	5
CAPÍTULO 1: Puntos de partida: construcción conceptual desde un pensar situado.....	7
- Salud.....	10
- Sujeto/cuerpo.....	13
- Temporalidad.....	17
CAPÍTULO 2: Breves consideraciones introductorias acerca del Campo Salud, institución Salud Pública y organización institucional del HECA.....	19
- ¿Sistema o Campo?.....	20
- La Salud Pública Argentina.....	22
- Acerca de la Red de Salud Pública Local.....	24
- El Hospital.....	25
- El Hospital de Emergencias Clemente Álvarez.....	27
CAPÍTULO 3: Trabajo Social y Salud: tensiones desde una inserción patologizada.....	31
- Trabajo Social y Salud.....	32
- El Servicio de Trabajo Social del HECA.....	34
- Acerca de la Demanda Institucional.....	35
- Acerca de las Técnicas e Instrumentos.....	39
- Acerca de un Accionar Anudado.....	44
CAPÍTULO 4: La Intervención Profesional del Trabajo Social en el Hospital.....	46
- Algunas reflexiones respecto al Sobre Qué de la Intervención Profesional.....	47
- Repensando la Intervención en el Ámbito Hospitalario.....	49
- Acerca de Límites y Posibilitadores.....	52
REFLEXIONES FINALES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	65

Introducción

El presente escrito se enmarca en el Trabajo Integrador Final (TIF) de la Licenciatura en Trabajo Social, dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El tema de interés está centrado en el ejercicio profesional del Trabajo Social en instituciones hospitalarias, a saber: la demanda institucional y el sobre qué de la intervención profesional en Hospitales de alta complejidad.

El recorte corresponde a la ciudad de Rosario, y la oferta pública desde el Estado Municipal; situando el análisis en referencia al Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), efector donde realicé el proceso de Práctica Profesional durante los años 2018 y 2019, correspondientes a cuarto y quinto año de la licenciatura.

Este trabajo pretende situarse desde una perspectiva de **Salud Integral y de Derechos Humanos**, para analizar el campo Salud a partir del enfoque disciplinar del trabajo social, y poder reflexionar acerca de las lógicas, conceptos, circuitos, que rigen y fundamentan la intervención profesional en dicha institución.

La pregunta de la que se parte es: ¿Cuál es la demanda institucional del Hospital de alta complejidad al Servicio de Trabajo Social? ¿Dónde se origina la misma? ¿Bajo qué noción de Salud? ¿Y de sujeto?

La elección del tema se justifica, por un lado, en poder re-trabajar, re-pensar, interrogantes y registros del proceso de Práctica Profesional, entendiendo el mismo como disparador en la construcción de conocimiento disciplinar, en tanto transcurso crítico, reflexivo del quehacer profesional en una institución y campo determinados, destacando el poder mirar “desde afuera” y aportar a la construcción de estrategias de intervención en instituciones específicas. Por otro lado se fundamenta la elección en la importancia de los procesos de problematización, de mirada crítica, de las inercias institucionales y prácticas normativizadas en el ejercicio profesional.

En el análisis del campo sanitario se pueden evidenciar diferentes visiones, discursos, prácticas, hechos y acontecimientos que han intervenido en su constitución, cargando de sentidos desiguales el concepto mismo de salud que se pueden apreciar en distintos

momentos socio históricos. Estas particularidades son condicionantes de la intervención profesional del Trabajo Social inserto en el mismo; la atención y el “sobre qué” de la Salud Pública se va delineando y modificando históricamente según las relaciones de poder de un campo en disputa y en permanente conflicto; conflicto que pareciera ser invisibilizado en hospitales como el HECA. Toman de esta forma relevancia las fuerzas instituyentes que cuestionan y generan tensión en las vetustas prácticas que consolidaron la hegemonía de la medicina llamada tradicional.

Desde este trabajo se pretende entonces poner en evidencia qué conceptos y qué modelos entran en juego en nuestras prácticas dentro de la “atención de la Salud” en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez perteneciente al 3er nivel de complejidad, para poder generar procesos reflexivos y de problematización de las mismas.

Para dar cuenta de los objetivos planteados, el trabajo se organiza en cuatro capítulos. En el primero, se expone el proceso de construcción de las categorías seleccionadas para problematizar el quehacer profesional en el marco de la institución y el campo antedicho.

En el segundo capítulo se realiza una introducción al campo de la Salud y un recorrido breve del desarrollo de la Salud Pública Argentina para abordar el análisis de la institución hospitalaria, en principio, y del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez luego.

En el tercer capítulo, se pretende abordar el tema de la demanda que se presenta al Servicio de Trabajo Social del Hospital, introduciendo previamente la inserción de la profesión en el campo.

Respecto al cuarto capítulo, se dará cuenta de las reflexiones acerca del SobreQué de la intervención profesional, con el objetivo de profundizar el análisis del quehacer profesional del Servicio de Trabajo Social del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez.

Por último, interesa destacar que, tomando como disparador que “*los cuerpos cargan discursos*”, se advierte la necesidad de incorporar en este trabajo, lo que hoy conocemos como “lenguaje inclusivo”; al respecto, Luciano Fabbri¹ afirma, “*entendemos que en la discusión sobre el lenguaje inclusivo y no sexista hay un debate sobre las violencias simbólicas que se reproducen en el orden del discurso. Todas aquellas personas que se ven*

¹ Doctor en Ciencias Sociales (UBA) y Lic. en Ciencia Política (UNR). Coordinador del Área de Género y Sexualidades UNR.

obligadas a representarse en el genérico masculino universal, supuestamente neutral, están siendo invisibilizadas, silenciadas, no son nombradas, y eso implica una violencia simbólica que tenemos que tender a desmontar”. Las citas textuales no serán alteradas.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la intervención profesional del Trabajo Social en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, perteneciente al 3er nivel de complejidad de la Red de Salud Pública de la Ciudad de Rosario.

Objetivos específicos

1. Describir la organización y funcionamiento del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.
2. Dar cuenta del sobre qué de la intervención profesional del Trabajo Social en la institución; identificar cuál es la demanda institucional y dónde se origina.
3. Indagar y reflexionar acerca de la intervención profesional del Trabajo Social en la institución a partir de las categorías: Salud, Sujeto/Cuerpo y Temporalidad.

Encuadre metodológico

Para poder responder a los objetivos propuestos se desarrollará una estrategia metodológica del tipo cualitativo. Esta perspectiva implica un acercamiento interpretativo al mundo en la búsqueda de dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos de los significados que las personas les dan. Tal y como lo expresan Wainerman y Sautú (2011) “las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, los

condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad”. (pág. 188).

Para el desarrollo de la investigación se apelará al análisis de documentos escritos, dentro de los cuales se incluyen: libros, artículos, ponencias, textos de divulgación académica, notas periodísticas, revistas científicas, entre otros; además se recupera las experiencias y reflexiones de mis cuadernos de campo producidos en los dos años de Práctica Profesional en el Hospital de Emergencia Clemente Álvarez (2018 y 2019) y los Trabajos Finales que realizamos junto a compañeros para dichas materias. Asimismo se realizarán entrevistas a actores claves a los fines de ampliar la mirada, obtener información que contribuya al sustento del cuerpo teórico de la tesina y a la profundización de un análisis crítico.

CAPÍTULO 1

**Puntos de partida: construcción conceptual desde un
pensar situado**

Siguiendo las afirmaciones de Estela Grassi (2007), *“La investigación no es, ni mucho menos para iluminados, pero requiere disposición a aprender el oficio; y un estado de curiosidad, de inquietud y de insatisfacción permanente ante lo que se instala como “respuesta”, como “sabido”, y sobre todo, como un problema obvio..”*

La autora plantea, además, una discusión con la “postura ingenua” que lleva a suponer que la intervención profesional es inmediata en ‘la realidad de los problemas’; y con aquella que pone por delante una teoría como portadora del conocimiento verdadero ‘sobre la realidad’. En este sentido, se recupera a continuación, la construcción teórica, implicada, de categorías que direccionan las reflexiones acerca de la intervención profesional en el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, en pos de alcanzar los objetivos propuestos.

Desestimando toda idea de neutralidad purista en este escrito, en los apartados siguientes se presenta en forma escrita, analítica y ordenada todo un proceso vivencial cargado de expectativas, de deseos, de contradicciones. El recorrido por la práctica profesional, insumo definitivo de este trabajo, devuelve una subjetividad y un cuerpo presente, situado en procesos de problematización, de mirada crítica, de las inercias institucionales y las aparentes prácticas normativizadas en el ejercicio profesional.

En este sentido, Carballeda, afirma que *“el pensar situado en términos de intervención social implica un nuevo diálogo con el territorio, con la cultura y el sujeto de intervención intentando aproximarse a la realidad sin pre conceptos, es decir partir de la cotidianeidad para pensar la sociedad.”* (Carballeda, 2013: 2)

A su vez interesa sumar la noción de *“senti-pensamiento”*, que recupera la asignatura electiva “Cuerpos, Política, Trabajo, Emoción y Arte en las Intervenciones en el Campo de lo Social”², del modo que la toma Eduardo Galeano, como ese lenguaje que dice la verdad, en el sentido de que no disocia la mente del cuerpo ni la emoción de la razón. El cuerpo docente de dicha cátedra, aborda esta idea para expresar que no existe “la verdad”, sino que esta supone una construcción situada; vinculada a los afectos y al modo como cada cual se deja afectar con relación al contexto, y a otros.

² Electiva correspondiente al quinto año de la Licenciatura de Trabajo Social, que cursé en el año 2019, paralelamente con el proceso de práctica en el HECA.

Es en este sentido que recupero para este escrito la idea de lo senti-pensante, ubicando el proceso de práctica profesional como punto de partida y motor de las reflexiones siguientes; de esta manera, a modo de disparador, lo primero que se me presenta como estudiante en el trayecto de la práctica, es una institución de gran magnitud, caracterizada por su rigurosidad, por las jerarquías, la burocratización de los circuitos y procesos, lo formal y lo distante legitimado por un saber-poder hegemónico.

Se intenta dar cuenta en este trabajo, de cómo a partir de la duda o el ruido que generan ciertos circuitos o acciones sedimentadas en la cotidianidad de nuestro trabajo, se posibilita evidenciar y re-pensar la visión teórica-ideológica materializada en las mismas, sostenidas por nosotres; como también los ejes conceptuales que rigen y fundamentan esa acción con sentido, la intervención profesional. Ahora bien, ¿cómo generar un movimiento en lo legítimamente rígido?

Como se mencionó anteriormente, el desarrollo de este escrito se pretende abordar desde un pensar situado; este también, implica un ejercicio y trabajo de crítica y deconstrucción de las categorías externas al pensamiento de América Latina.

“Esta perspectiva, desde la intervención en lo social no pretende reemplazar los pensamientos que se gestaron fuera de América. Se trata de tamizarlos a través de una mirada crítica para poder readaptarlos a nuestra realidad; es decir una mirada que se apropie de esos pensamientos desde una perspectiva estratégica y situada en nuestro continente.” (Carballeda, 2013: 3)

Selecciono para ello, categorías principales que resonaron en el proceso de la práctica profesional, **Salud**, **Sujeto/Cuerpo**, y **Temporalidad**; estas se aparecieron una y otra vez ampliando los interrogantes y profundizando reflexiones y discusiones colectivas. Las retomo aquí para hacerlas jugar, junto con otras, pretendiendo dilucidar el carácter dinámico y contradictorio de las mismas en la práctica cotidiana, en el marco de una institución y escenario particular.

➤ Salud

En el campo **Salud**, desde la Modernidad, el discurso que se presenta como verdad lo ocupa el saber científico académico, racional, de la medicina tradicional. Desde este paradigma la noción de salud es concebida dentro de una lógica binaria y positivista de la ciencia, que tiende a dividir y fragmentar el conocimiento y los objetos de conocimiento, según diversas disciplinas aisladas que demarcan determinados estatutos de verdad.

El Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH), es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica; modelo que, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes y posiciones teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, para lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1992)

Eduardo Menéndez describe este modelo en numerosas publicaciones, y desarrolla las principales características del mismo. Estas son:

“a) el biologismo; b) una concepción evolucionista, dualista (mente /cuerpo), mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad; e) se centra en lo patológico; d) a-historicidad; e) a-sociabilidad; f) individualismo; g) exclusión de la subjetividad del individuo; h) hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo; i) eficacia pragmática; j) la salud/enfermedad/atención como mercancía (en términos directos y/o indirectos); k) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; l) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; ll) relación médico/paciente asimétrica; m) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); n) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; ñ) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente como "consumidor de acciones de salud"; p) producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico; q) dominio de actividades de prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas; u) tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana; v)

tendencia a la escisión entre teoría y práctica médica; w) dominio de una orientación a la acción/intervención.” (Menéndez, 1998:18).

El MMH, entonces, es un paradigma teórico que produce efectos. Se presenta como un instrumento de lucha contra la enfermedad, con aval de eficiencia científica; y al reducir la mirada a la enfermedad en sí misma, despoja a las personas de su condición social y cultural, reduciéndolas a la existencia de un órgano enfermo.

“El biologismo excluye del análisis de la causalidad y desarrollo de los padecimientos los procesos históricos y los condicionantes socioeconómicos, culturales e ideológicos. Esta exclusión de lo social no hace más que negar el papel que juegan los sujetos en su proceso de salud-enfermedad, así como el de los determinantes sociales, económicos y culturales, tanto en la etiología de su sintomatología, como en la terapéutica y prevención de la misma. De esta manera, tanto el saber como las instituciones médicas tratan de imponer la existencia de una mirada autónoma, profesional y científica, desprendida de un contenido social y subjetivo.” (Angeloni, 2015:3).

Si bien, el MMH prevalece hasta el día de hoy, sosteniendo el pensamiento biologicista de la salud y rigiendo la direccionalidad de las instituciones, el concepto de salud varía y se construye históricamente. La declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948, definió a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”*, apareciendo así una idea de “multicausalidad”, contextualizada en el proceso histórico del auge del Estado de Bienestar. Esta definición significó un gran avance al incorporar los aspectos sociales y mentales, ampliando la concepción de Salud, quebrando la visión unicausal de la misma.

Otro evento a destacar es la declaración de Alma-Ata en el año 1978, significando un hito histórico en el campo de la salud, definiendo y delimitando la Atención Primaria de la Salud; *“el documento planteaba ideas que partían de la base de visualizar a la salud como un derecho, y buscaba ampliar su cobertura en todos los países y la participación en todos los proyectos de salud.”* (Di Pato, 2016: 19)

Posteriormente, en la Carta de Ottawa del año 1986, la noción de salud va a ampliarse, entendiéndose como un derecho humano fundamental; esta destaca además

determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

A su vez, hace décadas que proliferan otras maneras de concebir la Salud, visiones conocidas socialmente como alternativas o complementarias a la medicina hegemónica. Estas se sustentan en concepciones diferentes, sobre las personas, sus corporalidades, sus emociones, etc. Estos aspectos se han incluido en concepciones de la Medicina Social, Salud Colectiva latinoamericanas, de Salud Integral; donde se entiende que el **proceso salud-enfermedad-cuidado** se desarrolla dentro de un contexto histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas de significados respecto de los mismos.

Este proceso es una construcción social, donde se articulan factores económicos, sociales, políticos e ideológicos. Este marco conceptual, pretende un pensamiento no causalista ni dicotómico, sino que hace eje central en la idea de complejidad; implica, además, una noción de integralidad en torno a los eventos de salud, y requiere para su abordaje de la presencia de diversos actores, saberes, y disciplinas, entre ellas el Trabajo Social.

Desde este modelo, la definición de Salud de la OMS fue blanco de numerosas críticas, ya sea por su concepción funcionalista, o su dificultad de aplicabilidad. En este sentido, quisiera recuperar los aportes del médico sanitarista Floreal Ferrara; en sus reflexiones entiende que la OMS define que la salud es el “estado de completo bienestar..”, y, la salud, entonces, es “estar bien”,

“...es una definición tautológica, es una definición que utiliza la propia palabra u otra muy cercana para definir a lo que se quiere definir. Es como decir que una mesa es ... una mesa o una cartera es ... una cartera. Eso en física se llama tautología y una definición tautológica no es una definición. Así es que (...) la definición de las Naciones Unidas diciendo que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social no tiene significación epistemológica. Hay que buscar otra.” (Ferrara, 2004: 28)

Entonces, continúa, los epistemólogos buscaron otra palabra para definir salud, y encontraron la palabra justa, dice Ferrara, “adaptación”; una persona está sana cuando está adaptada a la vida en la que vive, está adaptada a las circunstancias, etc.

“Pero, ¿por qué utilizaron la palabra adaptación los epistemólogos americanos? Porque si yo digo que estoy adaptado, estoy diciendo: "soy un buen tipo porque me adapto bien a lo que me piden, estoy de acuerdo con el establishment, estoy de acuerdo con la sociedad en la que vivo, estoy de acuerdo con todo, no quiero renovar nada ni me doy una estrategia para cambiar" (Ferrara, 2004: 29)

Concluye el autor que el concepto de las Naciones Unidas, el concepto de la OMS con relación a la salud, es un concepto colonialista; ya que las personas formamos parte de un proceso socio-histórico en el cual tenemos que enfrentarnos a conflictos que son propios de la dinámica capitalista, y se podría agregar, de las manifestaciones de la cuestión social; y esboza una definición concreta de salud que tomo para las reflexiones de este escrito; ***la salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad.*** Las personas conquistan la salud en el intercambio dinámico con su medio, y esta conquista de la salud, no es otra cosa que la conquista de derechos.

➤ **Sujeto/cuerpo**

Una segunda categoría a destacar es la de **Sujeto/Cuerpo**, que también resonó en el proceso de la práctica en el HECA, y que está, a su vez, estrictamente vinculada con el análisis anterior alrededor del concepto de salud; ya que nuestras representaciones más comunes acerca del cuerpo están teñidas del pensamiento hegemónico de la medicina y la biología.

David Le Bretón en su texto “Antropología del cuerpo y modernidad” (2002), reconstruye históricamente las transformaciones de la noción de cuerpo en Europa y su relación con el proyecto moderno. Desarrolla cómo la medicina, con la constitución del saber anatómico, a partir de las investigaciones de Andres Vesalio, se impuso en el devenir de la historia arrogándose un saber “absoluto”, “homogéneo”, y “universal” sobre el cuerpo; y,

desde esa hegemonía histórica, el resto de los saberes, prácticas y profesiones, incluido el Trabajo Social, estarían siendo convocados a ejecutar las decisiones como saber auxiliar.

Este concepto moderno de cuerpo, es a su vez producto de la filosofía mecanicista de Descartes, en un contexto donde Europa occidental pierde su fundamento religioso y el mundo deja de ser un universo de valores, para convertirse en un universo de hechos subordinados a un conocimiento racional.

La filosofía cartesiana revela la sensibilidad de una época, no la inaugura, afirma Le Bretón; esta plantea una dualidad mente-cuerpo, una disociación del “hombre” de su cuerpo. Descartes pronuncia de modo oficial las fórmulas que distinguen a la persona del cuerpo, convirtiéndolo en una realidad despreciada, puramente accesoria.

Silvia Federici en “Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria” (2010) desarrolla este proceso, a partir de los acontecimientos históricos y el nacimiento del sistema capitalista. La autora afirma que la primera máquina desarrollada por el capitalismo fue el cuerpo humano, y no la máquina de vapor, ni tampoco el reloj.

“En la filosofía mecanicista se describe al cuerpo por analogía con la máquina, con frecuencia poniendo el énfasis en su inercia. El cuerpo es concebido como materia en bruto, completamente divorciado de cualquier cualidad racional: no sabe, no desea, no siente.” (Federici, 2010: 223)

El cuerpo es entendido como una realidad aparte, se convierte en objeto de investigación. Cuerpo máquina; de esta manera, el cuerpo no es más que una constelación de herramientas en interacción, una estructura de engranajes bien aceitados y sin sorpresas. (Le Bretón, 2002)

“El punto de partida epistemológico de la medicina está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, valorizado, percibido como el receptáculo de la enfermedad. (...) En la elaboración gradual de su saber, de su saber-hacer, la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, al sentido de la enfermedad, para considerar solamente al ‘mecanismo corporal’.” (Le Bretón, 2002: 178 - 179)

Los aportes, además, de Michel Foucault permiten reflexionar acerca del cuerpo en su articulación con la dinámica del poder; comprendiendo que este está directamente inmerso en un campo político. En este sentido, una de las condiciones para el desarrollo capitalista fue el proceso que el autor definió como “disciplinamiento del cuerpo”; y este fue posible una vez que el cuerpo fue atrapado en un sistema de sujeción, e investido de relaciones de poder.

“Al concentrarse en el estudio de lo que denomina sociedades disciplinarias, Foucault se vale del concepto de microfísica del poder que los aparatos y las instituciones ponen en juego, pero cuyo campo de validez se sitúa entre esos grandes funcionamientos y el cuerpo de los sujetos: hay que hacer una física micro para conocer las tecnologías disciplinarias que hacen blanco en el cuerpo.” (Campana, 2009: 33)

El cuerpo se transforma en una realidad biopolítica y la medicina en una estrategia biopolítica, es decir, en una práctica social que se fundamenta en cierta tecnología del cuerpo social, cuyo objeto es la regulación y la disciplina de la población. (Foucault, 1990)

Se entiende que la dinámica de la violencia estructural, de un sistema capitalista, colonial y patriarcal, marca los cuerpos, deja su huella en los sujetos de intervención, tanto física como simbólicamente. En base a estas reflexiones, entonces, el cuerpo (los cuerpos) en la cotidianeidad del quehacer profesional, se nos aparece atravesado por las relaciones de poder que operan sobre él.

Al cuerpo lo cercan, lo marcan, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a ceremonias, exigen de él; este se halla sometido a las miradas de otros, expuesto y desnudo, ante las instituciones del poder público dispuesto a certificar la pobreza que él mismo encarna. Aquí aparecen las disciplinas como instrumentos del poder, para legitimar mecanismos de control sobre los cuerpos.

La propuesta, entonces, es problematizar este discurso del binomio “mente-cuerpo” que instala la modernidad eurocéntrica, que acompaña diversos mecanismos de sometimiento y disciplinamiento de los cuerpos, y que es legitimado y reproducido por variadas instituciones y actores.

Correremos del MMH a la hora de abordar el cuerpo, nos permite dilucidar la multidimensionalidad de nuestra experiencia corporal y comprender su relación con los discursos sobre el cuerpo. Se trata, de esta forma, de rescatar la política y lo político del

cuerpo. Disparadores en esta dirección fueron los aportes de la materia electiva previamente mencionada, *“Cuerpos, Política, Trabajo, Emoción y Arte en las Intervenciones en el Campo de lo Social”*; así como las lecturas (escasas aún) que re-trabajan la noción de cuerpo vinculada a la intervención profesional. Entre ellas me interesa resaltar el libro *“Cuerpo(s), micropolítica y género en Trabajo Social. Reflexiones corporizadas de experiencias profesionales”* de Marcos Peralta, que muy generosamente me obsequió para este trabajo.

“El cuerpo no es, en todo caso estamos siendo y haciéndonos un cuerpo a varios, es estar aquí y ahora tomándonos de la mano para mover aquello que estuvo o está atrapado en el lugar de lo no dicho, somos cuerpos viviendo en la medida que vamos aprendiendo –nos, nos conocemos y des-conocemos Todo se mueve, resulta entonces parecido el conocimiento al movimiento.” (Peralta, 2014: 14)

Como se mencionó anteriormente, en los cuerpos se reflejan los procesos de opresión hacia las mujeres, la disparidad de género, las imposiciones hétero-normativas dominantes, la lucha de clases y las múltiples desigualdades propias del sistema capitalista y colonialista. Se presentan así, cuerpos con historia, cuerpos situados.

“..el cuerpo es hábitat sensorial que se despliega desde su propia naturaleza biológica para ser reabsorbido como singularidad-colectiva desde la sociedad, sus grupos comunitarios y la familia (colonialidad corporal). Esto implica que el cuerpo se abre al mundo desde el espíritu, la razón, los sentidos y las sensaciones, generando una totalidad y extensión en la “otredad” a partir de la propiedad que le entrega la piel que habita consigo mismo/a.” (Suarez Manrique, 2019: 2)

Sin caer en respuestas acabadas o cerradas, lejos de intentar dar una definición única de cuerpo o corporalidad, estas reflexiones implican nuevos interrogantes y una mirada compleja a la hora de pensar ¿con quienes intervenimos?; esto, en el marco de una institución hospitalaria, se opone a la idea de urgencia, supone incluir alguna pausa, alguna demora para pensar, mirar y escuchar a la persona; pensar en las trayectorias previas, las biografías, teniendo en cuenta que los eventos de salud que se abordan en el Hospital suelen ser disruptivos en la vida cotidiana de las mismas, y en sus corporalidades.

Estos interrogantes se presentan significativos, en una institución que, con su saber-poder hegemónico, se fundamenta en una noción particular de cuerpo y de salud,

dispone de la materialidad del cuerpo, de su condición biológica, pero parece desconocer o invisibilizar cualquier otra dimensión o expresión de esa corporalidad. ¿Y el Trabajo social qué?

➤ **Temporalidad**

Por último, se toma la idea de **Temporalidad**; esta categoría puso en tensión cada vivencia del proceso de práctica profesional, interpeló desde el comienzo la inserción en el hospital, y se puso de manifiesto en la observación de la cotidianeidad de todos los actores y circuitos institucionales.

La dimensión del espacio-tiempo, está presente en toda intervención profesional. Ahora bien, el Servicio de Trabajo Social se enmarca en una institución que en su misma nomenclatura alude a una temporalidad, la “emergencia”, entendida como un *asunto o situación imprevistos que requieren una especial atención y deben solucionarse lo antes posible*.

Existe, en este sentido, el tiempo como normativa: el tiempo de urgencia, el tiempo de espera, el tiempo de visita, el tiempo de internación, el de operación, el tiempo de pase de sala, a su vez, los tiempos biológicos de recuperación, estos a destiempos condicionan la intervención y los tiempos de la misma. El tiempo también entendido como tiempo de vida o muerte; y, el tiempo de una vida rebalsada de vulnerabilidad, precariedad, desigualdad.

Javier Auyero en su texto “Pacientes del Estado”, cuenta cómo comienza a pensar la espera, o mejor dicho el hacer esperar, como mecanismo de dominación: *“En síntesis, mi principal argumento aquí es que el poder estatal, ya sea a través de la violencia manifiesta o encubierta, o exhibido de formas más ‘amables’, no solo castiga a los pobres, sino que también tiene como objetivo disciplinarlos y crear lo que yo llamo ‘pacientes del Estado’.”* (Auyero, 2013: 67)

Advierte a su vez en una entrevista, que uno de los universos que lo invitan a investigar en relación a este tema, son los hospitales públicos. En los hospitales se dan diferentes dinámicas de espera, de no espera, de acelere de la espera, y estas están vinculadas

tanto con la emergencia médica que se presenta, como así también con las prácticas y circuitos instituidos y normativizados.

La temporalidad, o la dimensión tiempo, en este escrito tiene la intención de reconocer, en el cotidiano del Servicio de Trabajo Social del HECA, un factor leído como natural, como dado, que, asociado a un saber-poder médico y a la idea de urgencia, influye y hasta condiciona por momentos las intervenciones profesionales.

CAPÍTULO 2

Breves consideraciones introductorias acerca del Campo Salud, institución Salud Pública y organización institucional del HECA

¿Sistema o Campo?

“El muy utilizado concepto "sistema de salud" expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo.” (Spinelli, 2010: 276)

La perspectiva histórica comprendida en la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu permite reconocer y captar la dinámica del campo salud, y corrernos de una mirada parcializada y simplista. Bourdieu entiende por Campo una *“red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)”*(Bourdieu, 2005). Lo que está en juego es un capital, que es aquello que es eficaz dentro de un campo determinado, en torno a este capital se dan las luchas, situaciones, posiciones.

La noción de Campo, de esta manera, permite describir y analizar procesos complejos en permanente conflicto en un espacio constituido históricamente; y no, prácticas estáticas, evolutivas o lineales. Así, la salud, puede ser entendida como un campo compuesto por instituciones (ministerios, centros de salud, hospitales, clínicas, etc) del que participan diversos agentes (médicos, enfermeras, trabajadores de la salud, usuaries, etc) que construyen estrategias para lograr apropiarse de un capital simbólico que les de legitimidad, autoridad, etc.

“En el Campo Salud una de las cuestiones que está en juego es justamente la delimitación del “objeto de conocimiento”, es decir si el objeto es solo la enfermedad o se abre a la idea del proceso salud-enfermedad-cuidado. La opción que hacemos determina el modelo de atención/intervención, el modo de gestionar y la manera de investigar en el campo.” (Di Pato, 2016: 13)

En el marco del campo Salud, se inscribe la **Salud Pública** como institución. La corriente francesa del Análisis Institucional (Lourau y Lapassade) entiende por institución como aquellos cuerpos normativos jurídicos-culturales compuestos de ideas, valores, creencias y leyes que determinan las formas de intercambio social.

Ana María Fernández en su texto “La Dimensión Institucional de los Grupos” afirma *“Las instituciones forman parte de las redes del poder social. En circuitos macro o micro, la institución constituye un factor de integración donde las relaciones de fuerza se articulan en formas: formas de visibilidad como aparatos institucionales y formas de enunciabilidad, como sus reglas.”*; agrega, *“la institución será un lugar donde el ejercicio del poder es condición de posibilidad de un saber y donde el ejercicio del saber se convierte en instrumento de poder...”* (Fernández, 1989: 54-55)

Los inicios de la Salud Pública se remontan al siglo XIX; surgió como consecuencia de los efectos de la revolución industrial y del auge del higienismo como el modelo médico establecido para promover una vida sana. Es decir, es una de las consecuencias de la industrialización y del crecimiento acelerado de las ciudades, así como el desarrollo de la medicina y la higiene. Se puede considerar que la Salud Pública, es un concepto eminentemente moderno, ligado al modo de organización de los Estados en la era del Capitalismo.

Retomando a Menéndez, acordamos que *“la salud pública es un sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes. (...) La salud pública así considerada se constituyó a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues estos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos. En la constitutividad de la salud pública están potencialmente presentes no sólo los objetivos de solución de problemas colectivos, sino también de control social.”* (Menéndez, 1992:104).

Este proceso de constitución de la Salud Pública como parte del sector salud del Estado, se dio entonces, a partir del desarrollo de las ciencias médicas, posicionándose estas

como dominantes en su institucionalización y desarrollo; como se mencionó anteriormente en la conformación del MMH.

La Salud Pública Argentina

La atención y el “sobre qué” de la Salud Pública se va delineando y modificando históricamente según las relaciones de poder de un campo en disputa y en permanente conflicto. En Argentina la correlación entre lo social y la salud aparece durante la gestión del Ministro de salud Ramón Carrillo, entre los años 1946 y 1952, quien planificó y ejecutó políticas sanitarias que tendieron a asistir, promover, proteger y prevenir la salud de la población. Su intervención, que puso énfasis en las desigualdades sociales y las inequidades sociales en salud, molestó fuertemente las posiciones hegemónicas que dominaban el campo.

Pensar la salud sin disociarla de lo social persistió en los gobiernos democráticos que le sucedieron, a pesar de las debilidades y fragilidades políticas que los modelos desarrollistas mostraron. En los períodos dictatoriales (cívicos militares) los ideales ligados a intereses colectivos fueron arrasados. Se produce una ruptura del lazo social, con torturas, muertes y desaparición de personas, “el silencio es salud”. Se instala un modelo neoliberal, más tarde reforzado, caracterizado por mercantilización, privatización, recorte y ajuste en las prestaciones. Los conceptos de eficiencia, eficacia, libre elección, descentralización comenzaron a impulsar reformas en la organización sanitaria.

Luego de la recomposición de la crisis del 2001, en los intentos por recomponer el tejido social, se da un proceso de restitución de derechos, la salud ligada a lo social desde una perspectiva universalista de las protecciones sociales. En el marco de una nueva crisis económica, este vínculo de la salud-lo social sigue en disputa, con la supresión del Ministerio de Salud (hoy restituido) y advenimiento del proyecto de la CUS (Cobertura Universal de Salud), la cual es presentada como una canasta básica de servicios; nuevamente la salud sometida a criterios de empresa.

Un actor fundamental en estos procesos es el sector empresarial farmacológico, en la disputa de sentido de salud como mercancía. Estos vaivenes del derecho a la salud son indisolubles de la situación económica y social de cada momento histórico, partiendo de una

mirada más estructural de un país capitalista dependiente transitando crisis y desigualdades estructurales.

El campo de la salud en nuestro país está atravesado por un andamiaje jurídico que hoy la sitúa como derecho humano fundamental, es decir de carácter inalienable de la dignidad humana y universal; es reconocido como tal a partir de la reforma constitucional de 1994. Los fundamentos del derecho a la salud se encuentran en el propio texto de la Constitución Nacional, en los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los tratados internacionales de derechos humanos incorporados a nuestra Carta Magna.

La salud está comprendida en el concepto de bienestar general al que hace referencia nuestra Constitución Nacional, más aún, es un parámetro del bienestar y como tal es un bien social, público y colectivo y un corolario del derecho a la vida, a la integridad psicofísica y a la libertad. No solo se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sino que abarca aquellas condiciones socioeconómicas que posibilitan llevar una vida sana.

Algunas leyes que componen su marco jurídico son: Ley 26.529 de Derechos del Paciente (afirma el derecho a la asistencia, al trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de voluntad, información clara y precisa, etc.); Ley 26.657 de Salud Mental (derecho a la atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustada a principios éticos, a no ser objetivizado, a no ser discriminado, etc.); Ley 22.431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados (servicios de rehabilitación integral, formación laboral o profesional, préstamos y subsidios, etc.); Ley 26.485 Protección Integral a las Mujeres (prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres); Ley 26.862 de Fertilización Asistida (establece que toda persona mayor de edad, cualquiera sea su orientación sexual o estado civil, tenga obra social, prepaga o se atienda en el sistema público de salud, puede acceder de forma gratuita a las técnicas y procedimientos realizados con asistencia médica para lograr el embarazo); Ley 16.462 de Medicamentos (fija una política de control sobre la producción, comercialización e importación para las empresas farmacéuticas); entre otras.

La provisión de atención de la salud en Argentina está cubierta por tres sub-sectores; público, seguridad social y privado; esta conformación especial del sector le imprime al área

de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

Dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de salud, teniendo el Ministerio de Salud Nacional, función orientativa; a su vez, el elevado grado de descentralización del sector público y la significativa brecha de desarrollo y capacidades entre provincias hace que la situación no sea igual en todo el territorio nacional.

Acerca de la Red de Salud Pública Local

Particularmente, en la provincia de Santa Fe, el sistema público provincial de salud es administrado por el Ministerio de Salud de la provincia; el cual se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud, con énfasis en la descentralización territorial en regiones sanitarias con particularidades que requieren presencia y cercanía.

Campana (2010) plantea que, fue con la llegada de Binner a la provincia que se intenta pensar la salud partiendo de las ideas de “red”, “equidad” “sistema integrado de gestión de salud regional”. Todos estos conceptos fueron retomados del modelo de Salud que Hermes Binner planteó en Rosario desde 1989, cuando inició su mandato como Secretario de Salud

La idea de esquemas y priorización de la APS como pilar del modelo de atención, fue justificada por la eficacia y accesibilidad que esta red generaba para poder garantizar el derecho a la salud; esto quedó plasmado en el documento Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la Secretaría de Salud Pública.

“La estrategia de Atención Primaria de la Salud como opción política significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales, lo que implica asegurar la participación popular y la de los trabajadores, la acción intersectorial, la tecnología apropiada, y, fundamentalmente, acercar lo máximo posible las decisiones al contexto en el que los problemas se sufren. (...) la estrategia de Atención Primaria de la Salud supone la construcción de un modelo de atención que fundamentalmente implique

enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la justicia y no como una ciudadanía asistida. “ (Secretaría de Salud Pública de Rosario; 2002: 2)

En términos organizacionales, la red municipal de salud en Rosario está conformada por tres niveles de atención: el primer nivel de atención está conformado por Centros de Salud distribuidos distritalmente. Los centros de salud se constituyen en la puerta de entrada del sistema de salud, es decir, en la vía de ingreso de la población a los servicios. El segundo nivel está conformado por tres hospitales (“Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”), la “Maternidad Martín”, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), dedicado al diagnóstico, tratamiento y atención del segundo nivel. El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias. Además, el Municipio cuenta con un Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM), que producen sueros, comprimidos, entre otras para ser utilizadas en la red municipal.

El Hospital

El **Hospital** es un efector de alta y media complejidad, que forma parte del gran archipiélago de instituciones sanitarias que hacen a la Salud Pública en la Argentina, participando en la estructuración del campo salud en línea general. Sin embargo, en sus orígenes, la institución hospitalaria no estaba asociada a la medicina, no era un medio de cura, ni había sido creado para tal fin, por el contrario, era básicamente una institución de asistencia, de exclusión y segregación.

Michel Foucault se aboca a la tarea de investigar las características de la evolución histórica de la medicina moderna a partir de la Revolución Industrial, el crecimiento de las ciudades, la urbanización, las guerras, etc; el autor desarrolla la “historia de la medicalización”.

El Hospital, siguiendo a Foucault, fue creado por instituciones monacales durante la Edad Media, brindaba asistencia espiritual a los pobres, ya que prácticamente era un lugar para ir a morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación. La institución servía para salvar el alma de los pobres en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. Ejercía una función en la transición de la vida a la muerte; además de la función de separar a las personas peligrosas para la salud general de la población.

“El hospital era un lugar de separación y exclusión porque los pobres que eran portadores de enfermedades constituían un riesgo y un lugar para la salvación, salvación de las almas de los que brindaban asistencia y de los enfermos cuyo mal se originaba en sus pecados.” (La Valle, 2014: 68)

Hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes; y, siguiendo el análisis de Foucault, el principal factor de transformación del Hospital, no fue por motivos humanitarios ni sanitarios, no fue la búsqueda de una acción positiva del mismo sobre la persona enferma o la enfermedad, sino la anulación de los efectos negativos de la institución.

El autor plantea como hipótesis que el hospital que hoy conocemos nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio. (Foucault, 1974)

“...es en el ajuste de estos dos procesos, el desplazamiento de la intervención médica y la aplicación de la disciplina en el espacio hospitalario, donde se encuentra el origen del hospital médico. Esos dos fenómenos, de distinto origen, iban a poder ajustarse con la introducción de una disciplina hospitalaria cuya función consistiría en garantizar las averiguaciones, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad, y en transformar las condiciones del medio que rodeaba a los enfermos. Asimismo se individualizarían y distribuirían los enfermos en un espacio donde se pudiera vigilarlos y registrar lo que ocurriera; también se modificaría el aire que respiraban, la temperatura del medio, el agua para beber, el régimen, de manera que el panorama hospitalario que imponía la disciplina fuera un instrumento de modificaciones con función terapéutica.” (Foucault, 1974: 526)

La revisión histórica del Hospital como institución tiene como propósito, como afirma Campana acerca del espíritu de la genealogía, lograr una desfamiliarización con respecto a lo instituido, a lo dado por cierto en un momento determinado.

Siguiendo las lecturas de la autora, *“el ejercicio de desfamiliarización, no tiene un sentido “revelador”, sino de desfamiliarización y descripción de los efectos estratégicos, positivos, productivos, que ciertos mecanismos aparentemente banales, tienen sobre determinados sujetos o poblaciones.”* (Campana, 2010: 12)

Complejizar, ampliar, de esta manera, la idea que tenemos sobre la institución hospitalaria, para así, abrimos a la posibilidad de otras prácticas, escenas, abordajes que construyan un hospital comprometido con la salud desde un paradigma integral, con las necesidades sociales y los Derechos Humanos.

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez

El **Hospital de Emergencia Clemente Álvarez (HECA)** funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad³, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas. Brinda atención a adultos, de la ciudad de Rosario y la región. Reconocido como hospital escuela, interviene en la capacitación de profesionales del área de salud en las diferentes disciplinas, promueve actividades científicas de docencia e investigación.

El HECA es un efector público municipal dependiente de la Secretaría de Salud Pública, que brinda atención totalmente gratuita, solventado con fondos de la Municipalidad de Rosario y apoyo del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Ocupa el 3er nivel de complejidad dentro de la red de salud pública; esta, como se mencionó anteriormente, está integrada por todos los niveles de complejidad necesarios para la atención de los diferentes problemas de salud de la población.

³ La noción de complejidad, en el marco del efector, refiere a una complejidad de la tecnología biomédica y de los soportes de estudios que requiera.

La institución se inscribe, entonces, en una política de salud local que adhiere a un concepto de salud vinculado a los derechos humanos, y que sigue los principios y valores de la Atención Primaria de la Salud (APS); dicha estrategia fue definida por la OMS en 1978 como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”* Los principales valores de la APS, son universalidad, equidad, integralidad, accesibilidad, gratuidad, calidad.

Con respecto a su ubicación, el HECA se encuentra en un punto estratégico de la ciudad, se posiciona como hospital regional por su relación directa con rutas, autopistas y accesos directos a la ciudad, dando respuesta no sólo a los rosarinos sino también a personas de localidades vecinas. Se convierte así en el hospital de referencia del sur de Santa Fe, del nodo Rosario.

Respecto a la ubicación del hospital, y al sentido de la misma, lleva a reflexionar acerca de su territorialidad. Según Carballada (2008), el “territorio” es el espacio habitado, donde la historia dialoga con el presente y permite, a partir de reminiscencias construir una idea de futuro o incertidumbre. Allí el territorio se transforma en un “lugar” delimitado por lo real, lo imaginario y lo simbólico. Esa delimitación marca los bordes que encierran al territorio en sí mismo; pero, como tales, esas orillas están en constante movimiento.

También expresa que desde el campo de intervención conviven dos formas de definir y delimitar los territorios. La primera a través de mapas, áreas programáticas, catastros, etc; la segunda, es partiendo de las propias simbolizaciones de sus habitantes. De esta forma el territorio y el escenario de intervención son definidos, en parte, por la palabra, el discurso, la nominación que ese “otro” hace del lugar y sus componentes. En esa definición también se introduce el paisaje y sus significaciones como elementos extradiscursivos. De este modo, la mirada junto con la palabra ratifica la pertenencia, promueven asociaciones y formas del lenguaje en las que el territorio “habla” para convertirse en este texto.

La creación del nuevo edificio (2008) para el HECA fue la respuesta a una nueva modalidad de gestión del cuidado, organizando la atención por cuidados progresivos,

rompiendo con la vieja estructura de pabellones o sectores de internación por servicio; este criterio operativo pretende la organización de servicios de internación según las necesidades de atención del usuario, de forma tal que reciba servicios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico; ambiciona una atención integral e interdisciplinaria. “Cuidados progresivos”, adquiere la connotación de dispositivo. Foucault entiende un dispositivo como una red, “...un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos.” (García Fanlo, 2011: 1); define selectivamente el tiempo, el servicio y el lugar de atención a establecer para cada persona; funciona como modalidad de organización del hospital, que se traduce en su arquitectura, en su estructura edilicia.

En este sentido de organización del hospital, se puede evidenciar un circuito institucional por donde puede llegar a circular el sujeto de atención de acuerdo a la gravedad de su cuadro; este refiere a lo instituido, a lo estrictamente normativizado. Le usuaria ingresa al HECA por “Guardia”, donde se evalúa su situación y si se precisa internación se cuenta con distintos sectores acordes a la complejidad que presenta. La internación está dividida así en tres niveles principales: Cuidados Críticos, que comprende Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Quemados; Cuidados Intermedios Altos, destinado a la internación de sujetos de atención complejos, post salida de cuidados críticos, con atención especial de los cuidados de enfermería (Sector A 1 y 2); y Cuidados Intermedios Bajos, para usuarias más estables, que estén en un momento previo al alta o a la derivación a otro efector de menor complejidad (Sector B 1 y 2).

Además, el hospital cuenta con la Unidad Renal, Farmacia, Imágenes, Cirugía, Biblioteca, Auditorio, aulas, y los distintos Servicios, entre otros. Estos últimos, los Servicios, los constituyen las distintas especialidades que intervienen en la institución (Neurociencias, Cirugía, Clínica, Traumatología, Salud Mental, entre otras); aquí ubicamos al Servicio de Trabajo Social.

Otros eventos organizacionales, o dispositivos, en la institución son los diferentes Comités Asesores, constituidos por personal del hospital, que revisten el carácter de ser

multidisciplinarios permitiendo el intercambio ideológico, que actúan como consultores y asesores, brindando información al cuerpo directivo de los problemas y las necesidades existentes. Además, tienen una tarea educativa, realizan cursos de capacitación para el personal y ayudan a resolver conflictos internos.

El HECA, entonces, es un espacio institucional particular, dinámico, donde se relacionan personas que hacen distintas cosas, asumen distintas responsabilidades, ocupan determinados roles y en función de ello tienen distintas funciones individuales y cobran una retribución por la tarea que realizan. Allí se juegan relaciones de fuerzas, en cuanto se despliegan distintos saberes-poderes, discursos y prácticas que se disputan la hegemonía de cómo llevar adelante la misión por la cual la institución fue creada, cumpliendo con una función social.

En este sentido, la lectura de Ana Maria Fernandez nos aporta a la reflexión acerca de la misión del hospital Clemente Álvarez: *“la dinámica institucional no se agota en sus aspectos funcionales. Tiende a normativizar el tipo de enunciados que es pertinente en cada una de ellas, autorizando algunos y excluyendo otros, por fuerte que sea su inercia burocrática, no es una cosa, sus límites son siempre provisionales y siempre es posible desplazarlos en los juegos instituyentes.”* (Fernandez, 1992:.52)

Se plantea, de esta manera, un juego dialéctico entre el dominio de lo instituido y las fuerzas instituyentes. Estas últimas motorizan cambios y empujan sobre lo establecido y consolidado, sobre lo instituido que muestra sus resistencias a lo nuevo. Esto supone un espacio no desprovisto de contradicciones, tensiones y conflictos; y es, al mismo tiempo, un espacio de encuentros, de prácticas diversas que suscitan la cooperación, la generación de intervenciones acordadas colectivamente entre los diversos actores institucionales.

CAPÍTULO 3

Trabajo Social y Salud: tensiones desde una inserción patologizada

Trabajo Social y Salud

Desde sus orígenes el Trabajo Social se construye interviniendo de forma relevante dentro del campo de la salud; sin embargo no siempre bajo los mismos paradigmas. En un principio, se lo puede ubicar como aplicador de pautas y modelos higienistas y disciplinadores, asociado a formas de control social y penalización de la pobreza.

En Argentina, el discurso higiénico-moral tuvo una clara relación con las ideas positivistas de la generación del ochenta y fue usado como elemento de registro y control de los nuevos sujetos sociales, constituidos a partir del proceso migratorio, el pueblo proletario. De esta manera, a través de una medicalización de la vida cotidiana, se le fue dando sentido y forma a las instituciones del Estado moderno; es el discurso médico el que reorganiza la acción social desde el Estado, estructurándola en términos higiénicos. Surge entonces, la necesidad de nuevas prácticas sociales, nuevas especialidades.

Respecto a esto Campana en su texto *“Medicalizar la asistencia, asistencializar la salud”* (2012), sostiene y desarrolla que el elemento asistencial es constitutivo de la génesis y desarrollo de la Salud Pública; y a su vez, la autora sostiene como hipótesis, que el discurso médico higienista funcionó como posibilitador de la emergencia del dispositivo asistencial.

“La medicina higienista, estrategia biopolítica por excelencia, brindó la racionalidad sobre la cual se inscribieron las primeras modalidades de gobierno de la pobreza que coexistirían, en adelante, con otras acciones de corte caritativo o benéfico-filantropico.” (Campana, 2010: 21)

Es en el marco de estos hechos, en el que se encuentra el proceso de profesionalización del Trabajo Social en Argentina. En este sentido, Nucci, Crosetto, y otrxs (2018), desarrollan el origen y trayectoria del Trabajo Social en el campo de la Salud Pública, como resultante de la combinación del proceso de profesionalización del mismo, con las luchas de saber-poder dentro del campo.

Afirman que *“el lugar que ocupa Trabajo Social en el campo de la salud pública, como complemento de la atención medicalizada de la enfermedad, es compatible con esa mirada fragmentada de los sujetos y de la reproducción social. Su inclusión (a posteriori) en el campo de la salud es producto de la emergencia de situaciones y problemas que desde esa*

concepción biologicista son ignoradas pero que, sin embargo, irrumpen -generalmente como problemas sociales ligados a la situación de salud. en la vinculación con los sujetos.” (Nucci, 2018:12)

Actualmente, a partir del desarrollo de la profesión y de las transformaciones históricas del campo salud, previamente mencionadas, el Trabajo Social pretende fundamentar su inserción en las instituciones de salud desde una normativa de Salud Integral y de Derechos Humanos.

Se entiende que el Enfoque de Derechos es un *“marco conceptual, para el proceso de desarrollo humano que está basado normativamente en principios y estándares internacionales de Derechos Humanos y operacionalmente dirigido a respetarlos, protegerlos y satisfacerlos.”* (Arcidiácono, 2008:47). Bajo este enfoque, las personas son concebidas como “titulares de Derechos”, de la misma manera que son “obligaciones positivas” para el Estado defender los Derechos Humanos.

Desde este enfoque se inscribe la pertinencia del Trabajo Social en el campo con otros fundamentos; al entender la Salud como un derecho humano fundamental, implicando para su materialización de una integralidad de derechos económicos, sociales y culturales, ubicando al Estado como actor fundamental y garante de los mismos; manifestado en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales incorporados.

“En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) se plantean obligaciones básicas (niveles esenciales) que los Estados parte deben cumplir (según disponibilidad de recursos) y respetar en la medida que adhieren a declaraciones y pactos internacionales tales como: garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud no discriminatorios especialmente de grupos vulnerables y provisión de medicamentos esenciales; alimentación adecuada, vivienda y servicios colectivos como agua potable, sólo por citar algunos.” (Nucci, 2018:15)

En la cotidianeidad del quehacer profesional en las instituciones hospitalarias, se reproduce una tensión permanente entre representaciones sociales vinculadas con los orígenes e institucionalización de la profesión, ligadas a prácticas caritativas y de control social, con aquellas que se asientan en un enfoque de derechos. Así como también se reproduce la

tensión entre el MMH persistente en las instituciones, con las perspectivas de salud ampliada normativizadas.

Ahora bien, ¿Cómo se manifiestan dichas tensiones en el Servicio de Trabajo Social del HECA? ¿Cuál es la demanda institucional al Servicio? ¿Cómo se construye el sobre qué de la intervención profesional?

El Servicio de Trabajo Social del HECA

En primera instancia interesa describir a grandes rasgos el **Servicio de Trabajo Social** del HECA. Este, cuenta con un grupo de trabajadoras sociales que reciben distintas demandas/situaciones a las que tienen que responder profesionalmente; la organización interna del trabajo da cuenta de la división de tareas, donde cada profesional se ocupa de un sector específico del hospital; esta división no es estática, está sujeta a susceptibles cambios de la cotidianidad. Además, participan en distintos proyectos y/o Comités, por ejemplo el Comité de Docencia, el cual brinda cursos, propicia investigación, y participan residentes, el Comité de Bioética, el mismo se convoca y se presentan situaciones complejas en torno a la ética, y el Comité de Violencia, del que participa el director del hospital, dicho comité aborda situaciones de violencia vincular o de género, ofrece además un resguardo institucional a las víctimas.

Son dos las oficinas⁴ que constituyen el espacio físico del servicio, con sus carpetas, informes sociales, computadora. Este espacio propio está en planta baja, a la izquierda de la única entrada del efector (además de la entrada de guardia donde ingresan ambulancias), señalado en un cartel “Servicios Sociales”; vale la pena destacar que es el único servicio interviniente que se encuentra “al alcance” de la población que asiste al hospital.

Al efector ingresan personas en el marco de situaciones complejas de vulnerabilidad atravesadas por la irrupción de una patología grave; las causas son diversas, accidentes de tránsito, heridas de arma de fuego y blancas, deterioro y complicaciones de enfermedades

⁴ En el marco de la actual pandemia COVID19, el Hospital se ha reorganizado y el Servicio de Trabajo Social en la actualidad cuenta con una sola oficina, en la misma ubicación.

crónicas, manifestaciones agudas de enfermedades, efectos de violencia y consumo problemático de sustancias, intentos de suicidio, violencia de género, violencia territorial, etc.

En el quehacer diario del Servicio de Trabajo Social se trabaja frecuentemente con los distintos servicios médicos, entre ellos, el servicio de Salud Mental, de Clínica, de Neurocirugía, etc, y además, con el dispositivo DISVA⁵ en la intervención con situaciones de “heridos de armas de fuego”; también con Enfermería, Legales, y Atención al Usuario. Del mismo modo, en la cotidianidad se trabaja con otras instituciones, a través de comunicaciones telefónicas, reuniones, y de referencias con los distintos centros de salud, con el CEMAR, el ILAR, otros hospitales, fiscalía, etc.

El equipo interviniente se vale de un instrumental técnico afín a la identidad profesional y otros que impone y crea la propia dinámica del Servicio de acuerdo a las características de funcionamiento del Hospital en su conjunto. Se apelan a distintas técnicas de registros, de archivo, de evaluación, de comunicación, etc.; estas son, fichas, cuadernos, hoja diaria de historia clínica, carpetas con informes, formularios, entre otras.

Acerca de la Demanda Institucional

En base a la lectura de Susana Cazzaniga en “El abordaje desde la singularidad” (1999), se entiende por intervención profesional *“la puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social, en el marco de una especificidad profesional”*.

En este sentido la autora desarrolla *“la intervención no es un episodio natural , sino una construcción artificial de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde aquellos que solicitan la intervención - instituciones, sujetos individuales y colectivos- y desde el propio sujeto profesional).”* (Cazzaniga, 1999: 15)

Se destaca, de esta manera, como una dimensión relevante de la intervención profesional, la **demanda**; la misma se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la

⁵ Dispositivo de Intervención en Situaciones de Violencia Armada.

profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de quienes la solicitan, en un contexto histórico determinado y en el marco de una institución particular.

En el HECA, la demanda al Servicio de Trabajo Social se muestra de diversas formas; proviene de personas que se presentan espontáneamente en las “oficinas” del mismo; de la derivación de otros profesionales de la guardia, u otras salas de internación, o la solicitud de otros servicios médicos del hospital, a modo de “interconsulta”, esto pudiendo manifestarse a través del interno telefónico del Servicio, o en las mismas áreas de internación; así como de otras instituciones.

La demanda espontánea en las oficinas del Servicio de Trabajo Social, suele estar orientada a tareas de asesoramiento, orientación, y confección de informes; así como también suele ser el espacio de entrevistas a familiares o acompañantes de la persona en situación de internación. Sin embargo, es a través de la “interconsulta” como, generalmente, se presenta la demanda al Servicio de Trabajo Social; son de esta manera otros actores institucionales quienes convocan a la profesión a intervenir en situaciones que ellos creen pertinente. Es entonces en el hospital, el saber médico-hegemónico el que tiende a marcar la demanda inicial del Servicio, manifestada por otros servicios médicos, o diversos actores institucionales (dirección, abogadxs, atención al usuario, cuidados progresivos, etc.); atribuyéndole, en ocasiones, un rol auxiliar a la profesión, como así también secundarizando “lo social” de los procesos de salud.

Si bien, como se viene destacando, el Servicio es altamente interconsultado por otros profesionales de la institución, cabe destacar la fuerte presencia que tiene el mismo en las salas de internación (cuidados críticos, intermedios altos y bajos, y guardia). Se entiende esta presencia física y cotidiana, como un posicionamiento del Servicio de Trabajo Social a la hora de recepcionar la demanda. No obstante, la presencia física del equipo en las salas no implica mecánicamente una presencia del saber disciplinar en el abordaje de las situaciones problemáticas que se presentan en los procesos de salud-enfermedad-cuidado.

En las salas de internación, entonces, el Servicio realiza la dinámica del “pase de sala”; esta no solo presenta una nomenclatura estrictamente médica, sino que a su vez se lleva a cabo de distintas maneras, con diversos criterios dentro del mismo equipo profesional. Dentro del Servicio de Trabajo Social, habrá quienes en la sala, vayan habitación por

habitación, quienes pasen por algunas habitaciones particulares, quienes pasen de largo, y quienes solo pasen a firmar el “cuadernito de trabajo social”.

Como estudiante, en mi paso por la práctica profesional en la institución, mi “pase de sala” variaba por todas estas modalidades; incluso la propuesta podía ser ir a la sala a preguntar si “había algo para trabajo social”. Entiendo que esta forma de aproximarse a las salas de internación, como así también, de presentarse ante los otros actores institucionales, contribuye a reforzar una mirada auxiliar de la profesión y, a su vez, a reproducir cierta lógica institucional, en la que el saber médico-hegemónico parecería construir el problema/objeto de intervención.

Si entendemos que la presencia diaria en las salas de internación facilita el contacto con los otros actores intervinientes, así como también permite un registro y visibilización de la profesión en el efector; los interrogantes que se presentan a partir de esto son, ¿Será posible apropiarse de categorías y dinámicas propias del saber médico y la dinámica institucional hospitalaria, para darle un otro sentido o alcance?; si partimos de entender que el proceso salud-enfermedad-cuidado requiere de intervenciones complejas, interdisciplinarias e interinstitucionales ¿Cómo generar espacios de intercambio y cooperación en las salas de internación entre actores sin perpetuar las jerarquías de roles, y los abordajes fragmentarios o parcializados?; apuntando a la construcción de equipos de trabajo en salud.

En cuanto a los principales motivos por los que otros servicios médicos o actores institucionales demandan la intervención del Trabajo Social, se destacan, entre otras, las situaciones en las que las personas se encuentran transitando la internación sin visitas de familiares o acompañantes; así como también se demanda la intervención del Servicio en el acceso o la gestión de recursos.

Respecto al primero, si bien es cierto que es de suma importancia la presencia de familiares, acompañantes, afectos, a la hora de pensar en el cuidado de la persona en el proceso de internación, como también en la planificación del alta hospitalaria y posterior recuperación; la demanda de los servicios médicos, de cuidados progresivos, u otros actores institucionales por este motivo, suele acontecer pasados varios días de internación, o al momento del alta médica o derivación a segundo nivel de la red de Salud Pública. En este sentido la demanda no se fundamenta desde un pensar estratégico y de abordaje integral a la

situación, sino desde una clara intención de acelerar los tiempos del alta hospitalaria, y liberar una cama del efector, en concordancia con el MMH.

Bajo esta lógica, se le demanda al Servicio de Trabajo Social ubicar familiares con cierta “urgencia” y responsabilidad de la permanencia de la persona en situación de internación en el hospital. La interconsulta al Servicio, de esta manera, no pretende un abordaje interdisciplinar del proceso de salud-enfermedad-cuidado de la persona, sino que, el saber médico ha intervenido, se ha acallado el síntoma, se ha propiciado una “cura”, y le paciente ya no tiene motivos para estar internado en la institución; es momento que Trabajo Social interceda.

En relación al segundo motivo por el que, generalmente, se interconsulta al Servicio, el llamado acceso o gestión de recursos, no es la intención al destacarlo, renegar de la dimensión asistencial histórica (y constitutiva) de la intervención profesional del Trabajo Social, entendiendo que, las condiciones materiales son a su vez intrínsecas de las problemáticas sociales, manifestadas en la demanda como necesidades sociales; y de acuerdo, además, con el aporte de Melisa Campana, quien propone la construcción y defensa de la asistencia social como derecho.

En este sentido, el Servicio de Trabajo Social del HECA, interviene al viabilizar el acceso a recursos (jubilaciones, pensiones, programas de asistencia económica, habitacional, alimentaria, etc.), así como también el acceso a documentación (DNI, CUD, etc).

Sin embargo, en reiteradas ocasiones, cuando distintos actores institucionales demandan la intervención del Servicio, aparece la idea de un profesional que da arbitrariamente recursos, o como fiscalizador y administrador de la pobreza. Esto se manifiesta en dos dinámicas particulares de la institución, una de ellas es la cuestión de la comida para acompañantes/familiares de las personas internadas.

Para viabilizar estas viandas se da un mecanismo institucional en el que los familiares son “enviados” por otros servicios médicos o el servicio de enfermería, al Servicio de Trabajo Social, al pedido de la comida o, también, se convoca a través del interno para transmitir la demanda de la comida del familiar en las salas. Al no haber comida disponible para todos los acompañantes que asisten en la institución, y teniendo en cuenta que siempre la demanda de

la misma supera la cantidad vacante (escasa en relación a la cantidad de camas), Trabajo Social estaría a cargo de administrar esas viandas a los “merecedores” de esa asistencia.

Otra instancia en la que aparece la interconsulta, al Servicio de Trabajo Social, bajo la dimensión asistencial, es en la gestión de un “ticket de taxi”; este recurso del Servicio es utilizado en el marco de estrategias de intervención. Sin embargo, en el cotidiano del Hospital, algunos actores médicos convocan a Trabajo Social a, solamente, “dar” tickets de taxi para que, alguna persona particular que tiene que irse se pueda retirar de la institución; esta convocatoria, además de no implicar un abordaje interdisciplinar, suele estar marcada por el “apuro” o la urgencia, e individualiza al recurso de su fundamentación, en el marco de una acción con sentido, a partir de necesidades sociales, basada en la concepción de sujetos de derechos.

Si partimos de entender que la “gestión” de recursos o el acceso a servicios, que se consideren necesarios para la satisfacción de una necesidad de la persona sujeto de la intervención profesional, responde al ejercicio de derechos o de ciudadanía, la asistencia social en cuanto acción profesional se encuentra en el marco de un régimen legislativo, está a su vez fundada desde el saber disciplinar, de las Ciencias Sociales, y se manifiesta ética y políticamente orientada; y no, en función de la mera voluntad, discrecionalidad, o compasión de le profesional, respondiendo a una demanda a través de una práctica inmediateista.

Cabe destacar en base a lo desarrollado, que en la cotidianeidad del Hospital, estas dinámicas o maneras en que se presenta la demanda institucional al Servicio de Trabajo Social, y además, los paradigmas teóricos, políticos, bajo las cuales se presenta, o los contenidos de esta demanda inicial que manifiestan otros actores institucionales, expresan y visibilizan el conflicto característico de las relaciones entre actores de un campo.

Acerca de las Técnicas e Instrumentos

Para responder a la demanda institucional, el equipo del Servicio de Trabajo Social del HECA, como se mencionó precedentemente, se vale de un instrumental técnico, ya sea este afin a la identidad profesional, o mediante otros que impone y crea la propia dinámica del Servicio de acuerdo a las características de funcionamiento del Hospital.

Cabe aclarar, siguiendo los aportes de Susana Cazzaniga (2006), que la intervención profesional se construye desde una matriz teórica que le otorga sentido y que *“la misma noción de construcción posiciona un sujeto profesional capaz de tomar decisiones en relación a esa matriz.”*

En este sentido, la autora afirma que, *“la "mochila" instrumental que porta la profesión no es un catálogo externo al que podemos apelar, sino un aspecto constitutivo de la intervención que el profesional debe saber articular”*. A continuación se desarrollarán brevemente algunas técnicas o herramientas para, de esta forma, problematizar algunas dinámicas instituidas, o normativizadas; con el objetivo de “enmarcarlas” en una determinada visión teórico-metodológica y ético-política. El orden en que las mismas son mencionadas no responde a ningún criterio particular.

En primer lugar, el **Informe Social** del Servicio de Trabajo Social (Anexo3), es un instrumento institucional de registro, el cual es utilizado internamente por el equipo, al momento de conocer e intervenir en la situación de alguna persona internada en el Hospital, a partir de la interconsulta/derivación ya sea por medio del interno o en las salas.

Este cuenta con un esquema estructurado de escritura y relevamiento de datos, comprendidos en una hoja, teniendo como agrupamientos: datos personales, motivo de intervención, constitución familiar, vivienda, observaciones profesionales, e intervención profesional.

En la dinámica del Servicio, al llegar la demanda, la primer acción es tomar el Informe y registrar nombre y cama (y/o habitación) para, en el momento que sea posible, acercarse a realizar una primera entrevista. La herramienta que guía esta primer entrevista es el Informe Social institucional, con su mencionada estructura; esto ha sido problematizado al interior del Servicio, ya que suele limitar o reducir la posibilidad de diálogo e intercambio si le profesional no se distancia por momentos de dicha herramienta.

En este sentido, el equipo suele obviar la pregunta o el registro de algunos datos que el Informe prevé; ya sea por su irrelevancia o en otros casos por su carácter binario y hétero-normativo, como es el registro del “Sexo:”.

“Nosotros utilizamos el informe social, que lo vamos a someter a estudio riguroso para ver si le damos una vuelta a la dinámica que tiene la estructura del informe social, que

es institucional. Vamos a trabajar sobre esa herramienta porque ha quedado antigua, arcaica, hay que dinamizarla un poco más, aggiornarla...” (Entrevista 1⁶)

Luego de esta inicial instancia de relevamiento de datos, el Informe es utilizado para desarrollar el/los proceso/s de intervención realizado/s, y se constituye como el único instrumento que cuenta con este registro extenso del abordaje de las situaciones que llegan al Servicio, del accionar profesional. Para esta información, de gran importancia, el Informe cuenta con una página y acotados renglones impresos, limitando y obstaculizando el registro del Trabajador Social.

En segundo lugar, la **Historia Clínica** constituye el instrumento institucional principal del HECA, en el que confluyen todos los actores institucionales. *“La historia clínica es un documento legal, resume toda la información de la persona necesaria para su proceso de atención-cuidado; a saber: datos filiatorios, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, examen físico, impresión diagnóstica, métodos de estudio, plan terapéutico y tratamientos, etc.”* (Manual del Personal de Salud perfil Administrativo: 27)

Este documento, utilizado en el Hospital, está caracterizado por tener un perfil estrictamente médico; en el que los distintos servicios registran el seguimiento de los tratamientos (antibióticos, suero, síntomas infecciosos, etc.). El Servicio de Trabajo Social plantea un uso reservado del documento, en el que apenas se deja constancia que el equipo ha tomado la situación, a modo de *“Trabajo Social: se realiza primera entrevista.”* o *“Trabajo Social: se convoca a familiares.”*, etc.

En este sentido, interesa recuperar la reflexión de Yanina Roslan Angeloni (2015) en *“Sujetos silenciados en el ámbito hospitalario. Propuesta desde un enfoque narrativo”*; quien afirma la necesidad de problematizar los instrumentos de registro institucionales, entendiendo a la historia clínica como un campo de lucha semántico y político.

“En la historia clínica figuran los datos del paciente, los consentimientos informados, prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios, planillas de enfermería, protocolos quirúrgicos, entre otros. Normativamente se otorga una estructura a seguir, se establece su composición y se detalla

⁶ Entrevista realizada en el marco del presente trabajo a integrante del Servicio de Trabajo Social del HECA.

todo aquello que no debe faltar. Ahora bien, ¿y lo que el sujeto expresa? Pareciera ser un plus, algo a acotar según la voluntad o disponibilidad de tiempo que el profesional posea.” (Angeloni, 2015: 5)

De esta manera, la historia clínica como instrumento de registro, constituye una herramienta a ser problematizada, en términos de poder introducir una otra mirada acerca de los procesos de salud-enfermedad-cuidado, e incluyendo, además, las perspectivas biográficas de las personas, sujetos de atención.

Por otra parte, los **Cuadernitos de Trabajo Social** constituyen una herramienta que funcionaría como facilitador de la comunicación entre los servicios médicos, de enfermería, etc, con el equipo de Trabajo Social. Se encuentran ubicados uno por sala de internación (Guardia, Cuidados Intermedios Bajos 1 y 2, Altos 1 y 2, etc.).

Cada profesional, en la sala que tiene asignada según la división interna de tareas, pasa a firmar el cuaderno, acreditando fecha y nombre de le trabajadore que pasó por esa sala de internación. Esto dejaría constancia que el “pase de sala” fue efectivamente realizado, cobrando el cuaderno, una impronta de control y vigilancia al profesional; sin detenerse en problematizar el accionar de pasar por la sala a firmar, como se mencionó con anterioridad.

Vale la pena destacar situaciones en las que el mencionado instrumento contribuyó en efecto a un proceso de intervención, al notificar a enfermería que se precisaba recuperar algún número de teléfono para contactar a familiares de la persona en situación de internación, que aparentemente la visitaban de tarde, fuera del horario en el que el Servicio de Trabajo Social se encuentra en el efector; el Servicio de Enfermería recuperó este pedido del cuaderno y dejó constancia de la visita del familiar y su respectivo contacto. De todas formas, cabe aclarar que generalmente, salvo excepciones como la mencionada, el cuadernito es solo algo de lo que ocuparse de ir a firmar.

Entiendo que, si bien en situaciones puntuales el instrumento pudo haber significado un elemento necesario en el proceso de intervención, depender del mismo para la efectiva comunicación entre servicios anula posibles espacios de encuentro, intercambio, y abordaje en equipo, a proponer y construir. Esto se vincula con la necesidad de repensar y problematizar el “pase de sala”; en la actualidad, en el marco de la pandemia debido a la

enfermedad infecciosa por coronavirus (COVID-19), se han habilitado otras maneras de pensar el trabajo en conjunto con enfermería en las salas de internación.

“...hemos empezado a trabajar las definiciones del pase de sala, en el A2 tengo una reunión semanal con el enfermero y hacemos pase de sala, a modalidad covid, agarramos el report y vemos paciente por paciente y si es necesario hacemos una entrevista conjunta, nuestra idea era antes que venga el tiempo covid arrancamos a hacer el pase de sala habitacion por habitacion, el covid alteró esto...” (Entrevista 1)

Por último, la **Entrevista** se constituye como la principal técnica de intervención del Trabajo Social. En el hospital, es mediante la misma que el equipo del Servicio de Trabajo Social se dispone, a partir de la demanda, a conocer a la persona en situación de internación, y/o a sus familiares/afectos.

Cazzaniga (2006), detalla algunas particularidades de dicha técnica; teniendo en cuenta, en primer lugar, que la misma cuenta con una determinada intencionalidad, que dependerá de la problemática que se esté abordando, guiada por interrogantes teóricos.

De esta manera, en la intervención la decisión de "entrevistar" está cruzada por diversas intencionalidades donde el "conocimiento" adquiere el carácter de comprensión o saberes respecto de una situación que exige respuestas o una determinada transformación de la misma.

A su vez, desarrolla la autora que *“...la entrevista es un encuentro entre sujetos (el profesional y esos "otros") que van a configurar un espacio-tiempo construido, lugar en el que, independientemente de nuestra concepción ideológica, se va a producir una asimetría. Con otras palabras, la entrevista es siempre un acto producido y deliberado (de allí lo artificial) donde el profesional está investido por una autoridad (su título habilitante, una institución que lo contrata en relación a que entiende que cumple con determinadas acciones reconocidas como necesarias, saberes y competencias) que se encuentra con otros y con una cierta intención.”* (Cazzaniga, 2006: 9)

Si se tiene en cuenta esta relación asimétrica que se manifiesta en el uso de la técnica, en el marco de una institución donde distintos profesionales hacen “pase de sala” y entrevistan a las personas internadas, y además, considerando la tendencia médico hegemónica impregnada en la relación médico-paciente, se contempla que la persona

internada, en una situación de vulnerabilidad, está expuesta a un sin fin de entrevistas, o “reportes” diarios, donde se maneja un lenguaje específico generalmente desconocido, y se anuncian desenlaces no esperados.

Entonces, reconocer este vínculo asimétrico, actuar en base a esa diferencia de posiciones, pone de manifiesto, alumbra una relación de poder inevitable. En base a esto, Cazzaniga agrega, *“En todo caso de acuerdo a mi "trato" en el momento mismo del encuentro -el modo de dirigirme, el vocabulario que usaré, las preguntas que formularé, por ejemplo- esa relación quedará signada por el autoritarismo y el "control" o por otra que intenta producir efectos emancipatorios.”* (Cazzaniga, 2006: 9)

Vale la pena mencionar algunas dificultades específicas del efector, a la hora de realizar una entrevista. Estas pueden estar vinculadas a las tensiones y roles jerárquicos de las disciplinas a la hora de abordar procesos de salud-enfermedad-cuidado; como por ejemplo las reiteradas interrupciones que se dan en medio de una entrevista con la persona internada, al llegar otro servicio médico a realizar algún control, o reporte. Otras dificultades tienen que ver con las situaciones de salud que atraviesan algunas personas, complejizando u obstaculizando las formas de comunicarse, verbalmente.

Acerca de un Accionar Anudado

En base a lo desarrollado acerca del accionar cotidiano, en función de la demanda institucional, del Servicio de Trabajo Social del HECA, y a partir del aporte de Susana Cazzaniga en su texto *“Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”* (2002), interesa sintetizar lo expuesto en algunos nudos problemáticos que tensionan la práctica cotidiana del Servicio.

La autora categoriza dichos nudos en tres tópicos: respecto a su objeto de intervención, respecto de la presentación como técnica heredada por el positivismo, y respecto de los desplazamientos de los atributos benefactores y caritativos de las prácticas asistenciales históricas, hacia Trabajo Social.

En relación al primero, teniendo en cuenta las discusiones históricas acerca del objeto de intervención, Cazzaniga afirma que *“...este "nudo" no es simple, ya que su ambigüedad*

trae aparejado esa especie de condición de todólogos que en la práctica cotidiana se transforma para los trabajadores sociales, en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales...”. Esto se pone de manifiesto en el hospital, generalmente al momento del alta hospitalaria, o del alta médica, y con la falta de presencia de familiares/acompañantes. El Servicio de Trabajo Social, como se mencionó precedentemente, es convocado a ubicar allegados para concretar el alta hospitalaria, práctica recurrente que presenta resistencias en el equipo, y en ocasiones rápidamente se deriva a Legales.

Respecto al segundo nudo problemático, a partir de la influencia del positivismo en la constitución de la profesión, esta se instala como un mero hacer, dividiendo el conocer de la acción, *“...relegando a Trabajo Social a una destreza en el manejo de técnicas e instrumentos, y colocándolo en un lugar subsidiario respecto de lo teórico.”* Se entiende que este nudo está vinculado a la noción auxiliar del Trabajo Social para con otras profesiones, en este caso la medicina, noción que persiste en los efectores de salud. Problematizar y poner en tensión las estructuras o dinámicas de las herramientas utilizadas por el Servicio en el hospital, alude a complejizar la mirada en relación con la visión teórica-ideológica de la intervención profesional.

En cuanto al tercer nudo que menciona Cazzaniga, el punto de debate se centra en diferenciar ética y voluntarismo; contemplando que *“...en el propio imaginario de Trabajo Social, el necesario compromiso social se convierte en la imposibilidad de poner los límites a las demandas y la aceptación medianamente pasiva de bajos salarios o la incorporación a una institución en carácter de ad honorem, se re interpretan en una suerte de identificación con los que menos tienen. Visto desde afuera estas identificaciones suponen una homologación de prácticas y la posibilidad de pensar que cualquier persona de buena voluntad puede ocupar ese lugar.”* (Cazzaniga, 2002: 4)

CAPÍTULO 4

La Intervención Profesional del Trabajo Social en el Hospital

Algunas reflexiones respecto al Sobre Qué de la Intervención Profesional

En el capítulo anterior, se pretendió dar cuenta de la demanda institucional que tiene el HECA para con el Servicio de Trabajo Social; así como también algunas de las dinámicas instituidas a manera de respuesta inicial a dicha demanda, junto con la descripción de ciertas herramientas o técnicas comúnmente utilizadas.

Retomando a Cazzaniga, entonces, el origen de la intervención profesional se encuentra atravesado por el lugar que la profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es, la construcción histórico-social de la misma; donde opera su desarrollo histórico, como también prácticas profesionales que le otorgan significación a la intervención profesional.

“Este instituido, al que cada vez, en cada puesta en acto, reforzamos o intentamos romper desde la intervención, se transforma en un eje significativo para comprender y analizar esa misma intervención.” (Cazzaniga, 1999: 15)

Además de la demanda, un segundo aspecto que realza la autora es que la intervención no es un suceso natural; es una construcción de un espacio tiempo, un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores.

“(la intervención) como un venir entre, que exige desde el sujeto profesional la capacidad de comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce la intervención. Nos estamos refiriendo a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos de la acción profesional: nuestro accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas” (Cazzaniga, 1999: 15)

En tanto práctica específica que intenta generar algún tipo de transformación, la intervención profesional se expresa en una construcción metodológica, un medio entre teoría y práctica; esta incluye el análisis comprensivo de la demanda inicial, al respecto Susana Castro afirma que *“...el pasaje de una demanda inicial a la construcción de un problema de intervención, implica poner de relevancia la comprensión como aspecto central en el que se sintetizan la perspectiva de los sujetos y las mediaciones teóricas.”* (Castro, 2013: 20)

Cobran gran importancia, de tal forma, las bases teóricas con las que los trabajadores sociales cuenta al momento de comprender los términos en los cuales se presentan las demandas, y se desarrollan sus intervenciones. Respecto a este punto, interesa retomar los aportes de Margarita Rozas Pagaza en *“La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social”* (2001); quien entiende la intervención profesional como campo problemático, ya que *“...ella se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que atraviesan la vida cotidiana de los sujetos.”*

De esta manera, la autora ubica las coordenadas sobre las que se construye la intervención profesional en las manifestaciones de la cuestión social; las cuales se originan en la relación contradictoria entre capital y trabajo.

A partir de esto, se entiende que la intervención no es sobre “la realidad” o “los problemas sociales”, sino, por el contrario, es *“...el desentrañamiento de las manifestaciones de dicha cuestión social y es la reconstrucción analítica de esas manifestaciones en la particularidad que adquiere la relación contradictoria entre los sujetos y sus necesidades.”* (Rozas Pagaza, 2001: 225)

De tal forma, leer las manifestaciones de la cuestión social, incluyendo el problema central que las origina, los modos de organización de la sociedad a partir de la relación capital y trabajo, posibilita resignificar las demandas, en el plano analítico. De lo contrario, argumenta Rozas Pagaza, se seguirá en el registro positivista de ocultamiento y fragmentación de la cuestión social, así como del conocimiento y acción, rutinizando una práctica sin horizonte teórico y político.

Al respecto, Marilda Yamamoto, basándose en la tradición marxista, en su texto *“El Servicio Social en la contemporaneidad”* (1998), desarrolla que es en la cuestión social, que el Trabajo Social, tiene su base y fundamento socio-histórico, en tanto especialización del trabajo.

Al enmarcar la profesión en un proceso de trabajo, la autora ilumina algunos ejes a tener en cuenta al analizar la intervención profesional. Los trabajadores sociales venden su fuerza de trabajo a cambio de salario, requieren de una materia prima (la cuestión social, en sus diversas manifestaciones), de instrumentos de trabajo (bases teórico metodológicas) y la orientación a un fin.

La condición asalariada del Trabajo Social, entonces, implica la incorporación de parámetros institucionales y laborales que regulan las relaciones de trabajo, estableciendo las condiciones en que ese trabajo se realiza. En este sentido, los trabajadores sociales, no poseen todos los medios para realizar su trabajo, ya que al vender su fuerza de trabajo disponen de cierta autonomía relativa, la cual está condicionada, por las instituciones u organizaciones para las cuales trabaja, por la política social, por el modelo de Estado que la enmarca y bajo un sistema capitalista, que a su vez genera la materia prima de su trabajo, la cuestión social.

Los profesionales, de esta manera y retomando el marco institucional de este escrito, junto con otros trabajadores, en el marco del Estado capitalista, brindan un servicio público de Salud; se encuentran con otros y a la vez que reproducen, producen nuevas lógicas de dominación y resistencia, de relaciones sociales.

“Los asistentes sociales trabajan con la cuestión social en sus más variadas expresiones cotidianas, tal como son vividas por los individuos en el trabajo, en la familia, en el área de vivienda, en la salud, en la asistencia pública, etc. Cuestión social que, siendo desigualdad también es rebeldía, por involucrar sujetos que viven las desigualdades, que las resisten y a ellas se oponen. En esta tensión entre producción de la desigualdad y producción de la rebeldía y de la resistencia, trabajan los asistentes sociales situados en ese terreno movidos por intereses sociales distintos, de los cuales no es posible abstraerse ni huir, porque constituyen la vida en sociedad.” (Iamamoto, 1998: 42)

Repensando la Intervención en el Ámbito Hospitalario

Ubicándonos nuevamente en el HECA, y tomando las reflexiones precedentes en relación al sobre qué de la intervención profesional, se puede afirmar que el Servicio de Trabajo Social, al ser generalmente interconsultado, interviene a partir de una demanda institucional marcada por la perspectiva de otros actores del Efecto, y responde a la misma profesionalmente, condicionada por las dinámicas instituidas y normativizadas que organizan su trabajo.

La distancia entre la demanda inicial que recepciona el Servicio de Trabajo Social, y el problema de intervención, requiere no solo de un sólido apoyo teórico-metodológico, sino también de una actitud crítica frente a las prácticas institucionales.

De este primer acercamiento, y construcción del problema de intervención, dependerán las estrategias y los modos a partir de los cuales nos disponemos a abordar las situaciones problemáticas.

Al respecto, Susana Castro (2013) sostiene que es necesario hacer hincapié en “...*la necesidad de practicar el ejercicio cotidiano de desarmar y problematizar ciertas construcciones naturalizadas en la práctica profesional, como parte de un posicionamiento que “permita habitar las instituciones, apropiárselas prácticamente y de este modo, mantenerlas activas, vivas....” (Bourdieu, 1991: 99) habilitando incluso nuevas formas de institucionalidad.*”

En este sentido, y en el marco de los objetivos propuestos, interesa retomar las categorías elegidas para interpelar los procesos de intervención del Servicio de Trabajo Social del HECA, Salud, Sujeto/Cuerpo, y Temporalidad.

Estas categorías, entrelazadas y complejas, se expresan en el ejercicio cotidiano de la profesión en el Hospital, en términos de tensión y conflicto. A partir de disputas entre abordajes de las situaciones problemáticas desde dinámicas y nociones que aluden a una hegemonía médica, biologicista, donde el Trabajo Social tiene un rol auxiliar, y perspectivas de Salud Integral que complejizan los abordajes e incluyen otros saberes, instituciones y respuestas posibles; entre una objetivación de la persona internada, en tanto cuerpo enfermo, síntoma, y una escucha activa de sus deseos, su trayectoria, teniendo en cuenta sus atravesamientos en tanto corporalidad, y su participación activa en los procesos de recuperación e intervención; y entre un accionar profesional rutinizado respondiendo en la urgencia demandada por otros actores, y un quehacer que implique un detenimiento para pensar, argumentar teórica y metodológicamente, construir estrategias y problematizar las prácticas inmediatistas.

En el marco de estas tensiones, Trabajo Social en el Hospital se mueve estratégicamente, junto a otros actores institucionales, en términos de conflicto pero también

de cooperación, con el objetivo (o rol) de aportar a la construcción de un proyecto de salud de la persona que lo requiere.

Esto refiere a la dimensión de la singularidad de su quehacer cotidiano, “... *eso significa en la dimensión de derecho que tiene la persona, en la negociación de los actores institucionales, en torcer si requiere más tiempo o no la internación, en la necesidad de articulación con otros actores interinstitucionales si la situación lo amerita, en la intervención con el grupo familiar de apoyo si la situación lo amerita, en la articulación con el efector de referencia territorial para su regreso al barrio, en la construcción de una referencia si no hubiera construida esa referencia; a grandes rasgos uno la piensa en esa línea a la intervención obviamente después con las características que pueda tener cada situación.*” (Entrevista 2⁷)

A su vez, Trabajo Social, aporta con su saber específico en el Efector, desde una dimensión colectiva, con acciones que acompañen y construyan espacios de salud colectivos que apunten a potenciar capacidades de lucha y resistencia, en pos de la generación de sujetos políticos colectivos.

En base a estas consideraciones, y en lo que refiere al lugar que ocupa el Trabajo Social en el abordaje de procesos de salud-enfermedad-cuidado, se entiende que nuestro quehacer profesional implica siempre un posicionamiento ético político. Para ampliar en esta dirección, retomando a Cazzaniga (2002), se puede afirmar que la finalidad del Trabajo Social reconoce la dignidad humana desde sus inicios, pero el contenido de este valor no es el mismo con el paso del tiempo. En estas definiciones es donde se manifiesta la cuestión ética de los trabajadores, en darle contenido a esos valores, reconociendo por qué hay poblaciones con necesidades de asistencia y reconocimiento de Derechos.

“...y es en este plano que cobra importancia la actitud profesional desplegando todos nuestros saberes y la dimensión política para reconocer y dar lugar a los “otros”, el derecho a ejercer derechos, así como defender nuestros propios derechos como trabajadores.” (Cazzaniga, 2002:4)

⁷ Entrevista realizada en el marco del presente trabajo a integrante del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Leer las intervenciones en términos de proceso y construcción estratégica, permiten de esta manera, situar y reconocer a los trabajadores de la Salud, como sujetos socio-históricos y de Derechos.

De esta manera, “...*la profesión trabaja con los derechos en dos planos: en su comprensión y práctica (accesibilidad a los derechos) y en su efectividad a través del avance en las definiciones jurídicas y en el desarrollo institucional que modifique el modo y la concepción con las que se enfrentan las respuestas a la cuestión social.*” (Rozas Pagaza, 2014: 115)

Acerca de Límites y Posibilitadores

Ambas dimensiones de la intervención profesional, la de la singularidad como la colectiva, implican en su ejercicio cotidiano reconocer la complejidad que caracteriza las problemáticas sociales actuales, en tanto manifestaciones de la cuestión social, a las que ubica como su objeto de trabajo.

“La actual cuestión social se reinscribe en el análisis de la desigualdad, cuyas manifestaciones como la desocupación, la exclusión, la persistencia de la marginalidad y la pobreza constituyen hechos estructurales.” (Rozas Pagaza, 2014: 110)

En este escenario, marcado por nuevas formas de pobreza y de exclusión social, se interpela a la intervención en sus dimensiones, a asumir y abordar esta complejidad. Como se mencionó anteriormente, la intervención del Servicio de Trabajo Social se enmarca en un proceso de trabajo, y se encuentra con algunas limitaciones institucionales que condicionan su quehacer cotidiano; pero también, en el Hospital el Servicio dispone de cierta autonomía relativa, en donde puede apoyarse estratégicamente, en algunos ejes posibilitadores de otras prácticas y abordajes.

Se plantean como ejes posibilitadores, en tanto aportan en la práctica, a la construcción de una perspectiva de Salud Integral, de la noción de un Sujeto activo, de derecho, y una Corporalidad comprendida en sus diferentes dimensiones y atravesamientos, y

una Temporalidad que permita reflexionar sobre el hacer, que posibilite hacer una pausa en pos de garantizar un proceso de intervención fundamentado, en los abordajes de las situaciones de salud-enfermedad-cuidado.

En cuanto a las limitaciones se destaca la cuestión de los **recursos humanos**, siendo realmente pocas profesionales en el Servicio para cubrir la demanda institucional, y de **presupuesto**, por ejemplo en relación a la problemática de la comida/vianda para el acompañante de la persona internada; otra dificultad es la **persistencia del MMH**, aludiendo a una política de salud con un significado más abstracto que concreto.

Es pertinente resaltar también una de las limitaciones de las instituciones hospitalarias que está íntimamente ligada con lo que aquí se considera un eje de trabajo imprescindible en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-cuidado de manera integral, la interdisciplina; este obstáculo es la **organización interna de los hospitales**, en la división por servicios, la superespecialización, esto perpetúa la fragmentación de las lecturas, de las intervenciones. Así como también interesa mencionar la característica específica del HECA, ser el único efector de la ciudad de Rosario que atiende urgencias y emergencias; de esto desprende el objetivo y la misión institucional, y establece los tiempos de internación, recuperación, intervención, etc.

“...hay una cuestión ya propia de la categoría que tiene este hospital que lo hace diferente, por ende, los procesos tienen que ir acompañando lo esta caracterización, y a veces me parece que también por la historia y los modelos que moldearon en un principio las instituciones de salud; justamente es la lucha cotidiana por no deshumanizar estos procesos de trabajo, que si bien tienen un tiempo específico en relación a los cuidados que requiere una persona que después se puede evaluar la posibilidad de que cambie de efector o la externación, ahí hay una tensión, en relación a que estos procesos entren en una dinámica en que se contemple también los tiempos y las necesidades no solamente del paciente sino también del grupo familiar que lo pueda estar acompañando, de la mejor manera posible.”
(Entrevista 2)

A partir de lo antedicho, se entiende que la **interdisciplina** se constituye como una herramienta necesaria para intervenir en lo social en la actualidad; así como también es el

abordaje interdisciplinario, un eje a profundizar y construir en las instituciones hospitalarias, el HECA en este caso.

“Se trata de un cambio de lógica, de un tránsito que va desde el autoconcepto profesional de “experto”, hacia la apertura cognitiva fundada en la convicción de que el conocimiento que se porta es incompleto y que se necesita la mirada de otros para realizar un mejor y más efectivo proceso de intervención social. El diálogo interdisciplinar podría ser considerado entonces un horizonte...” (Muñoz Arce, 2011: 99)

Se puede ampliar, en este sentido, problematizando la cuestión de la especificidad profesional del Trabajo Social, en términos de búsqueda de legitimación y jerarquía, en un espacio de trabajo en el que confluyen distintas disciplinas. Al respecto, Carlos Montaña (2000) sostiene que esta búsqueda, tiene como base la racionalidad positivista, en la que surgen y se desarrollan las ciencias sociales como disciplinas que reparten entre sí el conocimiento (fragmentado) de la realidad parcializada, y la intervención como manipulación de variables de esa realidad. Entonces, para el autor, no hay una especificidad del Trabajo Social, sino características que le conceden cierta identidad, cierta cultura profesional, y afirma que estas son históricas y por ende dinámicas.

En relación con esto, otro eje para repensar y construir, es la conformación de **equipos de salud**, en la medida de lo que las organizaciones internas actuales del Hospital permitan, aunque con la intención de institucionalizar abordajes interdisciplinarios. Cabe señalar que, el Servicio de Trabajo Social en términos de grupo de profesionales, en el transcurso de mi práctica profesional, no implicaba necesariamente una constitución de equipo de trabajo; no había encuentros de equipo para problematizar el hacer, criterios en común de las mismas actividades, respaldo de equipo en situaciones que se requería, etc. Se entiende que esta situación en la actualidad se ha modificado, y el Servicio de Trabajo Social se encuentra en un proceso de construcción de ese equipo de trabajo disciplinar.

“...venimos en un posicionamiento profesional diferente, venimos sostenidas, en un marco de mucho trabajo codo a codo, parejo, elevado. (...) No dejamos de tener nuestras diferencias, sabemos que la colega es diferente, tiene un posicionamiento distinto frente a un tema, yo tengo otro y nos respetamos y armonizamos y podemos trabajar...” (Entrevista 1)

Se evidencia que este proceso es gradual y dinámico, y se destacan los espacios de retrabajo para fortalecer en esta línea, estos no existían en el Servicio de Trabajo Social, y en la actualidad se ha establecido un encuentro semanal.

“Si, venimos a este lugar que es el oratorio, que es un lugar amplio espacioso que permite mantener distancia y acá tenemos las reuniones de servicio una vez a la semana donde vamos trabajando situaciones y problemáticas y cuestiones que van apareciendo en el efector; y también estamos trabajando intentando introducir la línea de la capacitación nuestra propia, para fortalecer también desde la perspectiva teórica la práctica profesional.”
(Entrevista 1)

Respecto a la construcción de equipos de salud en el Hospital, en la actualidad se pueden ver algunos bocetos, o intentos de generar un vínculo entre servicios desde esta perspectiva. Una experiencia, que comenzó en el año 2011, es el pase de sala con neurocirugía, espacio abierto por estudiantes de Trabajo Social realizando sus prácticas, integrado por Traumatología, Salud Mental, Trabajo Social y Neurocirugía. Este consiste en un encuentro semanal en las salas de internación donde se hace un repaso de los pacientes que tienen los Servicios en común, y se prevén acciones a tomar de cada disciplina.

Si bien la construcción de un espacio y tiempo de diálogo y encuentro entre disciplinas es un avance en la línea que se viene trabajando, este mismo no implica mecánicamente un trabajo interdisciplinario, en la medida que por momentos constituye un reporte de “caso por caso”, y una especie de derivación o interconsulta “cara a cara” del Servicio de Neurocirugía.

En relación a esto, Cazzaniga afirma que *“...no es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social...”* (Cazzaniga, 2002)

En este sentido, el abordaje interdisciplinario y la construcción de equipos de salud, es un horizonte a construir, y la noción de “*matricialidad*” puede aportar en este camino. Se entiende por esta, el diseño de un soporte desde la interdisciplinariedad que aporte a la

construcción del problema entre varias miradas y saberes; es un intento de organización diferente para el trabajo en salud.

Según Sousa Campos (1998) *“...el apoyo matricial en salud tiene por objetivo asegurar un respaldo especializado a profesionales y equipos responsables de la atención en el ámbito de salud. Se lo define como una metodología de trabajo complementaria.”*

El autor hace referencia que el apoyo matricial “amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los proyectos terapéuticos” los cuales requieren tiempo de planificación conjunta, este aspecto es central para poder poner en cuestión el entramado de relaciones y sus lógicas, desnaturalizando y desagregando lo cotidiano y expuesto como dado.

“De esta manera, lxs equipos que trabajan con apoyo matricial obedecen a una composición multiprofesional, variable, conforme a las circunstancias: dependiendo de si se está trabajando en atención primaria, hospital, o especialidades, etc.; las características del territorio y la disponibilidad de recursos” (Sousa Campos,1998).

Se destaca además, como posibilitador de abordajes integrales de salud, el eje del **trabajo interinstitucional e intersectorial**; es en esta línea que el Servicio de Trabajo Social toma protagonismo, al ser quien articula en los procesos de intervención con otros actores de otras instituciones.

“...Trabajo Social en el HECA es un actor interesante a la hora de pensar las articulaciones con los otros actores de la red; pasa mucho por Trabajo Social, la articulación con el centro de salud, con el equipo referente, si hay que convocar a una reunión interinstitucional para que haya más actores para analizar la situación, es el que arma estratégicamente a quienes convocar, porque tenemos esa mirada de los recursos, de las otras áreas e instituciones y entonces también los ponemos a jugar a la hora de pensar el abordaje de la situación, entonces, me parece que es estratégico en ese punto.” (Entrevista 2)

En esta línea, el Servicio ha sido un actor fundamental dentro del Hospital para pensar y articular interinstitucionalmente, sin embargo, en las respuestas inmediatistas a la demanda institucional, y, con los escasos recursos humanos para afrontar la misma, el trabajo

territorial con otras instituciones, no se constituía un eje cotidiano de trabajo. Actualmente el equipo tiene una mirada distinta en relación a esto.

“...junto con el equipo de salud también trabajamos mucho con el espacio territorial; hemos hecho un giro en esto, hemos reforzado mucho el laburo territorial; salimos con nuestros colegas de centros de salud a hacer visitas, tomamos situaciones en conjunto, tenemos reuniones con los equipos de los centros de salud, esto hace de la dinámica del servicio, le ha dado un giro, hoy por hoy tenemos una relación mucho más cercana con los centros de primer nivel y de segundo nivel también. (...) También estamos teniendo mucha salida y mucho encuentro con otras áreas, desarrollo humano, encuentro en la medida que el Covid te permite...” (Entrevista 1)

Como se mencionó en el capítulo precedente, **problematizar los instrumentos de registro institucionales**, posibilita, habilita otras lecturas, en la medida que reflejen la voz y deseos de los sujetos, y den cuenta de sus complejidades y trayectorias; se destaca la técnica de la **entrevista**, nuevamente, en tanto herramienta fundamental para ahondar en los relatos de las personas, reconstruir con ellas su historicidad, y elaborar estrategias a partir de esa escucha y ese diálogo.

Esto refiere a la incorporación de la mirada del sujeto en el armado del proceso de intervención, y del proyecto terapéutico singular; entendiendo que cada persona tiene su propia historia y su propia construcción del problema y de sus padecimientos.

En lo que refiere a la **urgencia** como condicionante de la intervención profesional del Servicio, el equipo entiende que la urgencia es médica, y se acompaña ese proceso en el marco y al ritmo que la situación particular amerite; este posicionamiento del Servicio de Trabajo Social implica un análisis de la misión y el encuadre institucional pero escapa de los determinismos rígidos que la estructura comprende para pensarse dinámico, y ejercer la autonomía relativa que comprende su trabajo.

“...ninguna de las que conformamos el servicio vamos a ir a hacer por el hacer mismo, vamos a tener siempre un criterio, un fundamento, un argumento desde el Trabajo Social de por qué hacerlo; y hay procesos que los vamos a acompañar fuertemente y hay procesos donde vamos a esperar un poco y vamos a justificar por qué vamos a esperar un poco ese proceso. Ha pasado en situaciones donde gracias a hacer una pausa en la

intervención habilitamos una presencia familiar, por no hacer las cosas apuradas, tranquilas, esperando, viendo, haciendo un llamado telefónico, han surgido cosas desde lo familiar, a veces es importante tener una mirada más pausada...” (Entrevista 1)

Interesa resaltar este aspecto, también al problematizar la “subjetividad heroica” que menciona Elena De la Aldea (2004); esta funciona como un recurso sobre el que se sostiene le profesional, un modo específico de situarse ante un problema.

“Para la subjetividad heroica, los problemas se presentan de un modo tal que urge una resolución. Y además, el héroe sabe cómo se debe resolver esa urgencia,, monta su discurso en la urgencia: no hay tiempo para pensar, hay que actuar ya -es preciso apagar el incendio-. La subjetividad heroica siempre tiene que llegar a tiempo. Y en ese ir de urgencia en urgencia no deja tiempo para reflexionar, planificar o programar.” (De la Aldea, 2004: 4)

En este sentido, y cerrando estas reflexiones, el Servicio de Trabajo Social del HECA se encuentra en un momento de repensarse, de problematizar viejas dinámicas rutinizadas, de constitución de un equipo de trabajo, de afirmación de posicionamientos ético-políticos y teórico-ideológicos. En las entrevistas que se realizaron en el marco de este escrito, se indagó acerca de los desafíos del Trabajo Social en el Hospital, y más allá de las respuestas específicas en términos de cuáles son estos, se destaca principalmente la idea de lo inacabado, de lo pendiente, de un proceso en construcción y un horizonte a delimitar.

Reflexiones Finales

No podría llamar este apartado “conclusiones”; el paso por el Hospital y la concreción del presente escrito movilizó algunas categóricas determinaciones teóricas, y a su vez permeó en construcciones subjetivas individuales. Preguntas y más preguntas en diversas direcciones se me aparecieron en este transcurso, que me invitan a seguir leyendo y problematizando los procesos de salud-enfermedad-cuidado, las estrategias de abordaje y de trabajo en equipo en instituciones tan protocolares y rígidas.

En el espacio de devolución al centro de práctica pudimos concluir en que la institución se torna intimidante para les estudiantes, no solo por la dolencia explícita en las situaciones de salud con las que se convive, sino, por la cantidad de personas trabajando en la misma y la poca posibilidad de generar un aliado ante tantas jerarquías y disputas por el reconocimiento de un saber/poder. A su vez, se destacan expresiones de compañerismo en el trayecto de la práctica, con Tegan, Verónica, Valeria, Emiliano, Cecilia; con quienes, mediante la palabra habilitada y la pregunta abierta, fuimos visibilizando las contradicciones que surgían. Dándole lugar a la incomodidad para con el quehacer profesional demandado, y a ampliar los espacios y escondites donde sembrar una práctica sensible y pensada, en pos de los derechos de las personas.

“Al final fuimos nosotres quien ingresamos por la guardia, para no ser nunca más les mismos. Una catástrofe es la vida misma. A medida que veíamos modificar cuerpos internados, repercutían de alguna manera en nuestros cuerpos, aunque no nos dábamos cuenta. Pudimos ver y transitar situaciones y momentos disruptivos en la vida de las personas. Sobre los cuales pensamos diferentes intervenciones, y estas, también nos intervinieron. El tránsito nos implicó sensaciones, emociones, reflexiones, a veces risas y a veces llanto en lo senti/pensante, por eso fue tan necesario el espacio reflexivo por fuera y colectivo; no ser cuerpos máquina.” (fragmento de la exposición del examen final de Práctica Profesional II)

El quehacer profesional en el marco de la urgencia, demandada o no, implica un ritmo de trabajo por momentos alienante; en el Hospital conviven cuerpos a destiempo, en tanto personas atravesando momentos disruptivos en sus vidas, sometiéndose a intervenciones

diversas con sus diversos tiempos normativizados, y en tanto trabajadores respondiendo a demandas sumergidas en lógicas médico hegemónicas, pretendiendo ritmos que desestiman procesos de problematización complejos necesarios para el abordaje de las situaciones.

“La intervención se sale de los mandatos fundacionales esperados desde la institución en tanto hace visible lo que la injusticia oculta, lo logra en la medida que pueda <decir> con otra gramática, con otro orden “alterando el establecido” transformado lo dicho abriendo, construyendo la apertura de nuevos espacios para el hacer.” (Carballeda, 2016: 5)

Dar lugar entonces a la reflexión, al sentir, a la escucha de nuestros registros presentes en nuestra corporalidad también, contribuyen a un cuidado de nosotres en tanto trabajadores y a un accionar profesional responsable y fundamentado. Interesa destacar entonces, que si bien es necesaria la pausa, la reflexión, la escucha, esto se sostiene en una acción; no implica un rol pasivo del Trabajo Social en el Hospital, por el contrario, el análisis crítico del quehacer, de la demanda presentada, de los circuitos establecidos, del campo específico de intervención, del posicionamiento de los distintos actores institucionales, es necesario para que la profesión se fundamente en las instituciones desde un rol propositivo, no solo ejecutor.

En este sentido, teniendo en cuenta los procesos históricos de medicalización, no solo de las instituciones hospitalarias, sino de la vida cotidiana también, el Trabajo Social en tanto no se habilite espacios colectivos de problematización de su accionar, deviene en “paciente” del saber-poder médico, e impregna del paradigma biologicista sus lecturas e intervenciones.

Se muestra relevante entonces, problematizar un rol profesional pasivo, técnico y mero reproductor de la lógica institucional, para construir, junto a otros, un profesional crítico que habilite la incomodidad para tomar posicionamiento activo en la construcción de perspectivas integrales de atención a la salud, de prácticas humanizadas y de democratización de los vínculos de los equipos en salud.

“Intervenir es intentar reinscribir los textos y guiones que se presentan como inamovibles, expresando una escena, marcada por el determinismo naturalista, donde los caminos de lo necesario se muestran como lo imposible.” (Carballeda, 2016: 6)

Si partimos de entender la Salud desde una perspectiva Integral, todas y diversas disciplinas o saberes aportan a la construcción de estados de vida más saludables, en tanto

aportan a la conexión con aquello que las personas consideran vital, y con modos de producir y reproducir la vida en sociedad de una forma saludable. Esto habilita a pensar otras intervenciones, ampliar las posibilidades de acción, en tanto prácticas creativas, que bajo el Enfoque de Derechos, direccionen el ejercicio del Trabajo Social en la consecución de un proyecto profesional crítico con perspectivas emancipatorias, al servicio de los pueblos en lucha; que es nuestra lucha también, por nuevos horizontes, donde todo sea un poco más justo, un poco más humano.

BIBLIOGRAFÍA

Amelotti F, Burgo Gonzalez S, Fernandez Ventura N, y otros (2012) “Trayectoria del Servicio Social en el Hospital Pirovano”. Revista Margen, N° 66.

Angeloni, Yanina. (2015) “Sujetos silenciados en el ámbito hospitalario. Propuesta desde un enfoque narrativo”. Revista Margen, N° 78.

Arancibia, L y Caceres, G (2011) “La Reflexividad como dispositivo crítico del Trabajo Social”. Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones e Intervención Social. Vol.2, N°3.

Baremblytt, Gregorio (1996) “Compendio de Análisis Institucional”. 3era Edición, Rosa de los Tiempos. Rio de Janeiro.

Bourdieu, P., Wacquant, L (2005) “Una invitación a la Sociología reflexiva”. Siglo XXI Editores. Buenos Aires, Argentina.

Brovelli, Karina (2011) “...Al andar se hace camino...”. Editorial Margen N°62.

Campana, Melisa (2009) “Los usos de Foucault en la formación de Trabajo Social”. Revista Cátedra Paralela, N°6.

Campana, Melisa y Lamanuzzi Romina (2009) “Dudas y certezas acerca de la intervención profesional”

Carballeda, Alfredo (1993) “Positivismo y Salud”. Editorial Margen N°2.

Carballeda, Alfredo (1994) “Génesis del discurso de la acción social y la medicalización de la vida cotidiana”. Editorial Margen N°5.

Carballeda, Alfredo (2008) “Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto”. PAIDOS. Buenos Aires.

Carballeda, Alfredo (2012) “La intervención en lo social. Exclusión e Integración en los nuevos escenarios sociales”. PAIDOS. Buenos Aires.

Carballeda, Alfredo (2013) “La intervención en lo social desde una perspectiva americana. Algunos aportes de Enrique Dussel y Rodolfo Kusch”. Editorial Margen N°70.

Carballeda, Alfredo (2016) “El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social”. Editorial Margen N°82.

Carballeda, Alfredo (2016) “La Intervención en lo Social entre la coerción y la libertad”. Editorial Margen N°80.

Carballeda, A y Barberena, M. (2015) “Trabajo Social, Política Social y salud”. Consulta: Jueves, 14 de Mayo de 2015 Disponible en:

http://trabajosocial.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/25258/mod_folder/content/0/Trabajo_Social_Salud_Carballeda.doc?forcedownload=1

Carballeda, Alfredo (2019) “Lo Social y las nuevas corporalidades. Una mirada desde la Intervención”. Editorial Margen N°94.

Castro, Susana (2013) “La construcción del problema en Trabajo Social”. En Revista Debate Público Año 3, N° 6. Miradas sobre la intervención.

Cazzaniga, Susana (1999). “El Abordaje desde la Singularidad”. Revista Desde el Fondo. Fac de Trabajo Social, UNER.

Cazzaniga, Susana (2002). “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. Editorial Margen. N° 27.

Cervini, A., Cunzolo, V. (2012) “El lenguaje del cuerpo entre el entramado insitucional y la violencia estructural”. Editorial Margen N°66.

De La Aldea, E., Lewkowicz, I. (2004) “La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud”. Disponible en línea en: https://lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_laaldea.pdf

De Marco, Patricia (1993) “Lo social y el lenguaje del cuerpo”. Editorial Margen N°2.

Decreto 522/13: “Salud Pública: Conceptos Básicos y Generales”. Junta de Escalafonamiento. Ministerio de Salud – Santa Fe. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/233766/1221961>

Elias, María Felicitas (1999). “Derechos Humanos, Salud y Trabajo Social”. En Jornadas sobre salud y trabajo social. Centro Regional Gral. Sarmiento- UNLU.

Escolar, Cora (2010) “Institución, Implicación, Intervención. Revisando y revisitando las categorías del Análisis Institucional”. En Revista Acciones e investigaciones sociales N° 28. Universidad de Zaragoza: Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

Fernández, Ana María (1985) “Lo grupal”. Editorial Búsquedas. Selección. Buenos Aires, Argentina.

Fernández, Ana María (1992) “Masa, grupos e instituciones” en de Brasi (comp) Tiempo histórico y Campo Grupal. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Fernandez Vecchio, M y otros (2012) “La actuación Profesional del Trabajo Social en el Servicio de Urgencias del Hospital P. Piñero”. En: Intervenciones de Trabajo Social en el Área de la Salud. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Floreál Ferrara, (2008). “La salud es la solución del conflicto”. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>

Foucault, Michel (1974) “Historia de la Medicalización”. Segunda conferencia dictada en el curso de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

Foucault, Michel (1974) “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”. Tercera conferencia dictada en el curso de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

Foucault, Michel (1976) “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. Educación médica y salud.

Fraser, Nancy (2018). “Las contradicciones del capital y los cuidados”. Nueva Revista Socialista, N°5, P.49-69, Buenos Aires: Centro de Estudios Municipales y Provinciales-CEMUPRO. Disponible en:

<https://nuevarevistasocialista.com/portfolio/las-contradicciones-del-capital-y-los-cuidados/>

García Fanlo, Luis. (2011) “¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben”. Madrid: A Parte Rei 74.

Gianna, Sergio (2011) “Vida Cotidiana y Trabajo Social; límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional”. Revista Cátedra Paralela. N° 8.

Hernández, Antonio María. “Reflexiones constitucionales sobre el derecho a la salud”. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba.

Iamamoto, Marilda (1998) “El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional”. Cortez Editora. Sao Paulo.

La Valle, Ricardo (2014) “Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias. Parte I”. Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Laurell, Asa Cristina (1986) “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. En Cuadernos Médicos Sociales N° 37.

Laurell, Asa Cristina (1982) “La salud-enfermedad como proceso social”. En Cuadernos Médicos Sociales N° 19.

Le Bretón, David (2006) “Antropología del cuerpo y modernidad”. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

Madeira, Fernandez Vecchio, Grondona, y otros (2011) “El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el Hospital P. Piñero”. Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Miradas sobre la intervención. Año 1 - Nro. 2.

Menéndez, Eduardo (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

Menéndez, Eduardo (2008). “Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible”. En *Digital Repository, University of New Mexico*. Disponible en: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/220

Montaño, Carlos (2000) “La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”. Biblioteca latinoamericana de servicio social. Sao Paulo.

Muñoz, Gianinna. (2011) “Contrapuntos Epistemológicos para Intervenir lo Social; ¿Cómo impulsar un diálogo interdisciplinar?”. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/40/munoz.pdf>

Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., y Miani, A. (2018). “La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública”. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, Vol 1 nro 2.

Peralta, Marcos (2014) “Hacia la construcción de procesos poéticos y políticos desde cuerpos con-movidos”. *Sujetos Prácticas y Políticas*. Editorial Fundación La Hendija. Paraná Entre Ríos.

Peralta, Marcos (2018) “Cuero(s), micropolítica y género en Trabajo Social. Reflexiones corporizadas de experiencias profesionales”. Editorial Fundación La Hendija. Paraná Entre Ríos.

Rosacher, María Cecilia (2015) “Así como nos miran, ¿nosotros nos miramos?”. Editorial Margen n°78.

Rosas, Claudia (2005) “Escribir las ciencias sociales: de la referencialidad a la ficcionalización”. En Cuadernillo temático Desde el Fondo N° 37.

Rozas Pagazza, Margarita (2001) “La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social”. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Rozas Pagazza, Margarita (2015) “Reinscribir la relación de la intervención profesional en trabajo social, la cuestión social y las políticas sociales”. *Tendencias Retos*. Vol 20, Nro 1.

Sanchez, Inés Silvina (2015) “La práctica del trabajo social en salud: medicalización o reivindicación de derechos. El caso de siete hospitales públicos en la ciudad de La Plata”. UNLP, Doctorado en Trabajo Social.

Santore, Marta (1993) “Acerca de la diferencia ¿Salud? ¿Enfermedad?”. Editorial Margen N°3.

Spataro, Ma. Graciela (2008) “La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social”. En *Revista MARGEN*, N° 51.

Spinelli, Hugo (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires.

Stolkiner, Alicia y Ardila Gómez, Sara (2012) “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”. Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*.

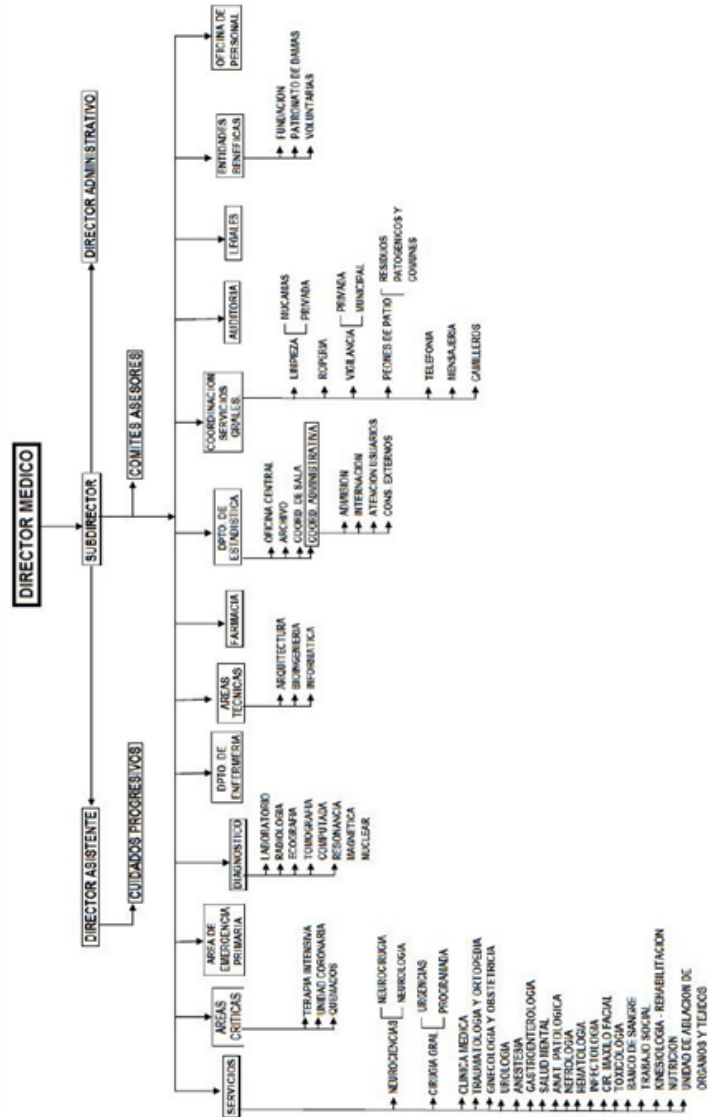
Suarez Manrique, P, Labra, V y Piñones, F. (2019) “La corporalidad transgresora en Trabajo Social”. Editorial Margen N° 92.

Ugalde, Antonio y Homedes, Núria (2007) “América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales”. *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires.

ANEXOS

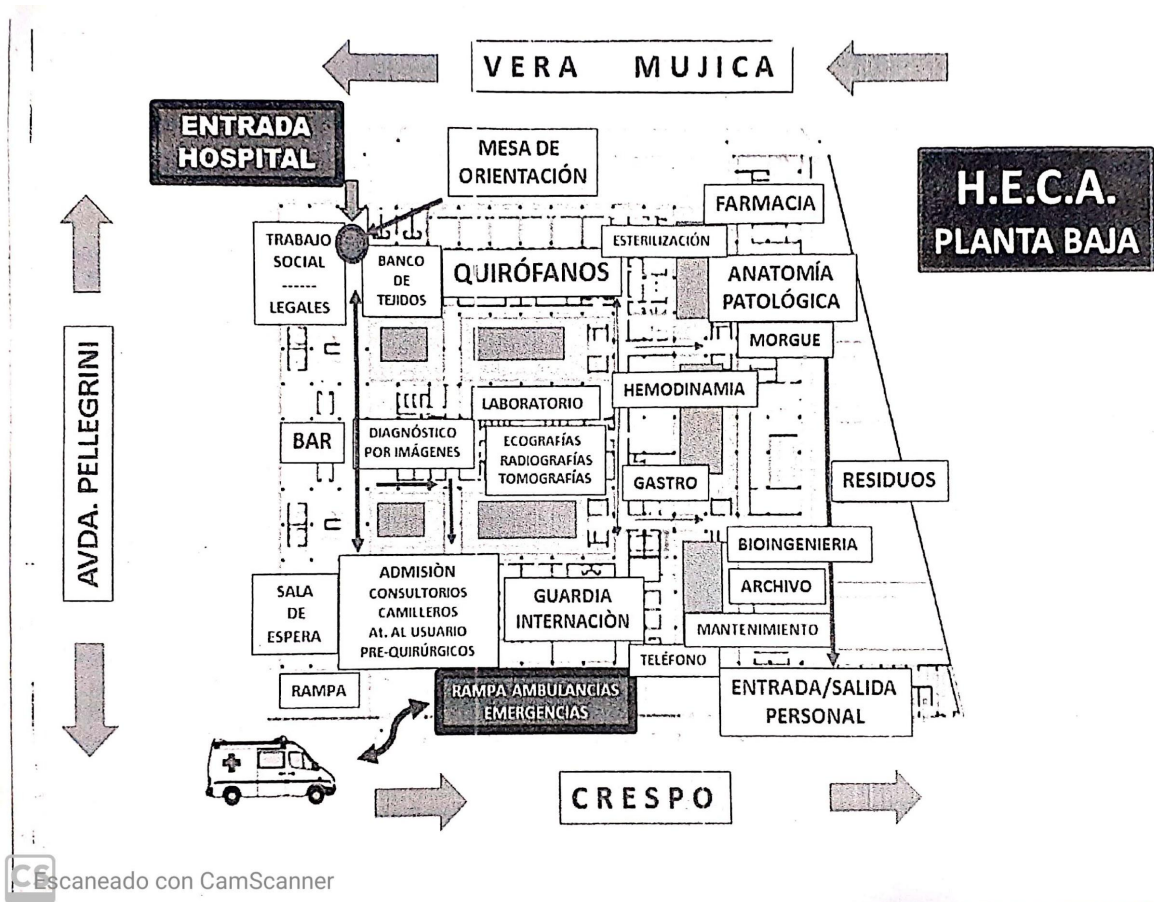
ANEXO 1

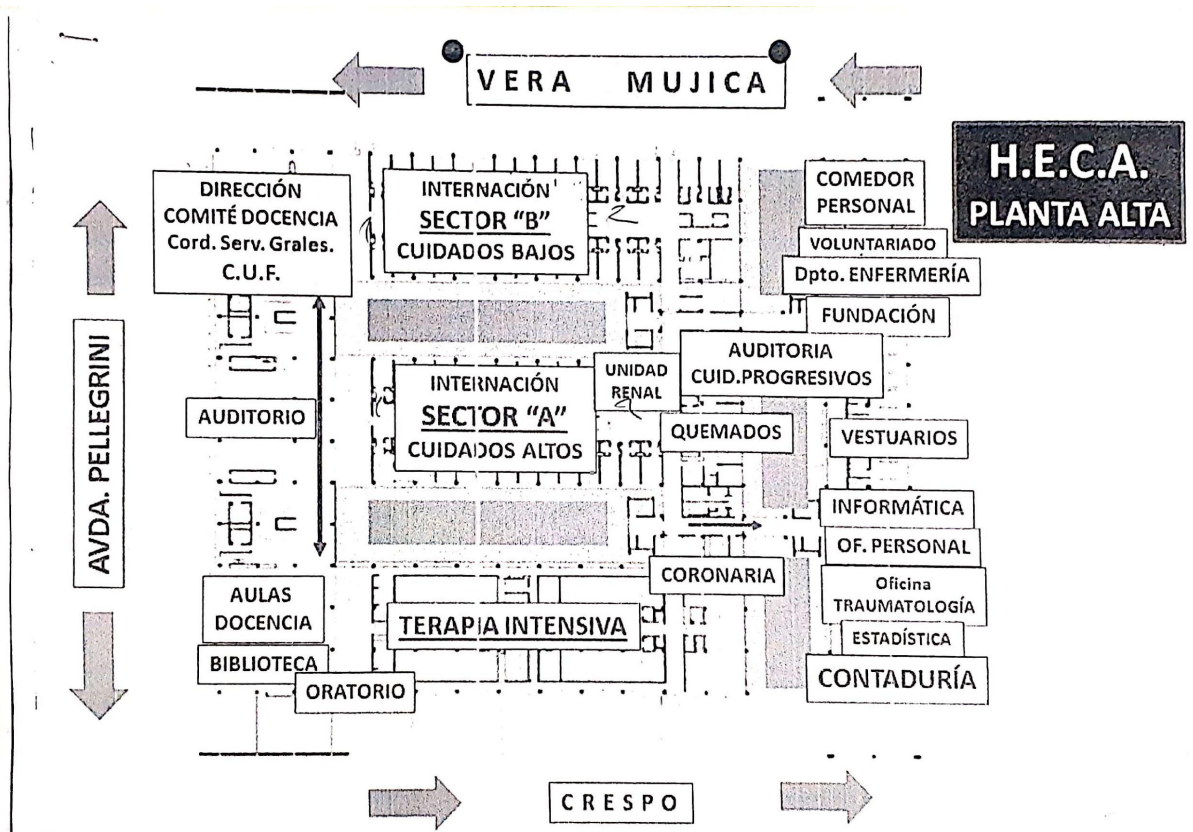
Organigrama HECA



ANEXO 2

Mapa HECA





Escaneado con CamScanner

ANEXO 3

Informe Social del Servicio de Trabajo Social

Informe Social

Departamento de Trabajo Social
H.E.C.A.

Secretaría de Salud Pública **municipalidad de Rosario**

Fecha _____

Ficha Social _____

Nº de H. C. _____

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Sec. _____

Doc. de Identidad _____ Tel. _____

Estado civil _____ Sexo _____ Edad _____

Grado de Instrucción _____

Situación ocupacional _____ Oficio _____

Cobertura Social _____

MOTIVO DE INTERVENCION

CONSTITUCION FAMILIAR

Vinculo	Apellido y Nombre	E.	E. C.	Inst.	Ocupación

VIVIENDA

Tipo	Ocupación	Tenencia

Nº Habitación	Inst. Sanitarias	Agua	Luz	Observaciones

Lugar de procedencia _____

Tiempo de residencia en Rosario _____

Persona de referencia _____

Tel. _____

SSP 164

ANEXO 4

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

→ SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DEL HECA

1. ¿Te podrías presentar? ¿Quién sos y cual es tu inserción profesional? ¿Desde cuándo?
2. ¿Cómo se constituye actualmente el servicio de trabajo social del HECA?
3. ¿Hay una conformación de equipo?
¿Tienen espacios de retrabajo?
4. ¿Cómo se organiza el trabajo al interior del servicio?
5. ¿Cuáles son los instrumentos de registro utilizados?
6. ¿Qué problemáticas sociales se evidencian en la institución?
7. ¿Cómo llega la demanda al servicio de trabajo social?
8. ¿Cuáles son los motivos de consulta al servicio de trabajo social?
9. ¿Cuáles son los ejes (o líneas) de la intervención profesional del trabajo social en el heca?
10. ¿Cómo se manifiesta la interinstitucionalidad en las intervenciones?
En estos movimientos que estuvieron haciendo de repensar el servicio, ¿han encontrado resistencias?
11. ¿Crees que persiste la idea del Trabajo Social como auxiliar médico en el hospital?
12. ¿Dicha intervención se ve condicionada por la emergencia? ¿Cómo?
13. ¿Cuáles son para vos los componentes fundamentales que integran la noción de salud?
14. ¿Cuáles crees que son los desafíos del Trabajo Social en el hospital?

→ DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DE LA SEC DE SALUD PÚBLICA

1. ¿Te podrías presentar? ¿Quién sos y cual es tu inserción profesional? ¿Desde cuándo?
2. En relación a los otros espacios institucionales de la secretaría, ¿Hay particularidades que se ven desde el departamento para la intervención de Trabajo Social en el HECA?
¿Cuáles?
3. ¿Cuál es el marco normativo del Trabajo Social en el hospital?
4. ¿Cuál crees que es el rol del Trabajo Social en un hospital de alta complejidad?
5. ¿Cómo interactúa el Trabajo Social con la emergencia en el hospital?
6. ¿Crees que persiste la idea del Trabajo Social como auxiliar médico en el hospital?
7. ¿Cómo articula el Servicio de Trabajo Social del HECA al interior de la red de salud pública?
8. ¿Cuáles crees que son los desafíos del Trabajo Social en el hospital?