



**Tipo de documento: Tesis de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Repensando el trabajo social en el hospital: la burocratización de la atención a la demanda espontánea en los servicios sociales hospitalarios**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**María Clara Bottaro**

**María del Pilar Liñan Vila**

**Bárbara García Godoy, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2016**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - CARRERA DE  
TRABAJO SOCIAL

Área de Investigación y Sistematización.

Trabajo de Investigación Final

**Repensando el Trabajo Social en el Hospital:**

**La burocratización de la atención a la Demanda Espontánea en los Servicios  
Sociales Hospitalarios**

AUTORAS

Bottaro, María Clara

DNI: 37481440

mariabottaro@yahoo.com.ar

Liñan Vila, María del  
Pilar

DNI: 34049019

plinanvila@gmail.com

Tutora Temática

García Godoy, Bárbara

Taller IV Cursado en  
2015.

Docente Sandra  
González

Fecha de entrega. 7 de  
abril de 2016



**Agradecemos  
la colaboración de la tía  
Dra. María del Pilar Vila  
en cuestiones sintácticas  
y ortográficas**

**Repensando el Trabajo Social en el Hospital:**  
**La burocratización de la atención a la Demanda Espontánea en los Servicios Sociales**  
**Hospitalarios**

**Autoras.** Bottaro, María Clara - mariacbottaro@yahoo.com.ar

Liñan Vila, María del Pilar - plinanvila@gmail.com

**Resumen**

El presente informe, producto de un trabajo de investigación realizado entre los meses de mayo de 2015 y marzo de 2016, toma como eje la deconstrucción de las prácticas, como burocráticas, por las autoras, en dos Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el espacio específico de la atención en la Demanda Espontánea. Para ello se analizan dos factores que condicionan estas prácticas, la cultura institucional en relación con las políticas de salud de la CABA y los marcos teórico-metodológicos del Trabajo Social. Se consultaron diversas fuentes bibliográficas -deudoras de la línea teórica de la Salud Colectiva- especialmente estadísticas nacionales, municipales e institucionales. Se realizaron observaciones institucionales y se entrevistaron trabajadoras sociales de ambas instituciones, realizando un análisis teórico cualitativo de lo observado, tomando la palabra de quienes generan ese espacio para orientar el análisis. En la conclusión se esboza una nueva propuesta superadora de los planteos iniciales, que comprende a este espacio cruzado por los mandatos institucionales y por la humanidad de las profesionales que acompañan la trayectoria institucional de los sujetos de la intervención.

**Palabras clave:** Políticas de salud - Burocratización de las prácticas - Cultura institucional - Proceso metodológico del Trabajo Social

**Índice.**

<b>Introducción.</b>	<b>3</b>
<b>Justificación.</b>	<b>7</b>
<b>Metodología de investigación.</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1. Contextualización de la problemática.</b>	<b>11</b>
<u>1.1 Caracterización de las áreas de influencia.</u>	11
<u>1.2 Conceptos clave.</u>	14
<b>Capítulo 2. Demanda espontánea.</b>	<b>25</b>
<u>2.1. Demandas.</u>	27
<u>2.2. Demanda Espontánea en Hospitales Fernández y Zubizarreta.</u>	34
<b>Capítulo 3. Cultura Institucional en Hospitales públicos de la CABA.</b>	<b>36</b>
<u>3.1. Cultura y gestión institucional.</u>	38
3.1.1. Políticas públicas de salud.	39
3.1.2. Políticas institucionales.	44
3.1.3. Organización del servicio social.	45
<b>Capítulo 4. Marco teórico metodológico en Trabajo Social.</b>	<b>47</b>
<u>4.1. Marco legal del Trabajo Social</u>	47
<u>4.2. Marco teórico metodológico</u>	49
<u>4.3. Práctica profesional</u>	52
<b>Conclusión</b>	<b>56</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>59</b>

**Introducción.**

El presente informe producto de un trabajo de investigación realizado entre los meses de abril de 2015 y marzo de 2016, en el marco de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Lo expuesto en el siguiente informe surge a partir del cuestionamiento de las prácticas pre-profesionales desempeñadas en los Servicios Sociales de los Hospitales Generales de Agudos Dr. Juan A. Fernández y Dr. Abel Zubizarreta<sup>1</sup> durante el año lectivo 2015.

El recorte que realizamos sobre la atención de las trabajadoras sociales en ambos Hospitales, responde a la observación que nos interpeló desde el principio: “la burocratización de las prácticas en el espacio de atención en la Demanda Espontánea en los servicios sociales”. Hemos observado y comentado con nuestras referentes<sup>2</sup>, que muchas de las intervenciones que allí se llevan a cabo parecen responder de manera inmediateista, desprovista de reflexión, con acciones acotadas y de índole administrativa a las “necesidades” de los sujetos demandantes. En relación con lo que hemos notado en estos espacios, se confeccionan informes, se llenan notas de derivación, se completan exámenes pre-quirúrgicos, se arman historias sociales, de manera rutinaria y sin un sentido explicitado por las trabajadoras sociales.

Así, la pregunta que guió este proceso de investigación fue ¿cuáles son los factores que hacen a la burocratización de la atención a la Demanda Espontánea<sup>3</sup> en los Servicios Sociales Hospitalarios? Entendemos la burocratización como una forma de alienación profesional basada en la repetición acrítica de acciones<sup>4</sup>. Esto no se da así de manera natural, por lo que nos proponemos deconstruir el proceso que lo genera.

El problema de investigación surgió a partir de observar y preguntarnos acerca de las contradicciones observadas entre las acciones y el discurso de diferentes profesionales del Trabajo Social, donde se ponen de manifiesto marcos metodológicos que se contradicen con este tipo de acciones, que serán detalladas más adelante. Para poder abordar este problema, nos

---

<sup>1</sup> EL primero ubicado en. Cerviño 3356, en el barrio de Palermo. El segundo, en Nueva York 3952, en Villa Devoto.

<sup>2</sup> Cuando hablamos de “referentes” remitimos a las trabajadoras sociales de las instituciones en las que llevamos adelante las prácticas pre-profesionales que acompañaron y guiaron esos procesos.

<sup>3</sup> Nos referimos a una particular modalidad de atención de los procesos de salud-enfermedad que será explicada en el capítulo 2.

<sup>4</sup> Este concepto será retomado en el capítulo 2.

propusimos dar cuenta de cuáles son los condicionantes del trabajo cotidiano en los procesos de salud/enfermedad/atención en los Servicios Sociales de dos Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, buscando así los factores que intervienen en la burocratización de estos servicios.

Con este propósito realizamos una división de las modalidades de atención del Trabajo Social en Hospitales Generales de Agudos, identificando la atención en la internación, en consultorios externos y la atención a la “Demanda Espontánea”, enfocando nuestra mirada en esta última.

Si bien en un primer momento la propuesta fue comparar el trabajo de la atención a la Demanda Espontánea con el realizado en la sala de internación, a lo largo del desarrollo hemos encontrado mucha riqueza en lo primero, razón por la cual dejamos de lado el análisis de lo que acontecía en la sala de internación. La idea de realizar esta comparación se fundamentó en las diferencias que se observaron en ambos espacios con respecto a lo que llamamos burocratización, apareciendo ésta, principalmente, en el espacio de la Demanda Espontánea y casi sin estar presente en el espacio de la internación.

Comprender los factores que condicionan el accionar de los profesionales del Trabajo Social en salud en las instituciones públicas fue el objetivo que orientó la indagación y reflexión de esta investigación. A partir de este interés, las preguntas que guiaron nuestro trabajo estuvieron focalizadas en conocer por qué se interviene de esa manera, cuáles son las problemáticas en el ámbito de la internación que no permiten dedicarle mayor tiempo y reflexión a las personas que demandan de manera espontánea. No estuvieron ausentes los interrogantes acerca de los fundamentos y saber si era posible que la forma de atención se deba a que la manera histórica de realizarla en estas instituciones, atravesase todos los ámbitos de la misma.

Comprendemos este problema como un proceso histórico y contradictorio, que se pone en evidencia en acciones y procesos observables y en manifestaciones discursivas ligadas a los anteriores, por lo tanto las técnicas de recolección y elaboración de datos que empleamos se ajustaron a ello y serán detalladas en el apartado referente a la metodología de investigación. Aclaremos que mantendremos la anonimidad de las fuentes entrevistadas, tomando en cuenta el criterio ético de confidencialidad, protegiendo a los informantes y la información que nos brinden, seleccionando compartir sólo aquella que sea necesaria para la elaboración del presente

informe y no perjudicial para las instituciones y sus trabajadores (Noreña, 2012). Además, acordamos con las entrevistadas que la única información volcada explícitamente en este documento es aquella recabada en el espacio de la entrevista. Para el resguardo de la identidad asignamos números que representan a las informantes, siendo las entrevistadas 1 y 2 pertenecientes al Hospital Fernández, y las entrevistadas 3 y 4 pertenecientes al Hospital Zubizarreta.

En lo que respecta a la estructura de este trabajo, entendemos que es preciso hacer una breve justificación acerca de la elección del tema, seguido de una caracterización de ambas instituciones. Asimismo se definen los conceptos clave necesarios para abordar la lectura del informe. En otro orden los capítulos abarcan los siguientes aspectos: El capítulo 1 es principalmente descriptivo y contextualizador de la problemática abordada. Contiene la caracterización de las áreas de influencia de los Hospitales anteriormente mencionados y de sus comunas correspondientes. Se explicitan datos recopilados de estadísticas nacionales, municipales y de ambos hospitales, lo cual ofrece una dimensión cuantitativa de lo analizado. El capítulo, cuenta además con el desarrollo de la perspectiva desde la cual nos posicionamos, exponiendo los conceptos clave de la misma, en pos de dar una visión más amplia de la perspectiva de análisis. El capítulo 2 hace foco en la Demanda Espontánea, caracterizándola y definiéndola. Se identifican los factores que la condicionan. Se hace hincapié sobre las definiciones del concepto de demanda desarrolladas por diversos autores, incorporando los dichos de las entrevistadas de ambos servicios, para construir el concepto. Al final del capítulo, analizamos el funcionamiento de este espacio contraponiendo lo observado en el Hospital Fernández con lo observado en el Hospital Zubizarreta. El desarrollo del capítulo 3 cuenta con la exposición y reflexión acerca de las prácticas institucionales en el ámbito de la salud. Se considera a las políticas de salud e institucionales desde las que se tiene en cuenta a la gestión institucional, como así también el modo de organización de los servicios sociales hospitalarios, rescatando para esto último la legislación que los enmarca y regula. El capítulo 4 y último del presente trabajo, conceptualiza el marco teórico-metodológico del Trabajo Social, en función de hacer visible la relación que establecemos entre éste y la burocratización de la Demanda Espontánea. Para tal fin, nos apoyamos en la Ley Federal de Trabajo Social 27.072 que enmarca

nuestra práctica, exponemos nuestra propia concepción de marco teórico-metodológico y finalizamos desarrollando los intereses que expone el trabajador social como actor dentro de las instituciones, según lo observado en el marco de las prácticas pre-profesionales mencionadas al principio de la presente introducción. Finalmente se abordan conclusiones relacionadas con los objetivos planteados inicialmente, señalando que todo el trabajo está cruzado por nuestra posición frente a la temática. Esto no sólo está presente en la elección de la perspectiva teórica, sino también en la mirada personal sobre lo analizado. Estamos hablando de una mirada reflexiva que nos interpela y nos lleva a cuestionar el propio posicionamiento para comprender las posturas y prácticas relativas al problema de investigación, controlando sobre la marcha, la realización de la investigación y los efectos que pueda generar.

## **Justificación**

Para poder dar cuenta del proceso de burocratización de la atención a la Demanda Espontánea, nos detendremos en los elementos que nos condujeron a plantear esta problemática. Los clasificamos en dos grandes grupos: los instrumentos de la intervención y las condiciones institucionales.

En el primer grupo aparecen principalmente la entrevista, el registro de la práctica, el informe social, la historia social y las notas de derivación como los instrumentos que más se implementan en el espacio de la atención a la Demanda Espontánea. Hemos observado que en muchas ocasiones estos instrumentos se completan de manera acrítica y rutinaria, transformando situaciones en datos que pierden el sentido que las trabajadoras sociales les asignan en otros ámbitos, como el de viabilizar derechos, generar un vínculo con el sujeto de la intervención, registrar el tránsito institucional para un abordaje multidisciplinar de las situaciones<sup>5</sup>. Sin embargo esta forma de actuar tiene un correlato de reflexión y de posicionamiento respecto de las prácticas, por parte de las profesionales, que, al ser interpeladas, pueden fundamentar sobre las acciones de su quehacer profesional. Si bien este punto fue disparador de algunas de las reflexiones volcadas en el presente informe, la cuestión de los instrumentos no es abordada aquí ya que hacemos eje en el análisis de las condiciones institucionales.

Tomando a Marilda Iamamoto (s/f), el Trabajo Social está compuesto de tres dimensiones interrelacionadas que son la ético-política, operativo-instrumental y teórico metodológica. Poder comprenderlas en conjunto nos permite obtener una mirada integral de la profesión y su práctica sin caer en el tecnicismo, en el tecnicismo y en la militancia. Si tomamos en cuenta que lo práctico es inescindible de lo teórico, la cuestión instrumental queda sujeta al marco teórico-metodológico de las intervenciones, por lo tanto, si bien no nos detendremos específicamente en la dimensión operativo-instrumental, la que remite a los instrumentos de intervención, sí lo haremos en las concepciones que se juegan en la intervención.

Entre las condiciones institucionales identificamos el rol que estas instituciones le atribuyen al Trabajo Social, la relación del Servicio Social con otros servicios y profesionales y las tareas que

---

<sup>5</sup> Según lo dicho por las entrevistadas

se le asignan a las trabajadoras sociales. Estas cuestiones serán analizadas en profundidad en el capítulo 3.

Asimismo, la burocratización de las acciones profesionales del Trabajo Social en el espacio de la atención a la Demanda Espontánea es un hecho que está ligado a estos condicionantes. Sin embargo no es lo único posible ni existente y no se da de manera pura y sin conflicto. Esta forma de acción está cruzada por diferentes sentidos que las trabajadoras sociales les asignan. Así aparecen cuestiones contradictorias, acciones burocráticas con fundamentos no burocráticos, éstas contradicciones son motivo de análisis en esta investigación.

### **Metodología de investigación**

Partiendo de la base de comprender la realidad y el objeto de estudio como complejo y contradictorio, la estrategia metodológica para el análisis de los fenómenos observados se sustentó en la superación de lo inmediato, en la búsqueda de las estructuras que los condicionan; en la comprensión del carácter histórico de éstos, poniendo de manifiesto la relación entre lo individual y lo social; y en la búsqueda de los sentidos y el significado del objeto de estudio en una totalidad compleja (Kosic en Sousa Minayo, 2013). Así incluimos el estudio, no sólo de los fenómenos en cuestión, sino que también el análisis de la subjetividad al entender a estos fenómenos sociales como producto de la acción humana.

Este proceso se vio cruzado por la crítica y el cuestionamiento permanente de sus fundamentos con el objetivo de alcanzar un alto grado de científicidad. Así, el criterio de reflexividad estuvo presente a lo largo de todo el proceso, entendiéndoselo como criterio interno de validez científica para explicitar las decisiones tomadas.

Las técnicas empleadas para la recolección de datos fueron:

La observación participante y no participante, que aplicadas a una situación compleja (que comprende eventos de diferente carácter, de distinto tiempo y profundidad histórica e involucra a diversos actores sociales) permite acceder a los hechos objetivados en prácticas con un sentido inmediato y aparente que es inevitablemente fragmentario (Devillard, 2012).

Como complemento de lo anterior, y para acceder a los discursos relativos a las acciones observadas, se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Se optó por esta técnica porque el uso de estas entrevistas “obedecen a una guía que es apropiada físicamente y utilizada por el investigador. Por tener un apoyo claro en la secuencia de las preguntas, la entrevista semi-abierta facilita el abordaje y asegura, sobre todo a los investigadores menos experimentados, que sus hipótesis o sus supuestos serán abarcados en la conversación” (Sousa Minayo, 2013)

Además, se utilizó la conversación como técnica de recolección de datos básicamente porque la entendemos como

“[...] producto de un hacer colectivo, así como las relaciones de fuerza que estructuran el campo social. Además, argumentaciones, comentarios y narraciones intervienen en el juego sociocultural, dando lugar a tomas de partido, a planteamientos retóricos, a réplicas y contrarréplicas y a luchas por la legitimidad, o sea, por el reconocimiento y la validación de las posturas individuales y/o grupales” (Devillard, 2012).

No se dejó de lado el relevamiento de datos cuantitativos provenientes de encuestas y estadísticas nacionales, municipales e institucionales porque son un aporte sustantivo para la comprensión del contexto social e institucional.

El recabamiento de datos con estas técnicas se completó con el análisis interpretativo de lo obtenido, enriquecido por un conocimiento cercano de las informantes y las instituciones nacido fundamentalmente del tiempo invertido allí durante las prácticas pre-profesionales.

## Capítulo 1. Contextualización de la problemática

En el presente apartado intentaremos dar cuenta del contexto en el cual se desarrolla la problemática que nos convoca en el presente trabajo. Se hará hincapié tanto, en las áreas de influencia de ambos hospitales, con la pertinente caracterización de las Comunas a las que pertenecen; como así también, se tendrán en cuenta conceptos que consideramos clave al momento de posicionarnos y reflexionar. La perspectiva es la de Salud Colectiva, como detallaremos y explicaremos.

### 1.1. Caracterización del territorio.

Los desarrollos presentados a continuación son producto por un lado, de las observaciones realizadas a lo largo de nuestra inserción institucional en ambos Hospitales, y por otro de la recopilación de datos de estadísticas internas, municipales y nacionales.

Creemos pertinente hacer una somera referencia de ambos Hospitales, como así también de quienes desarrollan sus prácticas y de los actores con los que los trabajadores de la salud se relacionan diariamente.

Ambas instituciones se encuentran ubicadas en la CABA. Esta se encuentra dividida en quince Comunas. En la Comuna 14<sup>6</sup> se encuentra el Hospital Fernández y en la Comuna 11<sup>7</sup> el Hospital Zubizarreta y tienen características similares. Ubicados en el norte y centro de la Ciudad, trabajan principalmente con población envejecida, debido a que esta población es uno de los rasgos característicos de estos territorios. Los hogares que conforman las comunas, en su mayoría, tienen ingresos superiores a la Canasta de Consumo de la Ciudad de Buenos Aires, bajos índices de analfabetismo y casi nulidad de viviendas precarias. Los datos que empleados fueron tomados de los resultados del Censo de población de 2010 y de la Encuesta Anual de Hogares de la CABA de 2011. Tanto la Comuna 11 como la 14 (junto con la 15) son aquellas en

---

<sup>6</sup> Incluye el barrio de Palermo

<sup>7</sup> Incluye los barrios de Villa Devoto, Villa Santa Rita, Villa General Mitre y Villa del Parque.

las que menos creció la población desde 2001 a 2010 (tasa de variación intercensal de 0,1% y 0,3% respectivamente), salvo por la comuna 2 que decreció en un 4%.

La población de la Comuna 14 presenta características de población envejecida: el 23% son adultos mayores (60 años y más)<sup>8</sup>. El 10,35% de la población es de origen extranjero, cuyas edades oscilan entre los 20 y 44 años. El 5,58% de las viviendas son casas, que albergan al 7,41% de la población, mientras que el 92,9% de ellas son departamentos, donde vive el 91,03% de la población de la Comuna. Sólo el 0,21% de la población de 10 años y más, es analfabeta. El 11% de los hogares no llega a cubrir con sus ingresos la canasta de consumo de la Ciudad de Buenos Aires. El 5,9% de la población de la Comuna no cuenta con afiliación a servicios de salud.

Por su parte, la población que habita en la Comuna 11, se caracteriza por contar con una población envejecida. El 19,79% de la población corresponde a adultos mayores. El 99,15% ocupa casas (42,07%) y departamentos (57,08%), lo que representa el 99,04% de la población total de la Comuna. El 7,98% de la población es extranjera, su mayoría en edad activa (de 20 a 44 años) y únicamente el 11,1% de la población no cuenta con cobertura de salud.

Teniendo en cuenta la ubicación del Hospital Zubizarreta, entre estaciones de dos ferrocarriles diferentes (San Martín y Urquiza), es posible visualizar que la misma permite el acceso de la población de diversos municipios de la Provincia de Buenos Aires, siendo, según lo visto durante las jornadas de prácticas pre-profesionales, un porcentaje importante de quienes demandan atención a sus procesos de salud-enfermedad.

Por otro lado, es importante destacar como parte de la política de salud en la que se enmarca, que el Hospital Zubizarreta no cuenta con un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) dependiente de su Área Programática. En lo referido con el Hospital Fernández en el que sucede lo contrario. Esta institución tiene bajo su órbita cuatro centros de salud (los CeSAC 17, 21, 25 y 26) y están ubicados en Retiro y Palermo, es decir en dos comunas diferentes. Sin embargo, el

---

<sup>8</sup> Porcentaje mayor al de la CABA en su conjunto, que es 21,66%

Hospital no mantiene contacto con estos a menos que sea necesario tener referencia de “pacientes”<sup>9</sup> internados, sobre todo con el CeSAC 21 ubicado en Villa 31<sup>10</sup>.

En el Servicio Social del Hospital Zubizarreta se desempeñan profesionalmente cuatro trabajadoras sociales durante las mañanas (entre las 7 y las 14 hs), y el resto del día hay un/a trabajador/a social de guardia disponible para las situaciones de urgencia. El trabajo se divide por salas de internación y atención a la Demanda Espontánea. Hay una profesional destinada a cada sala de internación (Pediatría, Cuidados Intermedios, Terapia Intensiva y Cuidados Generales) y además se establecen turnos en el Servicio Social para la atención de la Demanda Espontánea, aunque la jefa del servicio siempre está dispuesta a cubrir este espacio en el caso que las otras profesionales no puedan. Según lo observado las trabajadoras sociales emplean la mayor parte de su tiempo en las salas (o dedicándose a las situaciones de las personas internadas en ellas) quedando poco (o nada de) tiempo para invertir en otras acciones<sup>11</sup>.

Para dar una dimensión en términos cuantitativos de las personas que transitan el espacio de la Demanda Espontánea<sup>12</sup>, comparamos la cantidad de entrevistas realizadas allí en relación con las que fueron llevadas a cabo con otras modalidades de atención. A lo largo del período que delimitamos, durante el que se llevó a cabo la inserción institucional (abril a septiembre de 2015) las trabajadoras del Servicio Social del Hospital Zubizarreta realizaron 5.772 entrevistas. De las anteriores, 1.943 (33,6%) se hicieron en el marco de la atención a la Demanda Espontánea (que corresponden a los pacientes ambulatorios y derivados de consultorio externo). Los meses de mayor demanda en este espacio, en relación con la del sector internación, fueron abril, mayo y septiembre. Entendemos que esto se debe al aumento de las internaciones en los meses de invierno.

En el Servicio Social del Hospital Fernández trabajan nueve profesionales organizadas en equipos compuestos por dos profesionales a los que se les asigna una especialidad médica para trabajar en conjunto (Clínica Médica, Neonatología, Unidad Coronaria, Terapia Intensiva, etc.).

---

<sup>9</sup> Así les dicen a los sujetos de la intervención en ambas instituciones, sólo utilizamos el término por ese motivo.

<sup>10</sup> Este barrio, perteneciente a la Comuna 1 aunque también al Área Programática del Hospital Fernández, se caracteriza por la ausencia de condiciones elementales de bienestar y viviendas precarias.

<sup>11</sup> Como acciones comunitarias, de prevención primaria, promoción de la salud y trabajo en consultorios externos.

<sup>12</sup> Esta información fue recabada de las estadísticas internas del Servicio Social del Hospital Zubizarreta.

El espacio destinado a la atención a la Demanda Espontánea es por la mañana entre las 9 y las 12 hs. La jefa del Servicio Social se encarga de realizar una agenda semanal la cual divide por día y horario (una hora y media para cada profesional) para la organización de la tarea.

En el Hospital Fernández, en el período de inserción institucional mencionado anteriormente las profesionales del Servicio Social, atendieron un total de 10.635 personas, entre las cuales 1.480 (13,9%) fueron entrevistas realizadas en el espacio de Atención a la Demanda Espontánea. Resulta notable el aumento cuantitativo de consultas en los meses de abril, julio y agosto, lo que también se refleja en el aumento del número de internaciones en los meses de mayo, julio y septiembre<sup>13</sup>.

Si comparamos la cantidad de entrevistas llevadas a cabo en atención a la Demanda Espontánea en ambos Hospitales, podemos dar cuenta en términos cuantitativos de la importancia que esta actividad asume en cada uno. No es un dato menor que en el Hospital Zubizarreta el 33,6% de las entrevistas sean llevadas a cabo en Demanda Espontánea y en el Hospital Fernández estas sean sólo el 13,9%. Esto se condice con las expectativas que las profesionales de cada institución ponen en este espacio de atención en particular, de modo que se puede inferir que en el Zubizarreta es una actividad positiva, por oposición en el Fernández, como se pondrá de manifiesto más adelante. Sin embargo esta relación no es lineal y se debe a diferentes y múltiples factores, como por ejemplo las demandas institucionales y la cantidad de personas internadas con que cada Servicio Social interviene.

## 1.2. Conceptos clave

Para el análisis, nos posicionamos desde la perspectiva de la Salud Colectiva, corriente que surge en Brasil a fines de los '70. Ésta asume una visión constructivista, según la cual "las realidades sociales son aprehendidas como construcciones históricas y cotidianas de los actores individuales y colectivos" (Duarte Nunes, 2010). Este autor toma tres conceptos que son colectivo, sociedad y estructura; y otros tres que se articulan de manera interactiva: individuo, representación y acción. Propone, tomando a diferentes escritores, que esta disciplina no está representada por cuerpos

---

<sup>13</sup> El análisis anterior fue posible, gracias a la provisión de estadísticas de utilización interna del Servicio Social del Hospital Fernández.

biológicos, sino por cuerpos sociales, grupos y clases sociales, y relaciones sociales referidas al proceso salud-enfermedad. Posee una orientación teórico, metodológica y política con énfasis en lo social, tomando como su objeto de estudio a “la salud”.

Esta línea teórica recupera la crítica a las falsas oposiciones entre individuo y sociedad, estructura y acción, y se preocupa por pensar conjuntamente aspectos de la realidad clásicamente aprehendidos como antagonistas. Es por ello que, al encontrarnos pensando las contradicciones en un marco de totalidad compleja, vemos en este paradigma sustento a la investigación realizada.

La Salud Colectiva es también una praxis basada en un quehacer comprometido con la vida y el cuidado de la salud del conjunto de la población.

Esta perspectiva cuestiona las concepciones metodológicas basadas en la razón instrumental, cuya única preocupación es “el cómo”, dando por supuestas y por verdades ya dichas el “qué”, el “con quién”, el “para qué” (Spinelli, 2010). Busca constantemente la raíz histórica de los procesos que analiza, identificando sus características y sus múltiples determinaciones. En este postulado nos posicionamos para indagar los condicionantes de la burocratización del Trabajo Social en los procesos con los que este se relaciona, en este trabajo puntualmente en la atención a la Demanda Espontánea.

Desde esta perspectiva se busca un método de reflexión basado en los compromisos concretos con la producción de salud, “ya que ésta es la función y la finalidad esencial sin la cual no se está autorizado a hablar del trabajo en salud” (Wagner de Sousa Campos, 2009). Es así que nos vemos comprometidas tanto con la producción de salud y subjetividad de los sujetos de la intervención, como de los sujetos que planifican las intervenciones considerando a cada uno de ellos con su propio proceso de salud-enfermedad-atención.

Los ejes conceptuales sobre los que ronda el trabajo son:

Salud-enfermedad-atención, Salud Pública, Políticas de salud y el proceso metodológico<sup>14</sup> del Trabajo Social. Consideramos pertinente detenernos en definirlos y establecer un posicionamiento frente ellos, ya que atraviesan el espacio de análisis y los actores que allí se desarrollan.

---

<sup>14</sup> Este concepto será abordado en el capítulo 3.

1. Con respecto al proceso de salud-enfermedad-atención, creemos pertinente tomar la referencia que, al respecto hace Menéndez (1994)

“Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos<sup>15</sup> que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente”

Entendemos que se ve atravesado por diversos hechos sociales e históricos propios de cada sociedad. Las dolencias, enfermedades y padecimientos de la salud, vivenciados por los sujetos, forman parte de la situación social construida colectivamente e instituida en la subjetividades de cada uno.

De igual modo, Floreal Ferrara (1985), propone ampliar la conceptualización de salud a una definición integral y abarcativa, desde la cual se haga hincapié en conceptos que den cuenta del dinamismo presente en el proceso de salud-enfermedad. Es así que afirma que “cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales, coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión de los procesos de salud-enfermedad”

Por lo tanto, no entendemos a la salud como un estado de bienestar, sino como un proceso de salud y enfermedad donde influyen variables que pueden ser clasificadas como físicas, biológicas, sociales o culturales. Específicamente nos interesa pensar en la manera en que las instituciones públicas de la salud abordan estos procesos.

2. Para establecer un posicionamiento en relación con la Salud Pública y con las Políticas Sociales de Salud consideramos necesario realizar un breve recorrido histórico sobre la conformación del subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Siguiendo con lo postulado por Veronelli (s/f), en Argentina se creó hacia fines de 1880 la Dirección de Asistencia Pública. La misma funcionó en el Hospital San Roque de la Ciudad de

---

<sup>15</sup> El subrayado es nuestro.

Buenos Aires y formó parte de los diversos Congresos de Higiene que se desarrollaban en el mundo. Esta institución de carácter comunal no lograba ser competencia para afrontar los distintos tipos de problemas relacionados con la salud que los procesos de migración de la época traían consigo. Esto no sólo se debía al hecho de que no estaba económicamente capacitada, sino porque carecía de personal técnico, de los recursos que solventaran las acciones y, porque no poseían la capacidad de desarrollar obras para afrontar las cuestiones de salubridad. Para el año 1891, con el aumento desmedido de enfermedades infecciosas, se creó una Comisión con el objeto fundamental de revisar las cuestiones de salubridad del Municipio. En el mismo año y ante cuestiones organizativas entre la Intendencia de la Municipalidad de Buenos Aires y el Departamento Nacional de Higiene, se autorizó la confección de la primera Ley General de Salud Pública, aunque no fue promulgada. En ese entonces, la cuestión de la Asistencia Pública estaba en pleno apogeo y los funcionarios acordaban que la solución consistiría en un cambio profundo de la misma. Uno de los médicos destacados de la época, el Dr. Coni -quien fuera Director del Departamento Nacional de Higiene- aseguraba que para la realización del cambio inminente de la Asistencia Pública en la capital no era “[...] posible implantar de una sola pieza los servicios sanitarios e higiénicos [...], sino limitarnos a tomar de cada uno lo que sea aplicable a nuestras costumbres y a nuestra constitución política” (citado por Veronelli; s/f). Así, Coni proponía la creación de la “Administración Sanitaria y Asistencia Pública” que reemplazaría al Departamento de Higiene. Esta nueva administración la compondrían tres sectores: la Administración Sanitaria, la Asistencia Pública y el Patronato y Asistencia de la Infancia. Coni fue uno de los médicos defensores del mutualismo de la Sociedad Civil, lo que llevaría a las personas a concientizarse con esa educación sanitaria que consideraba esencial. Creía además que el Poder Público otorgaba la protección de la Salud Colectiva, concepto que consideramos fundamental en relación con el accionar de las personas sobre el medio.

En este punto, es pertinente mencionar que, a fines del siglo XX se institucionalizó la intervención del Estado en materia de Salud Pública en la República Argentina a través de la creación de la Dirección Nacional de Asistencia Pública con la concreción y el surgimiento de los Hospitales Públicos. Se entiende que la aparición de los servicios públicos de salud, es decir, de infraestructura y equipamiento de consumo colectivo, se produce por las demandas de la

producción y reproducción, en beneficio tanto del capital como de la población trabajadora. Es en este contexto donde se origina el surgimiento de los Servicios Sociales Hospitalarios y la institucionalización de la asistencia en los mismos. En la misma línea de pensamiento, consideramos que el surgimiento de los Servicios Sociales, en relación con el origen de la profesión del Trabajo Social, teniendo en cuenta las diversas situaciones problemáticas emergentes “se encuentra enmarcado en los procesos socio-históricos que dieron lugar a su aparición como manifestación de la política pública de salud” (en Amelotti et al, 2012)

Consideramos a las instituciones públicas como el espacio privilegiado para llevar a cabo las luchas por la definición de los asuntos públicos y las mejoras en las condiciones de vida. En este sentido, rescatamos el carácter conflictivo de las instituciones y las políticas públicas. Acordamos con la idea de que las necesidades de las personas se constituyen en demandas, que generan presiones para obtener una respuesta (Pastorini, 2000). Es el Estado quien negocia con los grupos de presión, en términos de políticas, a través de sus instituciones y los trabajadores que se desempeñan en ellas. Así todos los actores presionan en la definición de aquello que debe adquirir carácter público y abordaje estatal, generando una correlación de fuerzas entre los grupos sociales con diferentes tipos de poder. Desde esta perspectiva -que comprende las relaciones entre diversos actores con intereses diferentes- es que nos proponemos leer la historia del Sistema Público de Salud.

Entendemos que

“El sistema de salud argentino ha sido caracterizado, en reiteradas ocasiones y con acierto, como irracional y fragmentado. Un sistema conformado por tres subsectores, público, seguridad social y privado que nunca lograron una integración para alcanzar un sistema de cobertura universal. Aunque el sistema público se basa en principios de universalidad y solidaridad, el atravesamiento de medidas políticas y modelos económicos de los últimos años han actuado en contra de la accesibilidad de la atención para una gran parte de la población argentina.” (Lareo et al, 2004)

En función de ello desarrollaremos a continuación los orígenes de la forma que el Sistema de Salud adquiere.

Situamos el origen del Subsistema de Salud, tomando a Rovere (2004) en 1946, con la creación de la Secretaría de Salud Pública, con rango de ministerio, a cargo del Dr. Ramón Carrillo. Este acto estuvo acompañado por el aumento de los recursos financieros asignados al área, con fuerte tendencia redistributiva. Así el Estado argentino tomó la responsabilidad de cuestiones vinculadas a la salud-enfermedad-atención médica.

Compartimos además la idea de 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” (Menéndez, 1992) ¿En qué consistía el plan a mediano plazo de Carrillo? Básicamente en generar un sistema universal y único; integral, gratuito, eficaz y basado en la oportunidad, cuyo financiamiento provendría de los aportes de los trabajadores y del Estado (Belmartino, 2007). El aporte se deduciría del cobro de un seguro de enfermedad, de aporte patronal, sobre el 2% del monto de los sueldos.

Sin embargo, existieron límites severos al principio de universalidad. La inclusión de las obras sociales en la provisión de servicios de salud quitó de las manos del Estado la posibilidad de generar un sistema único y universal. Este proceso se afianzó con la sanción de la Ley 18.610 en 1970.

Otros actores también tomaron relevancia en la construcción del Sistema de Salud de la Argentina, como la Fundación Eva Perón<sup>16</sup>, desde la cual se construyeron hospitales paralelamente al Ministerio de salud. Además, los sindicatos más poderosos ganaron poder de negociación con el Estado y fueron beneficiados con subsidios para la construcción de redes de servicios de salud propios, las cuales se convertirán en las primeras obras sociales, que imprimen rasgos de fragmentación, heterogeneidad, ineficacia e ineficiencia en el sistema (Belmartino, 2007).

Así, con el auge de las obras y servicios sociales, el Sistema Público entró en decadencia edilicia y técnica, teniendo por función casi exclusiva la atención a la población indigente.

Luego de la caída del peronismo la práctica médica comenzó a establecerse con una lógica de regulación de tipo privada. “Lo privado/corporativo se delimita en oposición a la público/estatal,

---

<sup>16</sup> Esta fue creada por Eva Duarte, esposa del en aquel entonces presidente de la Nación, Juan Domingo Perón, en el año 1948. Su objetivo principal era la asistencia social de personas que llegaban de diferentes puntos del país.

aportando argumentos legitimadores de la futura modalidad dominante de ejercicio” (Belmartino, Op. cit). La CGT y la Confederación Médica<sup>17</sup> se instituyen como actores privilegiados en la definición de las formas de atención médica, negociando por fuera del Estado las condiciones de la atención en las Obras Sociales. Durante la proscripción del peronismo, los actores sindicales reivindicaron su competencia en el área social y en el bienestar de sus afiliados.

Durante la presidencia del General J. C. Onganía -gobierno de facto- se ordenaron y regularizaron “las relaciones entre oferta y demanda” en el Sistema de Salud y Atención Médica, con una doble finalidad. Una de índole tecnocrática, para introducir racionalidad en un sistema de múltiples entidades y lógicas de organización, de arbitrariedad y falta de eficiencia en el otorgamiento de recursos y su consecuente débil impacto en las condiciones de salud/enfermedad de la población. Por otro lado un imperativo político “de cooptación de las las organizaciones populares” con el objetivo de fortalecer el sistema público contrarrestando la hegemonía del sector profesional privado en el control de la oferta de servicios (Belmartino, Op. cit)

Durante este gobierno militar se

“[...] estableció la obligatoriedad de los aportes de los empleados y de las contribuciones patronales para todos los trabajadores en relación de dependencia. Esto se efectivizó con la Ley 18.610 sancionada en 1970. Asimismo, se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como un ente regulador dependiente del Ministerio de Bienestar Social. El INOS administraba un fondo de redistribución, destinado a la asistencia financiera de las obras sociales que presentaban dificultades para cubrir el monto de sus egresos.” (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

La intervención del Estado fracasó, pudiendo apuntalar la capacidad de negociación de los sindicatos con las organizaciones médicas, mas no pudiendo desarmar los oligopolios de prestación de servicios de las Obras Sociales. Las razones de este fracaso no se circunscriben sólo a la actuación de las corporaciones, -debe recordarse que este fue un período de convulsión social en el que el Cordobazo fue un emblema de rebelión popular- si no que además hay que

---

<sup>17</sup> Gremio médico

considerar las contradicciones internas del Ministerio de Bienestar Social. Estas impedían la repartición de responsabilidades y toma de decisiones sobre la organización del Sistema de Salud, lo que lleva a la supersposición de las tareas de diferentes secretarías con objetivos y formas de acción diversas en una lucha de poder.

La última dictadura militar (1976-1983) clausuró los avances logrados en la búsqueda de un sistema público de salud. El plan de salud de la dictadura comenzaba con una expresa defensa de los ideales liberales de la propiedad privada.

“En 1976, a partir del golpe militar, las obras sociales fueron intervenidas. Con el nuevo gobierno se eliminó la obligatoriedad de afiliación, y se les prohibió montar nueva infraestructura propia, con una explícita recomendación de reducir la existente. Esta disposición constituyó un poderoso incentivo para establecer contratos con el sector privado.” (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

Con esta orientación fuertemente marcada por el pensamiento liberal se procedió a comienzos de 1978 a lo que sería la transferencia definitiva de los hospitales nacionales a las provincias. (Ministerio de Salud de la Nación, Op. cit)

El principio de solidaridad que imperaba se vio afectado, en tanto los beneficiarios con menos ingresos estaban imposibilitados de pagar los co-seguros de atención para sostener a las entidades con dificultades financieras. Así esta población debía recurrir a los servicios públicos que hasta el momento sólo daban atención a la población “indigente” (Belmartino, Op. cit).

En 1989 la organización del Sistema de Salud experimentó un quiebre que tuvo origen en el descenso de la población en relación de dependencia, la caída de las remuneraciones y con ello el aporte a las Obras Sociales, además de los crecientes costos de atención médica en relación a la implementación de nueva tecnología de diagnóstico y atención, y el crecimiento de las industrias farmacéuticas con el aumento de los precios de los medicamentos. Así se profundiza la pérdida de legitimidad del Sistema de Salud de los años ‘80. Durante esa década, los usuarios de los sistemas de salud se vieron en la necesidad de salir de él. Por un lado quienes tenían menores

ingresos debieron hacerlo mediante la utilización del subsistema público, mientras que el sector con mayor capacidad de pago lo hizo a través de la cobertura privada (Belmartino, Op. cit).

A partir de 1991 la estrategia de reforma del Sistema de Seguridad Social Médica fue la desregulación de las obras sociales, proceso que se afianza en 1993 con el dictamen del Decreto N°9, por el que también se crean los Hospitales de Autogestión. “La norma autoriza a los hospitales que se inscriban en el respectivo registro a complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales.” (Belmartino, 2005)

La reforma se canalizó hacia dos cuestiones básicas reconocidas como problemáticas: la obligatoriedad para los trabajadores de canalizar sus contribuciones a la Obra Social correspondiente a cada sindicato y la creciente proporción de beneficiarios de las Obras Sociales que debían acudir al sistema público para su atención. En consecuencia los cambios tendieron a propiciar la opción entre las diversas Obras Sociales por parte de los trabajadores, predisponiendo a la generación de un sistema de competencias entre ellas en busca de una mayor eficacia y eficiencia en la prestación de servicios. Por otro lado, en el cobro de las prestaciones del sistema público a quienes estaban afiliados a Obras Sociales a estas entidades. Esto respondía a la política de descentralización del Estado Argentino de los ‘90, tal como se observa en lo siguiente:

“En el 2000, el Decreto N° 939/00 reemplaza al Decreto N° 578/93, cambiando la figura legal del Registro de HPA<sup>18</sup> por el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. El Decreto N° 939 se propone adecuar las disposiciones contenidas en el Decreto N° 578/93 frente al Marco Estratégico Político que rige al Sector Salud, cuyo propósito central es la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud.” (Crojethovic y Ariovich, 2006)

Así, CLACSO, describe la actual situación de fragmentación e inequidad de los servicios de salud públicos de los Estados latinoamericanos, haciendo hincapié en el fuerte sesgo hacia la

---

<sup>18</sup> Hospitales Públicos de Autogestión.

atención hospitalaria, que se contradice, en muchos casos, con la proclamación de los derechos a la salud. Las diferentes poblaciones, asalariados formales o informales, no asalariados, sectores medios, altos y bajos, han construido sistemas propios desconectados de los demás.

“El patrón dominante en América Latina es conocido como ‘pluralismo fragmentado’ que enfatiza la gran heterogeneidad e inequidad en la distribución de derechos y en el acceso a servicios de salud para distintos segmentos de la población [...] Esta fragmentación que genera desigualdad social se ha agudizado como producto de la crisis en los mercados formales de trabajo a partir de la segunda mitad de los años ochenta, que incrementó la inequidad dentro de este modelo y limitó fuertemente su expansión durante las últimas dos décadas” (2012).

¿Cuáles son, entonces, las bases de este sistema heterogéneo y fragmentado?

Podemos caracterizar a la época de los ‘90 y posterior como de “complejización de lo social” (Calderón Gutiérrez, 2004). Ésta se caracteriza por tres rasgos fundamentales:

En primer lugar por “un acelerado proceso de diferenciación de lo social”, entre países y dentro de ellos, entre grupos sociales. Este es un rasgo estructurante de las relaciones sociales, que implica un cambio en los patrones de diferenciación social no marcado ya por la marginación, sino por la exclusión. La desestructuración y fragmentación del mercado de trabajo, el crecimiento del empleo informal, la desalarización de la clase obrera, el aumento del desempleo, la reestructuración de los mecanismos legales que regulan el trabajo, la distribución concentrada del ingreso son algunas de las características que Tenti Fanfani (1993) nombra sobre las bases objetivas de la exclusión social.

Un segundo rasgo es “la diferenciación funcional”, que supone que los procesos de producción y reproducción se dividen y subdividen especializándose cada vez más. Así se conforma un orden policéntrico de la acción colectiva. (Calderón Gutiérrez, Op. cit)

El tercer rasgo que se desprende de los anteriores es la crisis de la política. La representación de este escenario social cada vez más complejo y descentralizado, con altos niveles de desigualdad es muy difícil (Calderón Gutiérrez, Op. cit).

Estas características se reflejan en los Estados (y en el Estado argentino) y su rol en relación a la organización de las instituciones, entre ellas la salud pública. Esto será retomado en el capítulo 3 cuando, a partir de lo dicho, analicemos las instituciones de la salud como reproductoras de un orden más amplio con eje en lo ideológico.

3. En los próximos desarrollos nos encontraremos con “contradicciones” constitutivas del campo y el objeto de investigación, por lo que no podemos dejar de mencionar el marco que nos rige para la comprensión de estas. Tomaremos el concepto de la obra de Giddens, pero para comprenderlo, debemos explicar su teoría de la estructuración. Tendremos en cuenta, también, aportes de Escalada, Fernández Soto y Fuentes (2001).

Giddens (1967) identifica dos conceptos principales, los de acción y estructura. La idea de estructura refiere a “los sistemas de reglas y recursos generativos”. Estas existen fuera del tiempo y del espacio. No tienen una entidad concreta sino que “sólo existen como la conducta reproducida de actores situados con intenciones e intereses”. Para el autor, los actores sociales toman un papel activo en la producción y reproducción de las estructuras sociales.

El proceso de la reproducción de las estructuras mediante la conducta de los sujetos es denominado “estructuración”. Entendemos que las estructuras son constituidas por la actividad humana y al mismo tiempo son el medio de esta constitución. Así podemos hablar de la “dualidad de la estructura”, carácter por el cuál las estructuras son condicionantes de la acción y al mismo tiempo habilitantes de esta.

Cuando pensamos en la “acción”, entendemos por tal “la capacidad que tienen los sujetos para hacer las cosas” (Escalada, Fernández Soto y Fuentes, 2001).

Desde nuestra perspectiva, la teoría de la estructuración se resume en comprender las estructuras sociales como producidas por los sujetos, pero, al mismo tiempo, como condicionantes de los sujetos en sus acciones, de manera tal que reproducen lo ya existente. Cuando las acciones se convierten en “rutina”, sin cuestionamiento, las estructuras se reproducen de manera acrítica. Sin embargo existe en este juego la posibilidad de actuar de manera diferente generando, mediante la rutinización de nuevas prácticas, un cambio en las estructuras.

Esto nos aporta para poder pensar en las estructuras que las trabajadoras sociales de ambos Hospitales reproducen en su acción cotidiana. Convivir en una institución organizada culturalmente a partir de una lógica médica científica, como abordaremos más adelante, nos condiciona a actuar reproduciendo sus formas. Sin embargo, ese condicionamiento no es irrompible.

Retomando la noción de contradicción, Giddens la define como “la oposición entre principios estructurales”. Es propiedad de las estructuras y es además contingente del conflicto. No se expresa necesariamente como una lucha abierta, a diferencia del conflicto, el que remite a “una lucha activa proseguida en el contexto del choque de intereses [...]” (Giddens, 1997)

Las contradicciones están presentes todo el tiempo. Aparecen en los discursos y en las prácticas referencias a paradigmas contradictorios que forman parte de la manera de ver el mundo. Como propone Netto (1984), el Trabajo Social es una profesión con una herencia histórica positivista, por lo tanto, aunque se intente romper con ella desde una perspectiva “inspirada directamente en Marx”<sup>19</sup>, prevalecerán residuos positivistas.

Esta lógica es la que nos guía para comprender los condicionantes que se ponen en juego en la burocratización de la atención a la Demanda Espontánea.

---

<sup>19</sup> Así llama el autor a la matriz metodológica que entra en tensión con el positivismo en Trabajo Social.

## Capítulo 2. Demanda Espontánea.

Entendemos que para pensar y repensar la burocratización de los Servicios Sociales en la atención a la Demanda Espontánea de los Hospitales Generales de Agudos Fernández y Zubizarreta, es conveniente identificar los factores que la condicionan. Pero primero debemos caracterizar qué entendemos por Demanda Espontánea.

Tomando los aportes de G. Bernater y C. Renterías, licenciadas en Trabajo Social del Hospital General de Agudos Penna de la Ciudad de Buenos Aires -quienes realizaron un trabajo de indagación y reflexión en dicha institución sobre el trabajo de las/os trabajadoras/es sociales en los consultorios externos-, se entiende por Demanda Espontánea a “aquella que surge de la necesidad y del interés de la persona por encontrar una respuesta frente a una problemática social que la atraviesa, tomando éste la iniciativa de solicitar la intervención profesional” (Bernater, Renterías; 2013). En este sentido, los sujetos son los protagonistas de este espacio. Agregamos que esta “problemática social” no sólo se refiere a las históricamente reconocidas como tales, sino que incluye los problemas que surgen de la trayectoria institucional de las personas o del *“peregrinar burocrático por la institución”* (como refirió la entrevistada 1) como ser la dificultad de conseguir turnos, de comunicarse con los profesionales, las cuestiones relativas a las jurisdicciones de salud, o diferencias de opinión entre ellos y los trabajadores de la salud.

Según lo observado y lo comentado por las referentes entrevistadas, la mayoría de las veces en este espacio se dan las entrevistas de primera vez, en las que se busca conocer las personas y sus condiciones de existencia. Muchas veces esta entrevista es también de única vez, es decir que no existe un seguimiento de las situaciones que allí se plantean por parte de las trabajadoras sociales, o, si lo hay, éste se realiza desde otro ámbito de atención a la salud-enfermedad.

Consideramos relevante buscar los orígenes teóricos de lo que hoy denominamos atención a la Demanda Espontánea. Para ello nos servimos de los aportes de Bibiana Travi (2006), quien realiza un recorrido por las obras de tres autoras clásicas del Trabajo Social, Mary Richmond, Amy Gordon Hamilton y Helen Harris Pererlman; contribuyendo al debate sobre las técnicas de intervención en relación con el ejercicio responsable de la profesión.

Mary Richmond en 1917, no hace referencia a quién realiza la demanda de la intervención, pero sí a la primera entrevista, que, dadas las características de la atención a la Demanda Espontánea que identificamos, pueden ser asemejadas. Para Richmond, la primera entrevista “es el momento más importante y más difícil (del proceso de intervención)”, ya que,

“juega un papel primordial el propio entrevistador, su capacidad de comprensión, de establecer las bases del ‘entendimiento mutuo’ y captar aquellos indicios e información relevante que luego jugarán un papel fundamental en su interpretación de la situación, y constituirá la base que permita construir los vínculos de confianza que posibiliten el trabajo posterior” (citado en Travi, 2006).

Considera que la entrevista nada tiene que ver con completar “lapicera en mano una ficha que tenemos sobre el escritorio, formular cada pregunta en el orden indicado [...] y elaborar un breve resumen de la mecánica respuesta” (citado en Travi, Op. cit). Aún queda en el hacer cotidiano del trabajador social algo de lo que Mary Richmond critica, ya que muchas veces esa entrevista se convierte en una compilación de datos. Esto será abordado más adelante cuando analicemos los condicionamientos institucionales.

Por su parte, para Gordon Hamilton, en 1960, la importancia de la primera entrevista radica en la “profundidad del vínculo que se pueda generar” (citado en Travi, Op. cit). En este sentido el trabajador social debe mostrarse “atento, cordial y sin prisa” para facilitar un vínculo de confianza (citado en Travi, Op. cit). Para Hamilton “en la primera entrevista, el trabajador social formula preliminarmente la situación, el diagnóstico, el fin del tratamiento y los pasos a seguir”, esto le permite dilucidar “si el remediar la necesidad objetiva inmediata es la verdadera solución o si se requiere formular otras posibilidades terapéuticas” (citado en Travi, Op. cit). Por otro lado, el tipo de información que será necesario recabar al inicio de la intervención dependerá de los objetivos del servicio (“tomar el caso”, derivar, brindar asistencia y alternativas frente a otras cuestiones conflictivas). Para esta autora la entrevista jamás debe hacerse “en forma rutinaria o siguiendo pautas preestablecidas de antemano”.

Para Pererlman, la importancia de este primer encuentro radica en “ofrecer una demostración, poner en acto” de qué se trata el proceso y qué debe esperarse de él. Por lo tanto, esta primera fase comienza con el contacto de la persona con el Servicio Social y culmina cuando se llega a un acuerdo entre el sujeto y la “agencia” para abordar el problema que dio origen a la demanda (Travi, Op. cit). También propone esta autora que la información básica a recabar en este primer encuentro (sobre el sujeto de la intervención y las demandas que plantea) son elementos constantes, es decir, no varía según el tipo de institución. Esta primera entrevista

“contiene el abecedario de la metodología a seguir [...] en ella se condensan los principios básicos de toda la metodología del Trabajo Social, y a través de ella se despliegan una serie de métodos poniendo en juego determinadas conductas y actitud profesional [...]” (Travi, Op. cit).

No obstante lo anterior, entendemos que la atención a la Demanda Espontánea implica más que la primera entrevista. Rastrear sus fundamentos nos permite ver que la primera entrevista es motivo de reflexión e indagación desde los comienzos de nuestra profesión, aunque las particularidades de las acciones en el espacio que nos interesa deconstruir exceden los desarrollos encontrados. Es por esto que no nos limitamos a la indagación sobre las técnicas sino que analizamos el contexto institucional como condicionante del espacio de la Demanda Espontánea.

### 2.1. Demandas.

Entendemos a las demandas como las necesidades que se le presentan al Trabajo Social a partir de las cuales construye una intervención con el sujeto que solicita. Teniendo en cuenta los aportes de Ferrara (1985), éstas encubren el carácter histórico de las necesidades ya que en general se presentan como demandas individuales, teniendo que ser develada su historicidad y su representación de las relaciones sociales. También existen demandas que se realizan por parte de la institución y que ocultan su carácter histórico de la misma manera.

Con el objeto de profundizar la perspectiva de las demandas, tomamos lo postulado por el CELATS (1995). El mismo plantea que las demandas surgen de acuerdo al mayor o menor grado de importancia que los sujetos le otorguen a sus necesidades y a las distintas formas en que se manifiesten. En este sentido, el Trabajo Social deberá ser capaz de superar el nivel de la demanda en tanto pueda identificar y precisar, cuantitativa y cualitativamente, las necesidades sociales que la generan. En pos de identificar las necesidades para luego realizar la intervención correspondiente, es imprescindible distinguir las demandas de los usuarios de las de las instituciones.

El trabajador social toma contacto con expresiones individuales de una determinada necesidad social la que “aún no fue identificada por el (sujeto) colectivo” (CELATS), lo cual conlleva un proceso de concientización para que sea identificada por el grupo. Por otro lado, las instituciones se limitan a realizar las acciones efectivas relacionadas con lo más inmediato y puntual de la demanda individual, “sin apreciarlo como expresión de necesidades sociales insatisfechas” (Op. cit) Según lo expuesto, es que podemos observar el Rol de Mediador del trabajador social, en tanto se considera que la identificación de las necesidades debe ser realizada teniendo en cuenta las capacidades y los recursos con los que cuentan los usuarios y las instituciones que enmarcan la intervención profesional. El profesional debe poder visualizar las necesidades transformadas en demandas por los usuarios y, al mismo tiempo, hacer las traducciones en demandas pertinentes a las instituciones, para evitar caer en la práctica rutinaria casi conductista a la que a cada “síntoma” le corresponderá una respuesta. Al respecto refiere el CELATS

“sin este intento permanente por vincularse a necesidades explicitadas por el mismo grupo y traducidas en demandas a las instituciones, el Trabajo Social tiende a convertirse en un rito burocrático, en una simple rutina que terminará imponiendo un patrón de solución de los problemas que en un momento dado quizás ya no corresponderá con las nuevas necesidades y condiciones que emergen en la sociedad”.

Consideramos que esa práctica permanente de traducción, contribuye a la comprensión de las demandas desde una perspectiva de complejidad.

En una línea similar, Faleiros (1986) habla de la “despolitización de las demandas” al ser éstas definidas y encauzadas para “dividir, fragmentar y culpabilizar a los dominados”. De esta manera la solución de los problemas se vuelve “técnica, profesional, apolítica”, ignorándose las relaciones de fuerza que las constituyen. Recordemos que la perspectiva que nos enmarca trabaja con cuerpos sociales, grupos, clases sociales, y relaciones sociales que refieren a los procesos de salud-enfermedad.

Sigue el autor proponiendo que la acumulación de fuerzas es “un proceso político de formación de una organización, de una voluntad colectiva en la misma vida cotidiana que se articula en proyectos concretos de cuestionamiento del clientelismo, la burocracia, el autoritarismo [...]”. Para Faleiros el clientelismo, la burocracia y el autoritarismo son la manera que tiene el bloque dominante de establecer hegemonía generando una constante reestructuración en la correlación de fuerzas sociales “que traspasan las instituciones como lugar de lucha”.

En este sentido la tensión queda planteada en la forma de comprender las demandas de la población. Así el autor propone que

“transformar esas relaciones de fuerza en las instituciones de Servicio Social, implica entonces, capacitarse para la construcción de categorías de análisis que permitan darse cuenta de la estructura y de la coyuntura, de las relaciones de fuerza que deben vincular, en la vida cotidiana, el ‘problema’ y la ‘fuerza’, lo técnico y lo político”.

El análisis de la coyuntura incluye la necesidad de incorporar la coyuntura institucional estableciendo estrategias y tácticas para, según esta perspectiva, el fortalecimiento del polo popular en el cambio de la correlación de fuerzas.

Al respecto, Diego Palma (1984) entiende “la movilización social” como el núcleo a partir del cual se debería construir una proposición metodológica propia de la práctica de intervención social. Esta implica “al proceso por el cual un grupo popular deja atrás su condición de puro producto y se ubica, objetiva y subjetivamente, en situación de asumir su tarea histórica de

transformación”. Sin embargo, como ya lo veníamos planteando, las clases populares no existen aisladas, sino que se encuentran en una relación de complementariedad con las que llamamos clases dominantes. Unas existen sólo en relación a las otras. La actividad o inactividad de los dominados es básica para la reproducción del sistema que los domina, si éstos se ubicaran en una posición distinta podrían “trabajar para la construcción de sus intereses objetivos, que son distintos de los que el sistema les adjudica” (Palma, 1984), aunque debido a lo que Faleiros llama “despolitización de las demandas” construir una posición diferente se vuelve dificultoso.

Las demandas que aparecen con más frecuencia en el espacio de la atención a la Demanda Espontánea son la solicitud de derivación para la realización de estudios médicos, o intervenciones a otras Regiones Sanitarias, la realización de historias sociales como requisito en la evaluación pre-quirúrgica, ayudas médicas o la solicitud de acceso a programas sociales; la búsqueda de asesoramiento en cuestiones administrativas para el acceso a políticas sociales, a insumos médicos o información.

En general estas demandas son abordadas desde lo individual o lo familiar, buscando recursos para la construcción de la intervención en las familias de los demandantes. Las entrevistas, que aparecen como la herramienta principal de trabajo, se llevan a cabo de manera individual únicamente con el sujeto demandante, a menos que éste precise acompañamiento. ¿Aparece acá la necesidad del fortalecimiento del polo popular? ¿Es tomado en cuenta por estas profesionales? ¿Puede ser llevado a la práctica en este espacio singular?

Los recursos de la intervención que las profesionales reconocen son los informes sociales, folletería, información sobre programas y trámites institucionales relativos al “*acceso a la salud*” (entrevistada n°1). “*Los recursos son varios, desde una ayuda médica hasta un ingreso a hogar*” (entrevistada n°4). También aparece como recurso los referentes personales e institucionales de los sujetos demandantes, así lo comenta la entrevistada n° 2, “*creo que la persona si tiene una vinculación con otra organización, o con una iglesia, un centro de salud, un comedor que conozca más la situación del paciente que pueda acompañar a esta persona... con otro acompañamiento más que nosotros que lo único que hacemos es hacer un informe con lo que dice la persona ... queda muy vacío*”.

Cuando a la entrevistada 3 se le preguntó acerca de los recursos con los que se trabaja en la atención a la Demanda Espontánea, ella no reconoció la existencia de recursos institucionales, sin embargo nombró como tal la “*empatía*” y siguió: “*(Recursos) institucionales nada, eso como que está fuera de lo que la institución le puede brindar. Es esto, el laburo en conjunto con el paciente, porque herramientas desde la institución no las encuentro*”. En relación con los recursos humanos, la misma entrevistada mencionó como relevante los procesos de jubilación de profesionales, con el agravante de la pérdida de las partidas presupuestarias asignadas al Servicio Social del Hospital Zubizarreta. “*No somos nosotros los damnificados. Viene del ministerio. Se han perdido partidas porque por supuesto que se privilegia al médico. Como son horas del hospital y no del servicio... se acomodan las horas, a veces tiene que ver con “baches institucionales”*”.

La autonomía del profesional en la atribución de recursos y en la prestación de servicios se ve limitada por las condiciones institucionales de trabajo y por la disputa con otros profesionales por el mismo campo de acción (Faleiros, 1986). Esta situación genera en las trabajadoras sociales del Hospital Zubizarreta malestar, dificultando las prácticas cotidianas aunque sin poder modificarlas para contrarrestarlo.

Creemos que este inconveniente en la modificación de las prácticas puede estar marcado por la manera en que éstas quedan atravesadas por las relaciones de fuerza entre los diversos actores. Así, el trabajador social se encuentra en medio de los sujetos demandantes y quienes tienen el poder de decisión, donde se establece un juego de fuerzas por el manejo de los recursos y el poder de decisión, obteniendo el trabajador social el espacio de la asistencia (Faleiros, 1986). Allí las normas institucionales encuadran los problemas, determinan cuáles son, y la actuación del profesional “pasa a ser una forma de intervención en esos problemas institucionalizados en un esquema ya determinado por las normas de las instituciones” (Faleiros, 1986).

En este sentido, observamos que las prácticas se rutinizan, impidiendo que cada uno se apropie de sus actos. En términos de lo postulado por Onocko Campos (2008), la falta de cuestionamiento sobre la propia práctica, remite a lo que la autora define como “pequeña muerte cotidiana” ya que dejamos de lado nuestra propia humanidad y con ella nuestra identidad

profesional; en otras palabras estamos tomando la idea de alienación que propone Martinelli (1997).

Martinelli, postula la idea de la alineación en la profesión en perspectiva histórica. Ésta y sus intereses, eran absorbidos por el modo de "hacer" capitalista.

"Operando siempre con la identidad atribuida por el capitalismo y ostentando la cara de los detentores del poder - Estado, Iglesia, Clase Dominante- el Servicio Social caminaba en su proceso de institucionalización atravesado continuamente por el signo de la alienación que [...] llevaba a involucrarse con prácticas conservadoras, burguesas, que apenas procuraban la reproducción de las relaciones sociales de explotación fundamentales para mantener el proceso de acumulación capitalista" (Martinelli, 1997)

Podemos observar que este modo de "hacer" la profesión, históricamente reproducido, fragiliza la identidad profesional en tanto las prácticas se desarrollan en torno a intereses individuales, prosiguiendo con la lógica capitalista. La autora plantea una forma de hacer reificada propia de la sociedad capitalista, que no sólo alcanza al Trabajo Social, sino que a todos los trabajadores del sistema capitalista.

Volviendo a la caracterización del espacio, las demandas pueden presentarse ante las trabajadoras sociales de manera explícita, o aparecer implícitamente en un relato. En el primer caso los sujetos manifiestan claramente su necesidad y, en el segundo, ésta es críptica y aparece con claridad una vez repensada la situación. Los actores que demandan diferentes cuestiones son los propios sujetos, sus familiares y/o acompañantes, otros profesionales de la institución, profesionales y trabajadores de instituciones ajenas al Hospital que intervienen en la situación (como ser: juzgados, defensorías, obras sociales, instituciones del tercer nivel) y las mismas trabajadoras sociales.

*"Hay mucha gente que te viene diciendo 'yo no puedo comprar remedio, que puedo hacer?'. Otra que necesita una ayuda médica que tenés que tramitar, otras que vienen con el tema de pre-quirúrgico. Muchas veces te dicen 'no sé qué hacer con mi familiar; no me lo puedo llevar,*

*qué puedo hacer?’ Te vienen a pedir un lugar para llevarlo, o los enfermos terminales que tenemos lugares para llevarlos, o la gente en situación de calle, los problemas de adicción, de alcohol, de drogas” (entrevista n°4).*

*“Hay pacientes derivados de consultorios externos, vienen familiares de pacientes internados vienen pacientes espontáneamente sin que nadie los derive, que tienen atención en el Hospital o no para recibir distinto tipo de asesoramiento(...)” (entrevista n°2).*

*“Absorbemos personas que quieren tramitar informes, pacientes que andan circulando, absorbemos pacientes que tienen que hacer circuitos internos, están las ayudas médicas, los pacientes de oncología de primera vez (...)” (entrevista n°2)*

Como manifestó la entrevistada n° 2, reflexionando sobre la atención a la Demanda Espontánea, *“La persona va recorriendo lugares para obtener requisitos para poder acceder a una prestación y va de acá para allá, pierde tiempo. A nosotros tampoco nos sirve porque no podemos con esa única acción dar inicio a un proceso de intervención profesional. Es una acción muy aislada, concreta que tampoco puedes evaluar demasiado en esa instancia tan acotada algo tan particular. A la persona tampoco le interesa abordar otras cuestiones”.*

Según lo referido por las entrevistadas hay tres variables que entran en juego en este espacio: el espacio físico, el tiempo disponible y la cantidad de profesionales. En relación a la primera variable los lugares son *“reducidos”* e *“incómodos”* (entrevistada n° 2). En el caso del Hospital Fernández se cuenta con una oficina específica, de aproximadamente 2x3 mts, separada del espacio del Servicio Social, que permite, según apreciaciones personales, generar un espacio de privacidad. Por el contrario, en el Hospital Zubizarreta el espacio destinado no está separado del espacio general del Servicio. Allí hay cuatro escritorios disponibles para la atención, sin puertas, lo cual, según nuestra opinión, implica la falta de privacidad. En relación con el tiempo disponible, en el Hospital Fernández, según lo observado y el hincapié realizado por las entrevistadas, es rigurosamente respetado por las profesionales del Servicio Social. La entrevistada n° 2, en referencia a los turnos de atención a la Demanda Espontánea expresa que son

*“acotados, podemos explayarnos más o menos, por ejemplo, pacientes con patologías oncológicas (...) estas situaciones por ahí no está bueno abordarlas en la Demanda Espontánea*

*por el tiempo acotado que tenemos, por ahí hay una fila de gente, esperando. Por ahí intervenciones más interesantes que uno podría realizar en la Demanda (Espontánea) no se pueden hacer, entonces uno piensa: trato de hacer un filtro y en la Demanda Espontánea me enfoco en cuestiones puntuales de orientación, información, derivación y asesoramiento; y, con cuestiones más profundas, trabajo en otros ámbitos (...)*”

Aunque al indagar si creía conveniente la flexibilidad en la franja horaria destinada a la atención a la Demanda Espontánea, la entrevistada comentó que no lo ve como una modificación sustancial a la práctica generada en este espacio. En el Hospital Zubizarreta, aunque el tiempo del que se dispone está formalmente delimitado (de 8.30 a 12 hs.), no es rígido ya que, incluso atienden fuera de horario. Sin embargo, la mayor parte de las veces no se puede destinar el tiempo necesario a estas actividades ya que, como refirieron las entrevistadas n° 3 y n° 4, la cantidad de personal disponible no es suficiente. Esto está relacionado a la tercera variable. Según lo observado, las demandas en las salas de internación y las pocas profesionales del Trabajo Social dentro de esta institución hacen que no haya trabajadoras sociales disponibles para responder a la Demanda Espontánea, aunque en la organización diaria se intenta que la oficina no quede vacía para esta población. En el Hospital Fernández lo referente al personal no aparece como problemática ya que la disponibilidad de recursos humanos permite abordar los distintos espacios y actividades.

Por lo tanto, nos propusimos conocer si la preocupación sobre la burocratización de las actividades era tenida en cuenta por las profesionales. Las respuestas fueron las siguientes: La respuesta dada por la entrevistada n° 1 señala el modo en que se percibe al espacio destinado a la Demanda Espontánea como el sitio posible para la apertura del Servicio Social a la comunidad. La consultada dice, además, que así se genera la accesibilidad a los servicios del Hospital. En este caso el acceso está signado por la provisión de información y orientación sobre diversos trámites institucionales que tengan que ver con “el derecho a la salud”. La entrevistada contó que en este espacio de atención se llevan a cabo actividades que se acostumbran a realizar desde hace mucho tiempo y que, según su perspectiva, ya no son pertinentes al Trabajo Social. “*Si fueran realmente pertinentes, lo definiendo (al espacio de atención a la Demanda Espontánea)*”. La realización de estas actividades históricamente establecidas conllevan a que “*este espacio sea*

*una ventanilla más en la que el paciente tiene que pasar para que le pongan un sello y una firma en su peregrinar burocrático por la institución”.*

En cuanto a la entrevistada n° 2, y con respecto a la misma consulta, considera “(...) *Esto de realizar acciones aisladas que vos no sabes cual va a ser el resultado final, si esta persona consiguió acceder a una prestación social que indicaría el reconocimiento de algún derecho, no lo sabés, todo como que queda medio perdido. Uno se convierte en un oficinista que despacha informes, a veces sin ninguna conexión, sin ningún sentido. No sabés qué pasa. a eso... no le encuentro un sentido profesional. Es una cuestión meramente administrativa”.*

Por su parte la entrevistada n° 3 refiere que “*la mayor cantidad de pacientes vienen en el devenir institucional, en la trayectoria institucional porque vienen, porque los mandan, porque venir es parte de un ‘trámite para’*”, aunque ni ella, ni la entrevistada n° 4, reconocen activamente la burocratización de las acciones del Servicio Social. Creemos que esto sucede ya que las profesionales se identifican con los objetivos generales de la institución. Así su práctica cotidiana se relaciona con los procesos de externación de las personas internadas, en, como dicen ambas, “*las mejores condiciones posibles*”. De esta manera las acciones que tienden a la consecución de los objetivos institucionales, son resignificadas según un marco teórico-metodológico que se identifica con estos objetivos. Esto será retomado en el capítulo 4.

## 2.2. Demanda Espontánea en los Hospitales Fernández y Zubizarreta

En el caso del Hospital Zubizarreta, en el espacio de la Demanda Espontánea, los sujetos demandantes son entrevistados para conocer sus historias de vida y, además de dar respuesta a esa demanda, buscar otras situaciones que ameriten algún tipo de intervención profesional, según lo que refieren las trabajadoras sociales del Servicio Social. Esta actividad aparece de manera positiva para las profesionales que se encuentran dispuestas todo el tiempo a realizar este tipo de trabajo. Es un indicador de ello la negativa a dejar sola la oficina del Servicio Social, es decir, que se van turnando a lo largo de toda la mañana para que siempre quede una profesional capaz de dar respuestas si “*golpean la puerta*”. Al indagar en uno de los primeros encuentros sobre ese tipo de trabajo y comentar cuál era el prejuicio que surgía sobre la atención a la Demanda Espontánea, en relación con considerarlo un asunto administrativo, una integrante del Servicio

Social del Hospital en cuestión sonrió y dijo *“justo lo que para mí es más específico del Trabajo Social”*. Ella, como después aclaró, lo concibe de esta manera ya que según su perspectiva la posibilidad de que las personas se acerquen libremente a consultar al Servicio Social, permite generar un trabajo con el otro y sus condiciones de vida desde la necesidad que cada sujeto manifiesta. Agrega además que esto les permite indagar en la forma en que se lleva adelante su vida, y así buscar maneras de enfrentar las condiciones adversas. Esta respuesta es una clara expresión de su concepción de la tarea que debe desarrollar un profesional del Trabajo Social.

En relación a cómo se lleva a cabo la atención a la Demanda Espontánea en el Hospital Fernández, el proceso es diferente. La entrevista es orientada a las necesidades sentidas que los sujetos demandantes manifiestan. En caso de necesitar derivación a alguna de las áreas del Hospital, es posible que se realice el seguimiento de la situación y su abordaje pero ya no desde el espacio de la atención a la Demanda Espontánea sino en la sala de internación o en consultorios externos. A las profesionales del Servicio Social del mencionado Hospital se las nota (y así se manifiestan) más interesadas por hacer los seguimientos de las situaciones problema de la internación y, por el contrario a lo que sucede en el Hospital Zubizarreta, realizan otras actividades aunque ello implique no poder brindar el servicio de atención a la Demanda Espontánea durante la mañana. Lo que llama la atención es que en charlas informales dentro del servicio y en el pase entre un turno y otro de los profesionales, manifestaron que *“no es la actividad que más les gusta”*, debido a que aparece como más interesante el seguimiento de las situaciones en la internación.

### **Capítulo 3. Cultura institucional en Hospitales públicos de la CABA.**

A partir del posicionamiento en lo que respecta a considerar “lo público” como un campo de luchas, creemos que las políticas públicas se desarrollan desde las instituciones como cursos de acción encarados desde el Estado para resolver demandas y necesidades de la sociedad. Tienen el objetivo de dar respuesta y/o canalizar esos intereses y expectativas; pero, la visualización de su práctica se da sobre la base del reconocimiento de que éstas son el resultado de negociaciones en las que se articulan las acciones del Estado y la sociedad civil.

Será preciso, entonces centrarnos en la administración y ejecución de las políticas como ámbito conflictivo. Las instituciones del Estado aparecen como el espacio donde la relación entre lo histórico/social y lo individual se concretiza en el poder cotidiano de producir condiciones de desarrollo del poder social o, en otras palabras, como espacio de discusión y acuerdos de grupos que representan clases.

Para poder reflexionar acerca de las prácticas en las instituciones públicas como expresión de diferentes intereses en pugna, debemos situarnos por un momento en la reflexión acerca de la cultura organizacional. Es necesario que pensemos en el rol de los Estados en relación con la organización de sus instituciones. En este sentido, pensando a la Argentina como un país en vías de desarrollo<sup>20</sup> y, tomando los aportes de Mario Testa (2009), vemos que los países de América Latina se encuentran en el proceso de conformación y consolidación de organizaciones con un “nivel aceptable de funcionamiento”, en este momento el Estado intenta consolidar su capacidad de organizar, mediante las funciones de árbitro y de cohesión social, negociando entre los diversos grupos sociales. En este sentido “las instituciones de un país pueden entenderse como una expresión característica de la cultura nacional, como cultura institucional” (Testa, Op. cit).

Si bien podemos pensar en el escenario actual en el nivel macro político como de recuperación de derechos, en el cotidiano de las instituciones muchas veces esos derechos y las leyes que los garantizan no se respetan como es deseable (Lareo, 2004). En una entrevista con A. Arias y B. García Godoy, Lareo rescata que la existencia de legislación al respecto de los derechos, por un

---

<sup>20</sup> subdesarrollado o dependiente. No es motivo de este trabajo la discusión acerca de la pertinencia de una u otra denominación.

lado no garantiza el respeto de ellos, y por el otro “habla muy mal” de los actores que necesitan de una regulación formal, como son las leyes, para recordar la necesidad de éstos (2012). Es así que la autora se pregunta sobre tal problemática, resaltando la idea de la cultura organizacional. Sostiene que el problema radica en que quienes conducen las instituciones de salud reproducen la misma cultura de la que provienen, dejando las cuestiones vinculadas con el cuidado de los derechos en una relación de subalternidad respecto del pensamiento hegemónico de la atención médica (Lareo en Arias y García Godoy, Op. cit). Los diferentes actores que participan en los procesos de implementación de las políticas no necesariamente coinciden en su posicionamiento con los postulados que esta sostiene, “la cultura institucional tradicional, que sigue privilegiando un modelo biologicista, asistencial, a demanda y curativo, todavía lejano a un modelo de protección integral, preventiva y promocional y más centrada en los derechos” (Lareo, Ibid). En este sentido “la salud pública, considerada como un sector político-técnico del Estado, se encuentra atravesada por las múltiples determinaciones de la misma cultura burocrática y estatal que la alberga” (Menéndez, en Lareo et al, 2004).

La lógica y el escenario donde se desarrolla la implementación son diferentes de la lógica y escenarios de la planificación. De la misma manera los espacios de formulación de leyes difieren de los espacios de su aplicación. En este sentido, los derechos consagrados por la ley pueden no tener razón de ser en la práctica cotidiana por, entre otras cosas, las interferencias que la cultura institucional (burocrática y médico-científica) reproduce en el sistema de salud.

Menéndez introduce el concepto de “Modelo Médico Hegemónico” que refiere a una forma particular de trabajar en salud, principalmente con las enfermedades. Este incluye un conjunto de saberes, prácticas y teorías que se desprenden de la medicina científica y que desestiman aquellos saberes que no provienen de ésta. Sus principales características son: biologicismo, ahistoricidad, asociabilidad, aculturalismo, individualismo, orientación curativa, exclusión del saber del paciente, la tendencia a la medicalización de los problemas, la salud/enfermedad como mercancía, identificación ideológica con la racionalidad científica (2008).

### 3.1. Cultura y Gestión institucional.

¿De qué manera esto influye en el trabajo de las trabajadoras sociales de ambos servicios?

Observamos que se han ido reproduciendo formas culturales de trabajo aprendidas en la institución que, en ocasiones, aparecen como opuestas al propio posicionamiento de los profesionales respecto de ese trabajo y de su trabajo cotidiano.

Entendemos que para pensar y repensar la atención a la Demanda Espontánea de los Hospitales generales Fernández y Zubizarreta es necesario identificar los factores que la condicionan.

Testa entiende que la actividad cotidiana de los trabajadores de la salud se desarrolla como si fueran dos acciones separadas y simultáneas: por un lado el trabajo de diagnóstico y tratamiento; por el otro lo que el autor denomina la “función social” (2009). Ésta es la función que el médico desarrolla inconscientemente en función de las condiciones sociales que el Estado genera para esa práctica. El autor propone que es necesario identificar y entender las determinaciones de esas funciones como un proceso vivo que “autogenera permanentemente los comportamientos sociales”. La función social que cumple la institución médica y sus profesionales, derivada de los procesos de formación y consolidación del Estado, completa los procesos de control que ejercen los aparatos ideológicos del Estado para legitimar su existencia. En este sentido, la función social de la medicina<sup>21</sup> se plasma en el terreno de la ideología.

“El hospital moderno masacra a sus sujetos. A todos sus sujetos. Y a todos ellos de manera diferente, según su inserción institucional. Los usuarios fueron reducidos hace bastante tiempo a objeto por la medicina [...] Las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son únicamente las de los pacientes...” (Onocko Campos, 2008)

Los propios trabajadores de la salud se ponen en juego día a día en el Hospital. Este reproduce una forma de gestión racional y científica que deja de lado la humanidad, como si las instituciones pudieran ser pensadas “vacías de gente” (Onocko Campos, Ibid.). Paralelamente a lo anterior, el trabajo en el Hospital es uno de los trabajos más desgastantes en relación al constante enfrentamiento con el sufrimiento humano y la muerte, lo que afecta a sus

---

<sup>21</sup> Considerada en sentido amplio, como el conjunto de las profesiones de la salud.

trabajadores. Considerando las expresiones de la entrevistada n° 1 podemos ejemplificar lo dicho en sus palabras: *“El hospital es una institución densa que genera mucho malestar y mucho sufrimiento”* y añade *“me parece que el sufrimiento depende del espacio institucional... me parece que el hospital es un espacio que hace sufrir a todo el mundo... la propia estructura, el funcionamiento y las condiciones en las que se trabaja, digamos, los recursos con los que se cuenta... eso les pasa a todos (los profesionales), no sólo al trabajador social (...) como que todos encuentran dificultades”*

A continuación analizaremos estos condicionantes institucionales en el trabajo cotidiano de las trabajadoras sociales de los servicios en cuestión.

### 3. 1.1. Políticas públicas de salud

En este primer punto nos detendremos en la política de salud, tomando como punto de reflexión la Ley Básica de Salud 153 de la CABA.

Ésta se posiciona desde el enfoque de salud integral. La OMS la define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El objetivo de esta ley es la garantía del derecho a la salud integral. Para tal fin dispone de los siguientes principios:

1. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
2. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
3. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
4. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
5. La cobertura universal de la población;
6. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;

7. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones
8. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
9. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;
10. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;
11. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.
12. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

Por otro lado, la Ley 153 regula también los fondos y la organización de los programas y planes de salud. Las intervenciones de los servicios sociales de ambos Hospitales se dan sobre la base de la articulación con diferentes programas y políticas que proveen los diferentes ministerios del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación Argentina. La mayoría de las políticas a las que acuden se relacionan con la búsqueda de instituciones/programas acordes a la problemática de los sujetos, como por ejemplo, gestión de subsidios habitacionales/alimentarios, instituciones convivenciales para personas con discapacidad, instituciones convivenciales y paradores para personas en situación de calle como así también para tercera edad, entre otros, asimismo se establecen relaciones con los que provienen del subsector de Obras Sociales (principalmente las obras sociales relacionadas con jubilaciones y pensiones no contributivas). Existe además un trabajo exhaustivo por parte de las trabajadoras sociales en el que se ponen en contacto y articulan con hogares *conveniados* por el

gobierno de la Ciudad, la línea 108 (Atención Social Inmediata), con diversos dispositivos de alojamiento, recuperación y atención para personas en situaciones de vulnerabilidad. En los casos de los sujetos en situación de calle, las profesionales realizan vínculos con los paradores, hogares de tránsito, centro de día y noche, el programa BAP (Buenos Aires Presente).

Aparece así la contradicción entre la enunciación “*no somos únicamente entregadoras de recursos*” (entrevistada n°4)<sup>22</sup> y la constante referencia al rol del trabajador social como tramitador de recursos, visualizado en las prácticas y puesto en cuestión en varias oportunidades. Aquí nos preguntamos acerca de la forma de concebir las políticas del Estado con respecto a los procesos de salud-enfermedad, es decir, si somos mediadoras entre el Estado y los pacientes, y nuestro trabajo se constituye en tramitar recursos. Y un poco más allá, ¿las políticas del Estados son sólo los recursos? ¿Esto nos limita en el accionar? ¿de qué manera?

Los programas que formalmente se implementan en los Hospitales son el de Cobertura Porteña de Salud, Plan Médico de Cabecera, de Salud Sexual y reproductiva, de Salud Escolar, de Prevención y Asistencia de la Diabetes, de Salud Integral del Adolescente. Sólo en el Hospital Fernández funciona el Programa Materno Infantil, ya que el Hospital Zubizarreta no cuenta con ese servicio. Estos programas promueven acciones preventivas y de abordaje de diferentes problemáticas desde la perspectiva de la salud integral, aunque no ponen de manifiesto la forma de llevar estas acciones a cabo. Desde la perspectiva que asumimos al encarar el proceso investigativo pensamos que lo anterior da la posibilidad a los diferentes profesionales de generar acciones en función de los lineamientos estatales, pero basadas en las necesidades de la población específica de cada institución. Sin embargo, como esta visión está en permanente tensión con un paradigma de las políticas públicas como mera forma de redistribución del ingreso, muchas veces la aplicación de los programas se circunscribe a la entrega de los recursos que éstos proponen, quedando, por diferentes cuestiones, las acciones preventivas destinadas a la atención individual que recae tanto en trabajadoras sociales como en otros profesionales. Las trabajadoras sociales manifiestan que se ven impedidas de generar acciones para la prevención debido a la escasez de tiempo y de recursos humanos.

---

<sup>22</sup> Si bien esta expresión se empleó en la entrevistada n°4, estuvo presente en todas las que realizamos.

Según la Ley Básica de Salud de la CABA, el Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad. En función del presente trabajo nos situamos en la descripción y análisis del Subsector Estatal.

“El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control” (Ley 153, Título III, Capítulo I, Art. 13).

Este se organiza en tres niveles de atención en relación con sus capacidades de resolución.

El primer nivel de atención se constituye como la “puerta de entrada al sistema de salud”, destinado a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

El segundo nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación. En este nivel, se otorga atención a los comúnmente llamados “casos agudos”.

El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Es importante destacar, pensando en la articulación de los niveles de salud, que el Hospital Zubizarreta no cuenta con un CeSAC dependiente de su Área Programática. Lo contrario sucede con el Hospital Fernández el que tiene en su haber cuatro centros de salud, el CeSAC 17, 21, 25 y 26, ubicados en Retiro y Palermo. Sin embargo el Hospital no mantiene contacto con estos a menos que sea necesario tener referencia de pacientes internados, sobre todo con el CeSAC 21 ubicado en Villa 31. Al respecto nos surge la inquietud sobre las razones de estas diferencias entre ambos Hospitales. Si en el primero no hay centros de salud de atención primaria, y en el

segundo los hay pero sin real articulación con ellos, ¿qué implicancias tiene la ausencia de éstos si su presencia no genera articulación entre ambos niveles de atención? No nos detendremos sobre este punto, aunque no podemos pasar por alto este cuestionamiento y entender que amerita ser investigado.

Nos centraremos en el segundo nivel de atención ya que los Hospitales en los que se desarrollan las prácticas que deseamos comprender son parte de éste, son Hospitales Generales de Agudos.

Su organización se basa en:

1. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención;
2. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios;
3. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
4. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquellas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
5. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día;
6. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrareferencia;
7. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades;
8. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

En esta misma línea trabajan los servicios de salud en los Hospitales Generales que estamos tomando para el análisis. Los trabajadores de la salud se ocupan de “curar las enfermedades con las que los sujetos llegan al Hospital”, ya sea mediante una internación o el tratamiento ambulatorio, ese es su objetivo principal. Las problemáticas llamadas por estos trabajadores como “casos sociales”, aquellas que no se refieren a la “salud física” de los pacientes, son

derivadas a las trabajadoras sociales o tratadas en conjunto con ellas. Así la enfermedad aparece en primer plano y las cuestiones “sociales” son accesorias a ella, generándose una división entre esferas de la vida humana. Esta manera de ver la salud y la división de las tareas dentro de las instituciones marca formas de enfrentarse a los pacientes, a sus problemáticas y de posicionarse frente a ellas.

Por otro lado, formar parte del segundo nivel de atención y de la atención de “los agudos” parece imprimir una forma de trabajo basada en la constante incorporación de nuevos pacientes que necesitan una rápida atención, en función de la forma en que se da su proceso de salud-enfermedad. La referencia a la necesidad de camas y la necesidad del egreso de los internados, es constante.

### 3.1.2. Políticas institucionales

En este punto rescataremos aquellos lineamientos institucionales que influyen en el trabajo cotidiano. En el Hospital Zubizarreta se impone la necesidad de realizar todas las historias sociales de los pacientes que sean entrevistados, tanto aquellos que están internados como los atendidos en Demanda Espontánea. También aparece en las entrevistas la necesidad de “cumplir con las estadísticas”, de atender tanta gente como se pueda para dar cuenta de la eficiencia de los servicios de salud, concepto que retomaremos en los párrafos siguientes. La situación del Hospital Fernández es distinta en comparación a la del Zubizarreta. Las historias sociales son confeccionadas en tanto exista la necesidad de dejar asentadas las acciones realizadas con los sujetos, es decir, solamente se confeccionan aquellas de quienes atraviesan un proceso de internación prolongado, lo cual, según la institución, amerita el seguimiento de la situación. Las profesionales del servicio social no se rigen por las estadísticas, aunque sí completan una planilla para “*cumplir con los requerimientos de la Dirección del Hospital*” (entrevistada n° 2)

Sin embargo estas demandas institucionales no tienen un correlato en acompañamiento y el trabajo de las trabajadoras sociales está signado por el “dejar hacer”. Esto es lo que Weller llama modelo de mando basado en el “abandono” (no te mando, no te controlo, no te acompaño) (2007). Así lo refirió una de las trabajadoras sociales entrevistadas, quien dijo que la institución, en relación al trabajo cotidiano “*ni te ayuda ni te deja de ayudar*” (entrevistada n°4).

La producción de procedimientos toma relevancia sobre la producción de la salud, el trabajo muchas veces es definido en términos de las demandas institucionales y no de las demandas de los sujetos, en función de lograr eficiencia, de abaratar costos. Pero, y tomando a Onocko Campos (2008), nos preguntamos ¿quién precisa que los costos de los servicios de salud sean baratos, si están aquí para producir salud y no para ser eficientes? Este paradigma de la eficiencia se relaciona con la “reificación de la técnica” y, con ello, con la cultura en las instituciones basada en la atención médica científica.

Los trabajadores de la salud terminan olvidando su objetivo principal, la producción de salud, entrando en un proceso de alienación, en el que olvidan para qué están ahí.

### 3.1.3. Organización del Servicio Social

La resolución 482/2002 sobre la organización y funcionamiento de los servicios sociales en establecimientos asistenciales entiende la especificidad del Trabajo Social en salud como “la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares” Las trabajadoras sociales entrevistadas manifiestan trabajar en esta línea, desde la carencia y en la enfermedad de los sujetos. Esta resolución parece estar pidiéndonos un trabajo sobre lo observable, “la falta de” y “la no organización de” en la vida de los sujetos. Solucionando esto el problema quedaría subsanado, ignorando las causas estructurales de los problemas sociales. Creemos que esta propuesta de intervención debe estar cruzada por una concepción amplia de salud, que permita trabajar con la salud y no sólo con la enfermedad, de manera integral. En el capítulo 4 analizaremos cómo lo asumen las trabajadoras sociales entrevistadas.

Las funciones de los servicios sociales son

“Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la

calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales intra y extra sectoriales que obstaculicen su integral atención”.

En este punto, la resolución hace hincapié sobre el manejo de los recursos. Observamos que esto puede llevar a la institución a exigir a los servicios sociales un trabajo básicamente burocrático y de administración de éstos, dejando en segundo plano su capacidad de intervenir en la transformación de las condiciones de vida de la población.

Esta resolución establece los objetivos<sup>23</sup> de los servicios en función de “la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano” (Resolución 482/2002). Los Servicios Sociales tienen como objetivos:

- Abordar situaciones con mayor atravesamiento ante problemas de alta complejidad social, mediante los tres niveles de intervención profesional individual, grupal y comunitario, actuando (prioritariamente) en el lugar donde se genera la necesidad.
- Propiciar el acceso a la red de servicios o sistema en gran parte de los casos.
- Intervenir en la formación y articulación de redes sociales intersectoriales que contribuyen al cuidado y atención de la salud incidiendo en la disminución de la morbimortalidad.
- Generar actitudes de participación que faciliten la asunción de responsabilidades en el cuidado y atención de la salud entre los miembros de la comunidad a través de acciones de promoción, prevención, protección, atención y rehabilitación a fin de disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir.
- Realizar Investigación y Diagnóstico de las condiciones de salud en la población.
- Intervenir en la resolución de los procesos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

---

<sup>23</sup> Observamos que esta resolución en un párrafo identifica la “equidad” como objetivo y en otro “la resolución de los riesgos de enfermar y morir”, lo que nos resulta confuso a la hora de generar un análisis.

Los objetivos que establecen las trabajadoras sociales entrevistadas con respecto a su trabajo cotidiano se basan en las competencias que la institución y los compañeros de otros servicios les atribuyen. Así aparecen los siguientes:

- Lograr externaciones positivas.
- Acompañar a los pacientes durante las internaciones y los diferentes procedimientos.
- Funcionar como nexo entre el paciente y el médico.
- Alcanzar los estándares de eficacia institucional.

También aparece la noción de que los objetivos con los que trabaja el Servicio Social son marcados por la institución (cumplir estadísticas, confeccionar historias sociales), y que los objetivos específicos de la intervención están dados por las particularidades de cada paciente.

## Capítulo 4. Marco teórico-metodológico en Trabajo Social

Nos detendremos en conceptualizar lo que comprendemos como “marco teórico-metodológico” del Trabajo Social con el fin de exponer la relación que establecimos entre éste y la burocratización de la atención a la Demanda Espontánea.

### 4.1. Marco Legal del Trabajo Social

Nos parece relevante considerar la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 de 2014 puesto que es la que enmarca legalmente las prácticas y las decisiones que las trabajadoras sociales llevan a cabo en su trabajo cotidiano. Fue promulgada el 18 de diciembre de 2014 y es el primer marco normativo de carácter federal, ya que antes sólo existían normativas provinciales y una ley nacional. Establece definiciones, competencias, derechos y obligaciones vinculados con el ejercicio profesional del Trabajo Social en todo el país. Otro punto relevante y que conviene destacar es la colaboración de diversos colegios y consejos profesionales de todo el país, nucleados en FAAPSS<sup>24</sup>, en la realización de la misma (Consejo Profesional de Trabajo Social de la CABA).

La ley propone una perspectiva de la profesión abarcativa e integral, enmarcada en un proceso que, entendemos, comenzó con la Reconceptualización, de cuestionamiento y crítica a lo dado. En este sentido, y en referencia al ejercicio profesional, el artículo 4to de la misma expresa

“la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas (...) Respalda por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las

---

<sup>24</sup> Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social

humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar<sup>25</sup>”

Las incumbencias profesionales que propone la ley son:

1. Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional.

b) Planes, programas y proyectos sociales;

c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;

d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales.

2. Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

3. Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.

4. Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.

5. Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.

6. Intervención profesional en instancias o programas de mediación.

7. Intervención profesional como agentes de salud.

8. Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.

9. Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.

10. Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:

---

<sup>25</sup> ¿A qué refieren estos postulados si no es al concepto de salud que plantea Floreal Ferrara?

- a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;
- b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;
- c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.

11. Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.

12. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

De lo anterior rescatamos los puntos 3, 4, 7 y 10, como atribuciones de los/as trabajadores/as sociales en la atención a la Demanda Espontánea.

Creemos relevante rescatar esta ley en su carácter de articuladora de proyectos profesionales. En relación con los fundamentos de las intervenciones, la Ley 27.072 propone un Trabajo Social amplio y plural que permite el fomento de un proyecto colectivo del Trabajo Social. Al mismo tiempo asume un carácter orientativo sobre la direccionalidad que la profesión debe tomar en los tiempos que corren, además de un claro posicionamiento sobre sus objetivos.

Entendemos que las discusiones en torno a lo mencionado son de gran valor y aporte para la elaboración y el constante cuestionamiento de los marcos teóricos y metodológicos del Trabajo Social.

#### 4.2. Marco teórico metodológico

Entendemos al Trabajo Social como una profesión asalariada inscrita en la división social del trabajo. Para ello, nos posicionamos desde la perspectiva histórico-crítica (Montaño; 1998) en tanto la consideramos como esencial para comprender la ruptura con las formas de asistencia primitivas de caridad y filantropía, recuperando la esencia del Trabajo Social en relación al contexto político-económico en el que se desarrolla.

Montaño explica el surgimiento de la profesión debido a que se trata de

“un subproducto de la síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la cuestión social”.

Así, el trabajador social, analizando su profesión desde esta mirada, desempeña un rol político. Desarrolla estrategias de intervención en un campo de luchas sociales enmarcadas en un proyecto político-económico perteneciente a la clase hegemónica, que busca mantener el sistema, legitimándolo, articulándose con las demandas populares.

Al estar el Trabajo Social inmerso en el contexto de la sociedad capitalista, como contribuyente a las condiciones de reproducción social, es necesario que éste marque claramente su dirección ético-política. Tomando a Martinelli (2008), sostenemos que “es fundamental que tengamos una dirección social claramente posicionada para orientar nuestras acciones, relaciones y decisiones”. La cuestión metodológica implica supuestos explícitos y subyacentes, que incluyen aspectos ideológicos, políticos, conceptuales, éticos (Fuentes, s/f).

El debate sobre los fundamentos teórico-metodológicos nos desafía a preguntarnos qué hacemos, cómo, para qué y por qué. En tal sentido compartimos los conceptos elaborados por Netto cuando afirma: “el método no es un componente aleatorio, no es un objeto de elección arbitraria, en realidad, el método es una relación necesaria entre el sujeto que investiga y el objeto investigado [...] El método es la ecuación de la razón constituyente entre el sujeto y el objeto” (1984)

La pregunta principal se orienta entonces a la relación sujeto/objeto que atraviesa los desarrollos plasmados, como plantea Molina (2013) “el fundamento ético teórico del saber profesional sugiere el fundamento metodológico para la aprehensión del objeto [...]”. Éste debe permitir captar la sinuosidad del movimiento del objeto singular (Molina, Ibid), pero al mismo tiempo debe hacerlo siguiendo un

“compromiso ético con la no aceptación de la desigualdad social como expresión o contracara de la riqueza acumulada, las formas de discriminación y exclusión y la búsqueda de cómo construir caminos que desemboquen en un horizonte de justicia social de acompañamiento a los movimientos sociales que abogan por ello” (Molina, 2013).

Justamente, “la nobleza” de esta profesión se sustenta en el reconocimiento de la dignidad humana de los sujetos con los que trabajamos (Martinelli, 2008)

Desde la postura que adoptamos, tanto de lo metodológico en la profesión como desde la perspectiva que nos enmarca, de la salud colectiva, entendemos que trabajamos con seres tanto humanos como sociales, en los que están implicadas las condiciones materiales y subjetivas de la existencia. En este sentido la perspectiva política, ideológica y teórica que asumimos con respecto a los sujetos, la profesión y la realidad es dialéctica, histórica y humanista. Al comprender a la profesión y su praxis de esta manera nos sentimos interpeladas por los condicionantes del contexto en el que se desarrolla el Trabajo Social en los Hospitales objetos de estudio. En este sentido, no podemos desvincular la ciencia de lo político, ya que si lo hacemos caemos en una concepción positivista de ambas esferas, que niega el papel político de los procesos de conocimiento de la realidad, que no cuestiona lo dado, que reduce lo metodológico a lo instrumental, basándose en una lógica utilitarista (Fuentes, S/F).

Descartamos las interpretaciones a priori o inmediatistas de la realidad y sus formas sistemáticas en la aplicación de técnicas de intervención. Comprendemos que esto puede vencerse si ejercitamos la razón crítica y la abstracción, buscando capturar el movimiento sinuoso del objeto en sus mediaciones (Molina, 2013). El entramado institucional desde donde los sujetos son aprehendidos se presenta como arena de lucha por la conquista de los intereses de los que viven del trabajo. Por otro lado, es necesario penetrar en la apariencia del objeto para argumentar las explicaciones sobre sus condiciones de vida y de trabajo, fundamentando los caminos de la intervención elegidos en pos de la conquista de los derechos conculcados.

Retomando a Netto (1984), existen fundamentalmente dos matrices metodológicas. La matriz positivista, pensamiento que forma parte de la dinámica intrínseca de la sociedad capitalista,

“consiste precisamente en que el pensamiento no se libere (de la traba del fetichismo), que el pensamiento no trasborde esa apariencia cosificada de los fenómenos sociales”. Por otro lado, existe una vertiente inspirada en la obra de Marx, que entiende a los fenómenos sociales como relaciones sociales. Habiéndonos posicionado con respecto al proyecto de profesión al que adherimos, debemos dejar en claro que las diferentes formas de hacer y entender al Trabajo Social tienen sus propios fundamentos teóricos y políticos. Desde la perspectiva de la complejidad, la puesta en práctica de estos fundamentos del trabajo social nunca es pura sino que recibe influencias de ambas matrices metodológicas.

#### 4.3. Práctica profesional

Así como comprendimos a las instituciones como expresión de intereses en pugna, ahora nos detendremos en esos intereses. Aquí entra a jugar el Trabajo Social como actor plural y heterogéneo. Observamos unicidad en él, en su capacidad de trabajar con personas y sus atravesamientos desde una perspectiva social, pero al mismo tiempo es múltiple y contradictorio hacia su interior, cuando enfoca y genera acciones desde diferentes perspectivas. Por lo tanto, el Trabajo Social hospitalario está en una doble pugna, con otros actores de la salud y consigo mismo por la definición de un proyecto profesional hegemónico. En este sentido hemos observado que para las entrevistadas hay diferentes lineamientos que orientan su práctica. Una de ellas es guiada por el ideal de ayuda al otro, otra refiere que la transformación social es el motor de las acciones, otra entrevistada tiene la equidad social como objetivo, y también aparece, en el discurso de otra profesional, la reparación de los derechos vulnerados.

Estos lineamientos son más o menos similares a los lineamientos institucionales. Hemos observado que los objetivos profesionales singulares de las entrevistadas no son similares a los objetivos atribuidos por cada institución, pero sí se corresponden con los objetivos generales de los Hospitales Generales de Agudos.

La entrevistada n° 1, en relación con lo anterior, identificó como objetivos del Servicio Social en el espacio de la Demanda Espontánea “*informar y vehicular diversos trámites que tienen que ver con el acceso a recursos de salud*”, aunque encuentra que la gestión de algunos trámites no es “*pertinente*” a las competencias del Trabajo Social. Si bien defiende el espacio como forma

de acceso al Sistema de Salud, no acuerda con la participación de las trabajadoras sociales en las tareas administrativas de estos “trámites”.

Para la entrevistada n° 2, los objetivos de las trabajadoras sociales del Hospital son *“mejorar la calidad de vida de los pacientes, atendiendo la problemática de salud y la problemática social que pueda atravesarlo y que muchas veces repercute negativamente en el proceso de salud o de recuperación”*. Esto va en línea con los objetivos institucionales, aunque reconoce que no le encuentra sentido a los objetivos que la institución les atribuye en el espacio de la Demanda Espontánea, llenar *“papelitos para acceder a una prestación”* les deja una *“sensación de vacío”*.

La entrevistada n° 3 refirió *“Yo a veces siento que el trabajador social en un Hospital es una especie de nexo entre el médico, la medicina pura y el paciente. Una especie de traductores o intermediarios que ponemos en un lenguaje accesible y cercano al paciente todo lo que se va desplegando alrededor de su situación de salud (...) Hacemos el aporte de que pasan otras cosas. Ponemos al paciente en un contexto, en un ámbito social, en una familia”*.

Entendemos que esto está en línea con los objetivos institucionales ya que la misma entrevistada se percibe como parte del proceso de la atención a la salud-enfermedad de las personas que allí se lleva a cabo, con sus particularidades contribuyendo a la comunicación entre los profesionales y los sujetos. Sin embargo, contrapuso los intereses institucionales con las necesidades de los sujetos, manifestando que *“hay un montón de variables que a la institución no le importan. Hay una necesidad de camas. Las necesidades de la institución corren por carriles distintos de las necesidades de los pacientes”*. Lo anterior aparece como negativo para la entrevistada, pero no es cuestionado, por el contrario, es legitimado al comprender que *“el objetivo institucional, que es ser un Hospital de Agudos se cumple”*.

Para la entrevistada n° 4 los objetivos de la intervención se definen con cada uno de los *“pacientes”*, sin embargo, al preguntarse sobre los objetivos que la institución atribuye al Servicio Social ella dijo *“para el Servicio (Social) sí hay estadísticas que cumplir, esos objetivos hay que cumplir. Sí nos tenemos que comprometer, hay una estadística que cumplir<sup>26</sup>, la parte administrativa”*. En este sentido la entrevistada no reconoció trabas o dificultades producidas por

---

<sup>26</sup> Refiere a hacer las estadísticas, a volcar los datos en la planilla.

el devenir institucional para la intervención en las situaciones de las personas ya que esta no interviene en esos procesos. Reconoció como propia las tareas administrativas. Sí identificó dificultades con los “recursos”, *“Muchas veces el recurso no llega, o no hay.”*

Consideramos que estos pensamientos son una construcción por parte de las profesionales en su paso por la institución atravesadas por la cultura institucional que describimos, la comprensión de sus objetivos desde una perspectiva particular, que está signada tanto por los lineamientos institucionales, como por la propia historia del Trabajo Social y los servicios sociales hospitalarios. Lograr la atención de “los agudos”, realizar la rápida externación de los sujetos. Esto representa el avasallamiento que produce la institución en las profesiones. Poder salir del “rito burocrático” (CELATS, 1995) es construir las necesidades de los sujetos y traducirlas junto a las capacidades y recursos de la institución. Si no, sucede la legitimación acrítica de las prácticas, postulada por la entrevistada.

En referencia con lo observado y de acuerdo con lo postulado por las profesionales entrevistadas, creemos que, en cierta medida una forma de intervenir, acotada y asistencial, todavía marca las prácticas cotidianas en relación a los requerimientos institucionales en este espacio en particular.

En el espacio de entrevista, la entrevistada n° 3 sostuvo que el trabajador social interviene desde una posición de mediador entre lo solicitado por la institución y lo que lo define como profesional. Así es que se desarrollan diversas estrategias profesionales en pos de “traducir” los dichos de los sujetos para transformarlos en demandas, según lo referido por la profesional. Sin embargo, la mayoría de las veces, los abordajes de las diversas problemáticas, se hacen en función del objetivo básico de la institución que será la externación de la persona internada de manera “rápida”; *“lo que espera la institución es que el paciente salga de alta, en algunos casos en las mejores condiciones posibles, en otros, que se vaya. Ahí está nuestro laburo, lograr las mejores condiciones”* (entrevistada n° 4).

Las actividades realizadas en los Servicios Sociales Hospitalarios en la actualidad toman caminos diversos y hasta inusuales, según lo explicado por las profesionales. Rescatamos que, si bien no observamos una reflexión de la práctica en este espacio, no nos parece menor el hecho de que ésta provoca incomodidad, a tal punto de querer desvincularse de los lineamientos de acción instituidos históricamente y que, a su entender, no hacen a la profesionalización del trabajo social

en el ámbito de la salud. La entrevistada n° 2 relaciona este “quehacer” con el tipo de políticas que se ponen en juego en los Servicios Sociales y que, a nuestro entender, son instituyentes de las prácticas. Al respecto señala: *“hoy en día siento que mi intervención transforma, pero hago muchas acciones paliativas, de emparchar, no? o por ahí de brindar respuestas que sé que no le van a resolver la problemática estructural a esa persona (...) Mi intervención como que es muy acotada, uno trabaja con las políticas del estado, políticas sociales y recursos estatales<sup>27</sup> (...) políticas reducidas, muy pocos recursos, a veces uno quisiera brindar otras alternativas (...) y no hay”*

Por su parte, la entrevistada n° 1 señala que *“las prestaciones de asistencia médica o no médica, social digamos, que brinda el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (...) tiene políticas que son focalizadas, asistenciales con toda la lógica de las políticas focalizadas, neoliberales... fragmentadas, temporarias que brindan un salvavidas, un paliativo por un tiempo determinado, nada más... no hay resoluciones más estructurales, no son capaces de abordar las situaciones en su complejidad”*

Podemos observar, sin embargo, que el malestar que estas contradicciones generan, no implica buscar un cambio en esta forma de trabajo, sino que las lleva a generar comportamientos ideologizados como mecanismos de defensa porque

“Muchos actores pierden el sentido, en su doble acepción de por qué y para qué estamos y hacemos. Algunos simplemente “están”. Otros reconstituyen el sentido desde sus propias aspiraciones, que no siempre son compatibles con el “sentido formal” de la organización.”(Onocko Campos, 2008).

Los trabajadores desarrollan mecanismos de defensa frente a la pérdida del sentido de las acciones, uno de los cuales es el “comportamiento ideologizado”, discursos cargados de valores (tanto positivos como negativos) que impiden el cuestionamiento de esas prácticas (Onocko Campos, Ibid).

---

<sup>27</sup> Rescatamos que las políticas y recursos a los que hace referencia la entrevistada, se enmarcan en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2015

Los condicionantes institucionales identificados anteriormente están ocultos ante la mirada de las profesionales insertas en estos Hospitales, lo que hace poner el eje de su malestar en otros puntos, como ser la falta de personal, la constante crítica a la falta de espacios de intercambio en el Hospital Zubizarreta; o la queja sobre las tareas que se realizan en el espacio de la Demanda Espontánea, en el caso de Hospital Fernández.

A partir de lo expuesto plantearemos como conclusión nuestra posición al respecto.

**Conclusión.**

Somos conscientes de que el origen y la historia de nuestra joven profesión tiene una estrecha ligazón con los procesos de reproducción del capitalismo. Sin embargo, el *aggiornamento* de la misma también tiene un compromiso fundamental con el cambio social. En el meollo del Trabajo Social vive esta contradicción.

En el espacio entre el compromiso por el cambio social y la reproducción del sistema capitalista, se encuentra el trabajador social en su rol de mediador entre el Estado y los sujetos demandantes de su intervención. Es un trabajador asalariado que participa de la división social del trabajo, su campo laboral está focalizado, principalmente, en las organizaciones del Estado que lo emplean.

En las instituciones en que se desempeña, las relaciones sociales capitalistas se manifiestan de manera concreta en problemas que atraviesan las vidas de las personas. A eso llamamos “situaciones problemáticas”. Es sobre ellas que el trabajador social interviene.

Su abordaje puede darse de diferentes maneras en relación con el nivel de complejidad con que el profesional las interprete. Cuando la comprensión se da considerando los orígenes teóricos e históricos, además de las estructuras que sostienen a la “situación”, la intervención se establece de manera integral teniendo en cuenta la complejidad de la realidad que la enmarca. En cambio, si la comprensión se da desde lo observable y concreto de la vida cotidiana, la intervención será inmediatista y espontánea. Sin embargo, esta realidad también es compleja, y actuar de esta manera no significa hacerlo sin reflexión. Es decir, la relación práctica-teoría no es lineal. En este punto también intervienen el contexto político social, institucional en el que cada trabajador social se desarrolla.

El trabajador social convive con un bagaje teórico-metodológico que lo motiva a generar una práctica con ciertas características. Nos referimos a la matriz teórico-metodológica del Trabajo Social. La que atraviesa todo el accionar del profesional implícitamente.

Estimamos relevante exponer cómo esta idea se fue modificando a lo largo del proceso investigativo en el que hemos ubicado a la burocratización de las acciones profesionales como producto de la puesta en práctica del marco teórico metodológico de las trabajadoras sociales.

Sin embargo al recapitular sobre lo investigado notamos que esta es mas pertinente a los mandatos institucionales que a los proyectos profesionales.

Retomando la idea de que las matrices metodológicas nos cruzan todo el tiempo, no podemos pensar una acción profesional desprovista de reflexión a partir de las mismas. En este sentido, son los mandatos institucionales, basados en las leyes y decretos analizados<sup>28</sup>, los que exigen al trabajador social actuar de maneras rutinarias y mecanicistas. Este accionar es lo que aparece en los observables de manera burocrática y alienada.

Son las instituciones las que definen los objetivos de los servicios sociales, desde una concepción del Trabajo Social que no condice con la de la propia profesión (sólo pensemos en la definición del Trabajo Social en la Resolución 482 y en la definición del Trabajo Social de la ley 27.072), conllevando a la pérdida de sentido de las intervenciones de las trabajadoras sociales, a partir de un malestar que la institución genera.

El espacio de la Demanda Espontánea tiene a su favor la accesibilidad que genera en sí mismo, de ser un momento de encuentro con la institución hospitalaria<sup>29</sup>. Sin embargo, en ese espacio se busca la resolución de cuestiones administrativas o que requieren de una intervención de índole administrativa que el trabajador social, en función de la organización institucional, debe realizar.

Rescatamos también que, ese espacio, que por momentos puede parecer vacío de contenido al reproducir acciones administrativas, no está desprovisto de humanidad. Allí se encuentran dos personas cara a cara y, con mayor o menor éxito, se dan respuestas a los planteamientos de quien demanda. ¿No será este espacio, como decía una integrante del Servicio Social del Hospital Zubizarreta, *“lo más específico del Trabajo Social”*, permitiéndonos encontrarnos cara a cara con el otro y viendo qué está impidiendo la plena calidad de vida de estos sujetos para orientarlos en el *“peregrinar burocrático”* por el pleno goce de sus derechos?

En este sentido retomamos los aportes de Giddens. Por un lado, los mandatos institucionales, que representan la estructura del trabajo cotidiano de las trabajadoras sociales, condicionan la acción para la reproducción de las prácticas “eficaces”. Por otro lado, esta institución que limita la acción, la habilita por otro canal. La cultura del “dejar hacer” permite a las profesionales llevar a

---

<sup>28</sup> Que apenas se pueden definir las competencias profesionales.

<sup>29</sup> Que muchas veces excluye por otros canales

cabo las acciones fundamentadas en un proyecto ético-político comprometido con las personas. Sin embargo, así como la construcción de esta cultura organizacional lleva décadas de construcción cruzada por conflictos e intereses diversos, su deconstrucción será igual de conflictiva y heterogénea. Debemos estar atentas a este proceso, contribuyendo a él en las instituciones y desde la academia.

Aquí se observa la contradicción principal de este espacio. La perpetuación de acciones burocráticas que piensan a las instituciones “vacías de gente”, pero que al mismo tiempo revalorizan la humanidad de los sujetos demandantes en el encuentro cara a cara. La contradicción es válida ya que la realidad es compleja. Los desafíos pendientes tienen que centrarse cada vez más en comprender las relaciones entre los sujetos y el Trabajo Social, para poder, desde las instituciones trabajar en conjunto con los sujetos demandantes por la construcción de las condiciones óptimas de vida de los que viven del trabajo.

Lo que planteamos a partir de la elaboración de este trabajo de investigación es la resignificación de ese espacio, el aprovechamiento del mismo para la pregunta continua, para evitar caer en la rutina y la respuesta sistematizada y mecanizada, aquella que le sirve a la institución en función de los objetivos que persigue, pero que no puede dejar de lado que ese “encuentro cara a cara” es con un otro, sujeto de la intervención.

A partir de las charlas mantenidas con las referentes hemos reflexionado que la construcción, el desarrollo y la constante revisión de un proyecto profesional, comprometido con la humanidad propia y ajena, tendrá que ver con la perspectiva desde la cual se posiciona el trabajador social teóricamente. Esto le da la posibilidad de repensar la profesión de manera recursiva y no como un proceso acabado, que conciba a la teoría en relación dialéctica con la práctica. Creemos que el acercamiento a la academia, la investigación como forma de desnaturalizar la realidad con la que trabajamos y las prácticas que generamos junto con la constante capacitación y actualización son una manera de repensarnos y de buscar constantemente un compromiso con las prácticas y con los sujetos de la intervención.

### **Bibliografía.**

Amelotti, Florencia; et al (2012) “Trayectoria del Servicio Social en el Hospital Pirovano”. Revista Margen N° 66. Ciudad de Buenos Aires.

Arias, Ana; García Godoy, Bárbara (2012) “Conversaciones sobre lo público” - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Año 2 - Nro. 4.

Belmartino, Susana (2005) “Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina” Revista Salud Colectiva – Universidad Nacional de Lanús. Año 1. Número 2. La Plata. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/index.php/saludcolectiva-revista02>. Última revisión: 11 de agosto de 2015.

Belmartino, Susana (2007) “Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad”. En: TORRADO, Susana (organiz). Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Edhasa. Buenos Aires

Bernater, Giselle; Ríos Renterías, Cecilia (2013) “Reflexionando sobre la intervención profesional en Consultorios Externos de Servicio Social”. Revista Margen N° 68 – abril 2013. Disponible en: <http://www.margen.org/>. Última consulta: 17 de junio de 2015.

Calderón Gutierrez, Fernando (2004) “Sociedad y cambios en América Latina” en Di Marco, G y Palomino H. Reflexiones sobre los movimientos sociales en Argentina. Editorial J. Baudino. Buenos Aires.

Resultados del Censo 2010. Disponible en:

[http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro\\_caba.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_caba.asp). Última consulta 13 de enero de 2016.

CELATS (1995). La práctica profesional del Trabajador Social. (Guía de análisis) 4ta ed. Editorial Humanitas.

Clacso (2012) “(DES)ENCUENTROS ENTRE REFORMAS SOCIALES, SALUD, POBREZA Y DESIGUALDAD EN AMÉRICA LATINA” / Carmen Midaglia ... [et.al.] ; coordinado por Carlos Fidel y Enrique Valencia Lomelí - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; Centro de Desarrollo Territorial de la Universidad Nacional de Quilmes

Crojethovic, María; Ariovich, Ana. (2006) “La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas” Papeles de trabajo. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. Año 2, nº 4, Buenos Aires, noviembre de 2008. Dossier “Transformaciones de la Argentina contemporánea”. Disponible en: [http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04\\_2\\_Crotehovic\\_y\\_Ariovich.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_2_Crotehovic_y_Ariovich.pdf). Última consulta 13 de enero de 2016.

Devillard, Marie José; Adela Franzé MUDANÓ y Álvaro PAZOS: “Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico”. En: Política y Sociedad, 2012, Vol. 49 Núm. 2 – UCM. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/36512>. Última consulta 14 de marzo de 2016.

Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Encuesta Anual de Hogares 2011. Disponible en: [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/2011\\_tabulados\\_basicos.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/2011_tabulados_basicos.pdf) Última consulta 13 de enero de 2016.

Duarte Nunes E. (2010) Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. Salud Colectiva. 2010;6(1):11-19. Revista SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(1):11-19, Enero - Abril, 2010.

Escalada, Mercedes; Fernández Soto, Silvia; Fuentes, María Pilar (2001) “Acción Estructura y sentido en la investigación diagnóstica.” El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional. Buenos Aires. Editorial Espacio.

Faleiros, Vicente de Paula (1986) Trabajo Social e Instituciones. Buenos Aires. Editorial Humanitas.

Ferrara, Floreal (1985) “Teoría Social y Salud” Catálogos Editora. Buenos Aires.

Fuentes, María Pilar (S/F). La cuestión metodológica como cuestión esencialmente política. Revista escenarios. La Plata

Giddens, Anthony (1967) Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías interpretativas. Amorrortu editores. 1971. Buenos Aires.

Iamamoto, Marilda (s/f) “Intervención profesional frente a la actual cuestión social” en: Severini, Sonia (coord.) “Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover la inclusión. VIII Jornadas de Servicio Social”. , Buenos Aires, Ed. Espacio. Págs. 93 a 118.

Lareo, Marina; Di Lauri, Analía; Enciso, Daniel; López, Norma; López, Susan; Molina, Pablo; Oliva, Karina; Suffia, Laura. (2004) “Salud pública, capacidad estatal y equidad: una decisión política a implementar...“. II Congreso Nacional de Políticas Sociales (Mendoza, septiembre 2004). Programa de Facturación de Prestaciones de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Martinelli, María Lúcia (1997) “Servicio social: identidad y alienación” Cortez Editora. San Pablo.

----- (2008) “Reflexiones sobre el Trabajo Social y el proyecto ético-político profesional” Revista Escenarios: Prácticas profesionales y prácticas sociales contemporáneas.. Año 8, N°1. Julio 2008. Espacio Editorial. UNLP. La Plata.

Menéndez, Eduardo (1992) “Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales.” P. 97 a 113. La antropología médica en México. Universidad Autónoma Metropolitana. México, Primera Edición.

----- (1994) La enfermedad y la curación: Qué es medicina tradicional. Revista Alteridades N°4. P 71 a 83. México.

----- (2008) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.” Salud colectiva, Hugo Spinelli compilador. 2008. Lugar editorial. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2012) Libro del derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en la Argentina. Coordinador: Daniel A. Yedlin. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a-%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf>. Última consulta 13 de enero de 2016.

Molina, María Lorena (2013), “Capítulo IV. A modo de epílogo: disciplina o profesión y las implicancias en la aprehensión de los fundamentos de la intervención.” Hacia una intervención profesional crítica en Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Montaño, Carlos (1998) La naturaleza del Servicio Social. Buenos Aires. Cortez Editora.

Netto, José Paulo (1984) “Método y teoría en las diferentes matrices del Servicio Social” Serviço Social & Sociedade n° 14. San Pablo. Cortez Editorial.

Noreña, Ana Lucía; Alcaraz-Moreno, Noemí; Rojas, Juan Guillermo; Rebolledo-Malpica, Dinora (2012) Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. AÑO 12 - VOL. 12 No 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2012 1 263-274. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>. Última consulta 14 de febrero de 2016

Onocko Campos, Rosana, (2008) “Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria” Salud colectiva, Hugo Spinelli compilador. 2008. Lugar editorial. Buenos Aires.

Palma, Diego (1984) Una reflexión metodológica en torno a la promoción social de los sectores populares. Buenos Aires. Hvmánitas - CELATS.

Pastorini, Alejandra (2000) “¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “Concesión-conquista”.” En: Borgiani, Elisabete; Montaña, Carlos (coord.) La Política Social hoy. Cortez Editora. Sao Paulo.

Rovere, Mario (2004) “La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto”. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur mayo 2004. Disponible en:

<http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>. Última consulta: 13 de enero de 2016.

Sousa Minayo, María Cecilia (2013) “La artesanía de la Investigación Cualitativa”. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Spinelli, Hugo (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 275-293 Universidad Nacional de Lanús Argentina. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73115348004>

Tenti Fanfani, Emilio (1993) “Cuestiones de Exclusión social y política” en Desigualdad y Exclusión. Unicef-Losada. Buenos Aires.

Testa, Mario (2009) Pensar en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Travi, Bibiana (2006) La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Buenos Aires. Espacio Editorial.

Veronelli, Juan Carlos; Veronelli Correch, Magalí (s/f) Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo 2. Capítulo 6. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Wagner De Sousa Campos, Gastao. (2001). Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Weller, Silvana (2007) “La gestión como espacio de cambio (desde dónde)” en Hechos y palabras: La experiencia de gestión de la Coordinación Sida. Organizador: Bloch, Claudio. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.

**Marco normativo.**

Ley 153, CABA. Ley Básica de Salud.

Ley 27.072. Ley Federal de Trabajo Social.

Resolución 482/2002, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.