

**margen** N° 66 – setiembre 2012

Proyecto Anual de la Residencia 2011 – 2012

## Trayectoria del Servicio Social en el Hospital Pirovano

Por Florencia Amelotti, Sabrina Burgo González, Ivana De Rosa Suarez, Nadia Fernández Ventura, Maitena Fidalgo, Celina Gastón, Jimena Villafañe y Liliana Zapata

**Florencia Amelotti.** Residente 1º año Servicio Social Hospital Pirovano.

**Sabrina Burgo González.** Residente 2º año Servicio Social Hospital Pirovano.

**Nadia Fernández Ventura.** Residente 1º año Servicio Social Hospital Pirovano.

**Maitena Fidalgo.** Coordinadora local de la Residencia de Servicio Social del Hospital Pirovano.

**Celina Gastón.** Residente 3º año Servicio Social Hospital Pirovano.

**Jimena Villafañe.** Residente 3º año Servicio Social Hospital Pirovano.

**Liliana Zapata.** Instructora de Residentes Servicio Social Hospital Pirovano.

**Ivana De Rosa Suárez.** Residente 2º año Servicio Social Hospital Dr. I. Pirovano.

### Introducción

El presente trabajo se inscribe en el marco del Proyecto Anual de la Residencia de Servicio Social en Salud en el Hospital Dr. I. Pirovano, en el período 2011-2012. En el mismo, se propuso indagar acerca del *surgimiento y trayectoria del Servicio Social del hospital*, ubicándolo en el marco del proceso de institucionalización de los servicios sociales hospitalarios en Argentina como política de salud pública y como proceso socio-histórico, con condicionantes sociales, políticos e institucionales. El análisis se centra en los diversos dispositivos de intervención construidos a lo largo de la trayectoria institucional del Servicio Social, teniendo en cuenta las problemáticas sociales de acuerdo a cada momento socio-histórico y la organización interna del Servicio desde el surgimiento del mismo hasta la actualidad. Se entiende por dispositivo de intervención al conjunto de acciones y prácticas desarrolladas por el trabajador social para brindar respuestas a las diversas problemáticas sociales existentes, teniendo en cuenta a los sujetos involucrados, la interpretación que hacen los mismos sobre el problema manifestado, las condiciones de vida materiales y simbólicas, así como los recursos disponibles.

Para la concreción de este proyecto, se recurrió a fuentes primarias, mediante la realización de diez entrevistas semi estructuradas a distintas trabajadoras sociales que se desempeñaron profesionalmente en el Servicio Social del Hospital Pirovano, y secundarias, a partir de material bibliográfico y análisis de trabajos e informes realizados por trabajadoras sociales residentes que llevaron a cabo esta capacitación en la sede.

Cabe resaltar que este trabajo busca recuperar la experiencia puntual de cada una de las entrevistadas, privilegiando la dimensión vivencial y subjetiva, fundamentada en el valor de relato de sus protagonistas, no pretendiendo agotar las instancias del recorrido histórico del Servicio Social. Las situaciones de entrevistas se convirtieron en un “punto de encuentro” entre generaciones de profesionales en dichos espacios se asignó especial importancia a la “palabra” como elemento constitutivo de la subjetividad de las trabajadoras sociales.

Si bien nos interesa mirar la trayectoria del Servicio Social en su conjunto, por una cuestión

de acceso a la información y a las entrevistadas, prestamos especial atención a la “historia reciente del servicio”<sup>1</sup>.

Se considera que la reconstrucción de las prácticas profesionales, desde una perspectiva histórica, permite brindar aportes a los profesionales del Servicio Social. Dichos aportes fomentan el análisis y reflexión sobre los actuales dispositivos de intervención a la luz de los implementados con anterioridad, el rol profesional asignado por la institución y el asumido por el trabajador social en los distintos momentos históricos a nivel político y a nivel institucional.

Se espera que esta indagación promueva interrogantes o inquietudes que colaboren en la elucidación de la práctica profesional, del rol del trabajador social en un hospital general y de los condicionamientos históricos y coyunturales, pasados y presentes. A su vez, la reflexión puede dar lugar a pensar nuevas formas de intervención y modificaciones de los dispositivos, a nivel de implementación, de evaluación y de su impacto a través del tiempo.

El análisis de la trayectoria del Servicio Social en el Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano nos resulta de fundamental importancia para pensar y repensar la práctica profesional actual.

## **OBJETIVO GENERAL**

- *Indagar sobre el surgimiento y trayectoria del Servicio Social en el Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano.*

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar el surgimiento del Servicio Social en el Hospital Pirovano, en el marco de las políticas de Salud Pública.
- Conocer los diversos dispositivos de intervención a lo largo de la trayectoria institucional del Servicio Social.
- Profundizar sobre la construcción de las problemáticas sociales de acuerdo a cada momento socio-histórico desde el surgimiento del Servicio Social hasta la actualidad.
- Analizar la vinculación del los/las profesionales de Servicio Social con otros profesionales del equipo de Salud.
- Describir el recorrido histórico de la Residencia de Servicio Social en Salud al interior de la sede del Hospital Pirovano

## **MARCO REFERENCIAL**

Para el análisis realizado en el presente trabajo, resulta importante comprender, en primer lugar, que entendemos por salud integral y salud pública, conceptos que enmarcan las prácticas profesionales del Servicio Social en el ámbito de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. En relación con estos conceptos se encuentra la definición de lo que entendemos como política pública y política social, inherentes a las instituciones de salud pública.

En segundo lugar, consideramos necesario para el análisis de la trayectoria de los

---

1 Se destacan en términos de la historia reciente del Servicio Social la jefatura actual Lic. Goicoechea Adela desde el año 2008 y la anterior de la Lic. Davico Cristina desde el año 1982 hasta el 2008.

---

dispositivos de intervención del Servicio Social del Hospital Pirovano retomar las nociones de intervención social del trabajador social y de problemáticas sociales.

Por último, se definirá qué entendemos por surgimiento y trayectoria de los Servicios Sociales hospitalarios.

## SALUD INTEGRAL

La salud y la enfermedad se consideran como un proceso colectivo, profundamente influido por determinantes sociales que deben ser tenidos en cuenta para poder contribuir efectivamente a la protección de la salud de las poblaciones y las personas. Este enfoque lleva al concepto de salud integral: el nivel de salud está asociado *“no sólo a la atención médica sino a la satisfacción del conjunto de necesidades de las personas tales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”*.<sup>2</sup>

De esta forma se parte de la concepción de salud de forma integral, teniendo como base la realidad compleja que lo determina, es decir, se concibe a la misma como un proceso dinámico de salud-enfermedad que radica en la sociedad en su conjunto, y que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y vida. El contenido de salud está señalado por esa realidad, enfatizando así su carácter histórico y social, caracterizada por su complejidad y sus múltiples dimensiones. Se debe entender al proceso de salud-enfermedad *“como integrante de un sistema profundo y complejo, adheridos a otra realidad más compleja aún que le es determinante y que se expresa globalmente como el sistema productivo del cual y, por el cual existe”*<sup>3</sup>. Esta concepción del proceso de salud-enfermedad nos plantea la cuestión de concebir a los sujetos de intervención como sujetos activos en el proceso que los atraviesa, dejando de concebir al mismo como algo exclusivamente biológico e individual y entendiéndolo como *“un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí de cierta manera, es decir, que trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas”*<sup>4</sup>.

## POLITICAS PÚBLICAS Y POLÍTICAS SOCIALES

Es necesario, en primer lugar, destacar que se entiende por política social y su diferencia con las llamadas políticas públicas. Siguiendo a la autora Danani, se puede definir a las políticas sociales como *“aquellas específicas intervenciones sociales del Estado que se orientan directamente a las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales, y que lo hacen operando especialmente en el momento de la distribución secundaria del ingreso”*<sup>5</sup>. La distribución secundaria del ingreso se orienta a los mecanismos de redistribución que se le superponen a la distribución primaria, es decir al proceso de producción, y que permite distinguir analíticamente las políticas sociales de las económicas o públicas, y entre las primeras y las políticas laborales. En este orden de cosas, se señala que las políticas sociales son constructoras de modos de vida y de condiciones de reproducción de la vida de una sociedad, que teniendo en cuenta la estructura de clases, son de carácter diferenciado en función de los grupos que la conforman.

Entonces, el Estado *“es inmediateamente el ámbito de referencia privilegiada de la reproducción social entendida ésta en el sentido amplio de la recreación del reconocimiento de las*

2 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153. Art. 3. Inc. A.

3 Ferrara, 1985.

4 Rojas Soriano

5 Danani, 2003.

*pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad elemental de las prácticas sociales, pero también en lo que atañe, específicamente, a la reproducción de la vida y de la fuerza de trabajo*”<sup>6</sup>. En este sentido, las políticas sociales como políticas de Estado tienen la capacidad de normalizar y normatizar, en tanto se constituye en un actor en la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento.

En cuanto a “lo público”, se adhiere a la perspectiva que considera a las instituciones como “espacios de encuentro de diversos grupos sociales, cada uno con intereses y expectativas propias, muchas veces superpuestas y/o contrapuestas”<sup>7</sup>. Es así, que las políticas que desde las instituciones públicas se desarrollan con el objetivo de dar respuesta y/o canalizar esos intereses y expectativas son el resultado de negociaciones altamente complejas. Ocupan un espacio destacado en la compleja articulación entre el Estado y la sociedad civil.

Las políticas públicas son formuladas por el Estado con el objetivo de dar respuesta a las demandas, necesidades y aspiraciones presentes en la sociedad. Cabe destacar que, dada la pluralidad de instituciones desde las cuales es posible abordar una problemática, las políticas públicas tienden a variar a lo largo del tiempo, es decir no son permanentes, y se expresan en diversos espacios adoptando diferentes modalidades, no son homogéneas ni unívocas. En la medida en que entendemos a las políticas públicas como cursos de acción para la resolución de demandas complejas, debemos abordarlas como procesos de cambio de la realidad social y reconocernos a nosotros mismos como profesionales de instituciones públicas.

## INTERVENCIÓN SOCIAL Y PROBLEMAS SOCIALES

En cuanto a la intervención profesional del trabajador social, se entiende la misma como el conjunto de acciones y prácticas desarrolladas por un profesional para brindar respuesta a las diversas problemáticas sociales presentadas, desde el marco teórico que fundamente la misma. La intervención profesional del Trabajador Social se concibe como un “*proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social*”<sup>8</sup>.

La intervención social se desarrolla a partir de una situación emergente que se construye desde el conflicto que se origina entre el sentido que se le otorga a la realidad y a la sociedad, y las necesidades existenciales de cada sujeto<sup>9</sup>. Asimismo, se da en el marco de los campos problemáticos que se constituyen a partir de la resignificación de la cuestión social de un momento histórico particular, en tanto dichos campos, se nutren de las manifestaciones de la misma, que es expresada por los sujetos como demandas que constituyen el punto de partida de la intervención profesional<sup>10</sup>. Este proceso se concretiza en una acción con sentido, impulsada hacia el logro de determinados objetivos. El sentido de la acción se centraliza en contribuir a mejorar la calidad de vida del sujeto tomando como referencia las condiciones materiales y simbólicas. Es con este objetivo, que se definen estrategias de intervención, que surgen de la elaboración de un diagnóstico preciso en el cual se desarrolla una caracterización de la situación problemática: el significado que le atribuye el sujeto al problema manifestado; los sujetos involucrados; la identificación de las acciones ya realizadas; los recursos existentes, entre otros. Esto permite al profesional establecer

---

6 Grassi, 2003.

7 Oszlak y O'Donnell, 1981.

8 Carballeda, 2002.

9 Gattino, S. y Flores, M.E., 1995

10 Cazzaniga, Susana, 1997

teóricamente relaciones entre las diversas variables que inciden en la problemática. Esta construcción teórico-práctica brinda herramientas esenciales para la definición de estrategias de intervención.

El trabajador social interviene directamente sobre los problemas, necesidades y demandas sociales de personas, grupos y comunidades, aportando una combinación de recursos de distinta naturaleza. Aborda simultáneamente objetivos de tipo educativo, organizativo y los relacionados con el enfrentamiento del problema o necesidad. Se trata de una práctica social que produce una continua relación entre acción y reflexión.

En estas prácticas interactúan un conjunto de actores, en el que el trabajador social es uno de ellos. Las personas o grupos sujetos del problema, las instituciones donde trabajamos, el Estado, otros profesionales y otros actores que con su presencia directa o indirecta intervienen limitando o potenciando la acción que se realiza, la Iglesia, los partidos políticos, las agencias de desarrollo, etc.

Como se afirmó anteriormente, la definición de la intervención social puede provenir de la demanda de los sujetos. Pero, a su vez, los problemas sociales que merecen atención se construyen a partir de las instituciones, la agenda de políticas públicas y los medios de comunicación, entre otros.

En relación a los problemas sociales, éstos son entendidos como *“fragmentaciones de la cuestión social, términos en los cuales se instituye lo social como instancia pública de la acción social del Estado, siendo el Estado capitalista el que, en cada momento histórico, define, jerarquiza, clasifica y fragmenta la cuestión social como problemas sociales”*<sup>11</sup>. La autora Rozas Pagaza, entiende la cuestión social como originada y emergente de la relación contradictoria entre capital-trabajo, cuando las clases sociales hacen su aparición en el escenario socio-político y cuando la clase trabajadora se evidencia como actor político y social. La cuestión social se manifiesta en el despliegue de un conjunto de desigualdades cruzadas por aspectos políticos, económicos, raciales y culturales<sup>12</sup>.

Según Cavalleri<sup>13</sup>, hablar de problemas sociales refiere a una construcción histórica ligada al momento en que se configura la intervención social del Estado, y remite a la fragmentación y sectorización de lo social, donde es posible distinguir y separar un problema de otro, sin que altere sustancialmente la situación en la que se originan y suceden. A través de la fragmentación de lo social se desdibuja la noción de cuestión social, diluyéndose en dicha categoría rasgos inmanentes del capitalismo, antagonismos de clases basados sobre la contradicción de capital – trabajo como raíces constitutivas de las manifestaciones de la cuestión social. Al mismo tiempo, esta concepción de “problemas sociales” se liga a una determinada forma de comprender la cuestión social: entendida en este caso como efecto negativo del capitalismo, pero a la vez que es transitoria dentro del mismo orden capitalista. Asimismo, esta forma de concebir la cuestión social subordina lo social a la esfera de lo económico. La concepción acerca de “lo social” conlleva la estructuración de un sistema de política e intervenciones disociadas y prácticamente autónomas: por un lado, la política económica y por otro la social, como si en la realidad ambas no se imbricaran mutuamente. De esto se deriva que para modificarse los problemas sociales bastaría con una acción del Estado en el ámbito de lo social, sin trastocar la política económica.

Es por lo expuesto en el párrafo anterior que Cavalleri se refiere a “situaciones problemáticas”, es

---

11 Grassi, 2003.

12 Rozas Pagaza, 1998

13 Cavalleri, S, 2008.

decir, en una realidad que adquiere el carácter de situación en relación al actor y a la acción de éste, la intervención se sitúa temporo – espacialmente en un escenario en el que interactúan, conflictivamente, diferentes sujetos con experiencias, intereses, historias posiciones particulares, sujetos activos y actuantes en esa situación. Esta concepción permite la interacción entre distintas dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas e ideológicas, lo cual se vincula con la perspectiva de la totalidad desde la cual aprehendemos las situaciones en las que intervenimos.

## CONCEPTO DE SURGIMIENTO Y TRAYECTORIA

Entendemos que el surgimiento de los Servicios Sociales hospitalarios en Argentina se encuentra enmarcado en los procesos socio-históricos que dieron lugar a su aparición como manifestación de la política pública de salud y en relación con el origen de la profesión del Trabajo Social. Asimismo, se considera fundamental entender el concepto de trayectoria como proceso socio-histórico, con condicionantes sociales, políticos, económicos y culturales.

Posicionándonos desde una mirada histórico-crítica, y tomando los aportes del autor Montaña, se entiende al surgimiento de la profesión como *“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”*<sup>14</sup>. El trabajador social es visto desde esta perspectiva como un profesional que desempeña un rol eminentemente político. Su surgimiento debe su existencia a la síntesis de luchas sociales que confluyen en un proyecto político-económico de la clase hegemónica de manutención del sistema, frente a la necesidad de legitimarlo, en función de las demandas populares y de aumento de la acumulación capitalista.

Como se retomará en el siguiente apartado, a fines del siglo XXI se institucionaliza en Argentina la intervención del Estado en materia de salud pública, con 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 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.

### Servicios Sociales Hospitalarios: surgimiento del Servicio Social en el Hospital Pirovano

El Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano es un establecimiento de salud pública, dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, destinado a la prestación de servicios de salud: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación, creado en el año 1896. A 44 años de la creación del hospital, se instala en el año 1940 el Servicio Social del mismo.

En 1883 se institucionaliza en Argentina la intervención del Estado en los hospitales y en materia de salud pública, a través de la creación de la Dirección Nacional de Asistencia Pública. Los hospitales públicos comenzaron a funcionar entre fines del siglo XIX y los primeros años del siglo XX. El surgimiento de los servicios públicos de salud debe entenderse dentro del movimiento contradictorio generado por las demandas de la producción y reproducción, que requirió de infraestructura y equipamiento de consumo colectivo tanto para beneficiar al capital como para cubrir necesidades de la población trabajadora. De allí, el Estado emerge cumpliendo un papel

---

14 Montaña, 2000.

fundamental mediante el financiamiento público de equipamientos de uso colectivo: la aparición del estado es clave para el desarrollo de los servicios de salud.<sup>15</sup>

Los Servicios Sociales hospitalarios se crean a fines de la década de 1920, cuando las luchas de la clase obrera comenzaban a penetrar el sistema institucional, lo cual responde a diversos intereses, tanto a las necesidades del capital como del movimiento obrero, en un momento en el cual se venían instalando ciertas prácticas de asistencia, gestión y educación, y aparecía un sector dispuesto a realizar esas tareas de forma asalariada.

Se entiende que el surgimiento de los Servicios Sociales hospitalarios en Argentina se encuentra enmarcado en los procesos socio-históricos, que dieron lugar a su aparición como manifestación de la política pública de salud y en relación con el origen de la profesión del Trabajo Social. Este origen se inscribe en el momento histórico, ocurrido entre 1850 y 1930, vinculado al conflicto capital-trabajo en el marco del desarrollo del sistema capitalista a nivel mundial: *“ante las nuevas condiciones socio-económicas, ante la necesidad de legitimación del propio estado y frente a los nuevos problemas que planteaba una población urbana numerosa y heterogénea se perfilaron tres estrategias complementarias: la centralización de la asistencia y su contralor por el Estado; la tecnificación de la acción social; y la restauración de la vida familiar y la moralización de los sectores populares”*<sup>16</sup>.

Desde sus inicios, los servicios sociales en el ámbito hospitalario cumplieron una tarea de gestión de recursos y asistencia, cuyas funciones atribuidas eran la comprobación del estado económico de los pacientes vinculado al acceso a las prestaciones mediante la entrevista al paciente, la elaboración de la ficha social para el seguimiento del mismo y la realización de visitas domiciliarias.

En su época de surgimiento, la oficina del Servicio Social del hospital era para los pacientes el primer punto de acceso dentro del recorrido institucional dado que allí se realizaba una tarea de relevamiento de datos: *“al ingresar el enfermo en la sala se le hace un interrogatorio completo llenando una ficha social que comprende: situación familiar, alojamiento, recursos, fecha de encuesta. En los casos de duda la visitadora comprueba la veracidad de los hechos”*<sup>17</sup>. La obtención de información tenía un estrecho vínculo con el establecimiento de restricciones en el acceso a las prestaciones. La existencia del arancel hospitalario conllevaba ciertas funciones de las asistentes sociales para determinar quienes podían eximirse del pago total o parcial. La llamada “visita domiciliaria” tenía un sesgo eminentemente de control burocrático.

El Servicio Social en sus inicios cubrió las necesidades de gestión en la obtención y registro de información que se condensaba en el diagnóstico social. El orden material de los problemas siempre estuvo presente para definir las tareas asistenciales y las cuestiones de orden moral se asociaban a la función educativa en lo que respecta al cambio de conducta.

Resulta necesario remarcar que en la trayectoria de los servicios sociales hospitalarios hubo rupturas y continuidades de estas prácticas de control<sup>18</sup>. No obstante la imposición de prácticas de control, resulta relevante poder remarcar la coexistencia de otras estrategias de intervención centradas en las personas, sus derechos y necesidades. Las mismas se vinculaban no sólo a la asistencia, sino también a la prevención y promoción de la salud.

---

15 Oliva, 2007.

16 Grassi, 1989.

17 Oliva, 2007

18 Como ejemplo, se puede señalar que durante la época de la Dictadura Militar, en la década del 70, existía una política restrictiva y de control en los hospitales públicos, evidenciada en la normativa vigente de la época.

La sanción de la Ley Básica de Salud N° 153 de la Ciudad de Buenos Aires en el año 1999, aportó un marco normativo que posibilitó el despliegue de aspiraciones profesionales, brindando un amplio y detallado reconocimiento a evolución del concepto en la atención y cuidado de la salud que ya contenían sus prácticas. Esta normativa introdujo una concepción de salud integral, vinculada a las condiciones de vida de las personas como la vivienda, la alimentación, el trabajo, la educación, la cultura, el ambiente. La salud como derecho humano y social y como proceso social-histórico que no se limita al acceso a la atención médica. En tal sentido, señalamos a dicha norma y a la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en sus artículos referentes a salud, como factores cualitativos en el ejercicio profesional en las instituciones de salud.

### **El Servicio Social del Hospital Pirovano: su organización interna**

En primer lugar, es necesario comprender que las trabajadoras sociales que formaron parte del Servicio Social del Hospital Pirovano desde sus inicios provenían de formaciones académicas diversas, entre las cuales se encontraban los títulos de “Visitadora de Higiene Social” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos; de “Licenciado en Servicio Social” de la Facultad de Derecho de la UBA; de “Licenciado en Trabajo Social” de la Facultad de Ciencias Sociales Aires; “Licenciada en Servicio Social” del Museo Social Argentino y de “Asistente Social” de instituciones académicas privadas. Estas diversas formaciones conllevan diferentes formas de pensar y concebir el rol y la tarea del trabajador social. Resulta importante destacar que estas diferentes formaciones e ideologías que se anudaron en el Servicio Social del Hospital Pirovano se corresponden en un mismo deber ser institucional, con funciones del trabajador social establecidos por la misma. En dicho sentido, plantemos un “punto de confluencia” entre las demandas institucionales y las demandas de los usuarios, en función del contexto social y el momento histórico, que llevaron a la conformación de un rol profesional.

La forma de incorporación de trabajadoras sociales al Servicio Social fue variando con el tiempo. Se observa en la trayectoria del Servicio Social la secuencia de diferentes modelos de formación profesional, con diversos marcos referenciales. En definitiva, se acompañó dicha trayectoria desde una formación auxiliar y para-médica hacia una carrera de grado universitaria, con la incorporación de Licenciadas en Trabajo Social. La incorporación de residentes a la planta del Servicio Social y en cargos de jefatura supuso el reconocimiento de las profesionales con formación académica de posgrado y con capacitación en servicio.

En cuanto a las modalidades de ingreso que tuvieron las trabajadoras sociales al Servicio Social del hospital se puede destacar que también se llevaron a cabo de diversas maneras. En dicho momento no existían los concursos para el ingreso de los profesionales, en contraposición a lo que sucede actualmente en donde la modalidad de ingreso se realiza por selecciones internas o abiertas según la normativa de la Carrera Profesional vigente. Anteriormente, algunas figuras que posibilitaron el ingreso de profesionales al Servicio Social fueron las instructorías de programas especiales y de residentes y selecciones realizadas por la jefa del Servicio Social y el Director del Hospital. También, existía la posibilidad de ingresar al sistema ad honorem, para luego efectivizar su situación. Otra modalidad de ingreso consistió en el pase a planta de los contratados por el Programa de Atención a recién nacidos, en donde se trabajaba en campo con un equipo interdisciplinario con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil. Las efectivizaciones a planta se lograron tras negociaciones realizadas por los delegados gremiales, entre los cuales se cuentan tres trabajadoras sociales. En el año 1972, se incorporan al sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires 150 profesionales por concurso realizado por la Secretaría de Salud Pública, entre ellos pediatras, asistentes sociales, antropólogos y sociólogos. Actualmente los hospitales públicos no cuentan con dichos profesionales. En cuanto a los Directores y los jefes, los mismos tampoco



eran elegidos por concursos. En el año 2008 ingresó la primera jefa del Servicio Social por concurso. Por último nos resulta importante destacar que un hito en los derechos de los profesionales constituyó la incorporación de las profesiones no médicas a la carrera profesional en el año 1986, con lo cual se alcanzó la equiparación profesional y salarial con los médicos (Ordenanza N°41455 Carrera municipal de profesionales de la salud).

En un primer momento el Servicio Social dependía directamente de la Dirección del Hospital, ya que no existía el Departamento Técnico, del cual depende actualmente el servicio. Hasta fines de la década del 90 solo existía la jefatura de división, cuando se concursaron las jefaturas intermedias: de consultorios externos y de internación, cuyo rol se fue construyendo desde su conformación.

Según indican las Normas de organización y funcionamiento de los Servicios sociales hospitalarios (Resolución Ministerial N° 282 del 15 de abril de 1994) son funciones de las jefaturas de sección aquellas vinculadas con la organización, planificación, coordinación y supervisión de las actividades del servicio, aportar a la mejora del nivel de atención, planificar actividades interdisciplinarias, entre otras funciones. Según el relato de las primeras jefas de sección del Servicio, se le atribuye a la sección de internación la función principal de acompañar en el proceso de intervención las distintas situaciones problemáticas de las colegas que trabajaban en salas de internación. En cuanto a la jefatura de consultorios externos, se la atribuye hacer de nexo entre el Servicio Social del Hospital con los Centros de Salud y organizar la tarea de consultorios externos del servicio.

La ubicación física del Servicio Social dentro del hospital varió desde su creación hasta la actualidad. El Servicio Social en un primer momento se encontraba ubicado físicamente en el primer piso a la entrada del hospital, donde actualmente funcionan las oficinas del Departamento de Enfermería. Luego, se mudó a la oficina en donde hoy funciona la oficina de admisión y egreso hospitalario (a hall de entrada del hospital por el pasillo central). Resulta importante analizar cómo el espacio físico se vincula con la función y rol adquirido del Servicio Social desde sus inicios hasta la actualidad. Cuando el Servicio Social se encontraba en las oficinas de admisión y egresos la disposición física del mismo generaba obstáculos para intervenir con la población. No había consultorios para realizar entrevistas individuales con privacidad. En ese momento se realizaban entrevistas a todas las personas que se atendían en el hospital para comprobar el estado económico de las mismas, por lo cual “se formaban largas colas afuera del mismo”. Según transmiten las entrevistadas, en el año 1982 se logra boxear el lugar para poder llevar a cabo entrevistas con mayor privacidad: *“después logramos, que también ahora muchos hospitales tienen servicios como el nuestro, con sus consultorios propios y demás, pero logramos poder estar de acuerdo a las normas del Servicio Social Hospitalario”*. En el año 1984 la Fundación Bunge y Born realizó una donación de un nuevo espacio para el Servicio Social, donde se encuentra actualmente. El mismo consta de cuatro consultorios, dos oficinas grandes, cocina, baño y una pequeña oficina que se utiliza para la Residencia de Servicio Social en Salud. Este hecho aproxima el espacio físico del Servicio Social a lo establecido en las Normas de organización y funcionamiento de los Servicios sociales hospitalarios, las cuales indican que la Unidad del Servicio Social debe estar ubicada preferentemente en la Planta Baja del Establecimiento de Salud, en lugar accesible y señalizado, sin barreras arquitectónicas que dificulten la circulación y debe disponer de locales boxeados para la realización de entrevistas, a fin de favorecer la privacidad de la consulta y desarrollo de la entrevista.

El Servicio Social organiza la atención por salas de internación, demanda directa y consultorios externos. Según los relatos, la modalidad de trabajo era una trabajadora social por sala, con recorrida diaria en la misma, entrevistando a todos los internados. La cantidad de profesionales

y la forma de organización permitía que se dispusiera de una profesional por sala. Es por ello que el recurso de la interconsulta era excepcional: *“en un momento era de prestigio estar en sala, frente a lo popular de los 60’ y 70’, en los 90’ era de prestigio estar en sala”*. En ese momento no se trabajaba en equipos de trabajadoras sociales. Es en la última jefatura en donde se comienza con la división de duplas de trabajo en salas: *“se trabajaba sola. Era muy difícil trabajar sola”*. En la década del 90, y luego del 2000, se jubilan profesionales en cantidad significativa, lo cual provocó que muchas salas de internación quedaran descubiertas y es entonces cuando se comienza con el trabajo en equipo de la especialidad (duplas) para, desde allí, integrarse en equipos interdisciplinarios.

En cuanto a la atención en demanda directa, la misma fue cambiando durante la trayectoria del Servicio Social, con diferentes franjas horarias de atención y en consultorios externos se trabajaba en dispositivos de intervención tanto a nivel individual como grupal.

El trabajador social se incorpora por concurso desde el año 2008 en el Equipo de Salud Mental del Servicio de Urgencias del Hospital, a partir de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires n° 448. El Equipo de Salud Mental trabaja de forma interdisciplinaria y está conformado por un psicólogo, psiquiatra y trabajador social. El Equipo de Salud Mental interviene con las personas que son atendidas por el servicio de guardia, a través de intervenciones puntuales, sin seguimiento de la situación y con trabajo en equipo según la situación. Anteriormente a esta incorporación, las trabajadoras sociales de planta del Servicio Social eran convocadas desde la guardia para la atención de las personas que ingresaban por la misma.

Resulta de importancia mencionar que en el año 1991 se produce el ingreso al servicio de la Residencia de Servicio Social en Salud, lo que analizaremos en el último apartado del presente trabajo.

Es importante destacar que actualmente desde el Servicio Social se le ha dado un lugar preponderante a la organización y participación de cursos y jornadas, que permiten la permanente actualización y capacitación de las trabajadoras sociales que lo conforman. Para ello, se organizan cursos anuales y se fomenta la participación en otras instancias de capacitación, tales como las Jornadas Científicas del Hospital Pirovano, cursos realizados por otros hospitales y por el Ministerio de Salud del Gobierno de Buenos Aires. Además, se propicia la realización de Ateneos del Servicio Social, espacios para repensar las prácticas profesionales a partir del debate y la reflexión.

En el Servicio Social se utilizaron históricamente diferentes instrumentos de registro. En un primer momento, se utilizaban fichas donde se volcaban los datos de los pacientes: nombre y apellido, fecha de nacimiento, domicilio, cobertura social, diagnóstico médico, red familiar. Éstas se guardaban en ficheros y se realizaban a todos los pacientes que se atendían en el hospital. Luego, se realizó el cambio de la ficha social a la historia social para todos los servicios sociales hospitalarios, la cual se mantiene hasta la actualidad, fomentando la importancia del registro de las prácticas profesionales. En su momento, cada Servicio Social poseía una historia social diferente. El proceso de unificación para realizar una historia social única fue dificultoso, pero se consensuó: *“fue la posibilidad de crear un Historia Social que tuvieran los Servicios Sociales, pero que después pudiera ser comparable, poder trabajar sobre eso (...) cuando armábamos la historia social era poder unificar, poder tener un registro a nivel central, donde uno también pudiera mostrar una producción, para poder pedir recursos, pedir programas, horas profesionales. Ese era el sentido. La Historia es muy básica pero permite que si tenes una especificidad puedas agregar tu especificidad”*. Actualmente, la Historia Social se utiliza para registrar la situación social de las personas con las cuales se interviene. Consta de los datos de la persona (datos de identidad y nacimiento, de domicilio, de condiciones de vivienda, ocupación, cobertura de salud, grupo

familiar y/o conviviente); la reseña de la situación; el diagnóstico o evaluación social y las líneas de acción propuestas.

Otros instrumentos de registro que se fueron construyendo desde el Servicio Social fueron una entrevista para el consultorio de embarazo adolescente y para la atención de personas que conviven con VIH, ambas con preguntas específicas pensando en las temáticas. Por otro lado, en las salas de internación se registra de forma concisa y clara las intervenciones realizadas en la Historia Clínica de las personas.

En cuanto al espacio de la atención de la demanda directa hoy es utilizado el libro de guardia en donde se registra los datos de las personas que concurren al servicio por demanda directa o los datos de las personas a las cuales se les realiza historia social, ya sea en consultorio externo como en las salas de internación, especificando objeto de intervención e intervenciones realizadas. Anteriormente existía el libro de guardia pero se volcaban solo los datos del nombre de la persona y domicilio. En definitiva, podemos señalar que si bien los diferentes instrumentos de registro de las intervenciones han experimentado variaciones, si se ha mantenido en el transcurso de los años el reconocimiento y la valoración por las diferentes formas de registro.

Por último, es importante señalar cómo se llevó a cabo la construcción de lo que hoy conocemos como Planilla de Prestaciones Diarias, en donde se registran diariamente todas las intervenciones que se realizan con personas internadas o por demanda directa, que luego son sistematizadas: *“se trabajó a partir de las normas de Trabajo Social en una planilla de estadística. Después se hicieron, con el correr de los años, muchas reuniones o jornadas para trabajar el tema del registro. El qué, cuándo, cómo”*. Se trabajó sobre el sentido de la realización de las estadísticas, las cuales tienen la finalidad de ser sistematizadas y analizar las intervenciones: *“la idea me parece que hacer un registro es para después tomar decisiones, más allá de saber cuánto atendés (...) si yo tengo esto, qué hago con el recurso que tengo, humano, físico, material, que programas hay como para poder aplicar. Ese es el sentido del registro. Sino el registro por el registro mismo (...) Creo que tiene que servir para eso, para tomar decisiones y para poder fijar objetivos”*. En un primer momento solo se registraban las prestaciones diarias individuales y luego fue incorporado el registro de la actividad grupal, que es utilizado en los centros de salud pero no se utiliza actualmente en el hospital.

El registro de la práctica profesional permite transformar los datos estadísticos en información y en insumo útil para orientar las estrategias de intervención a las problemáticas y necesidades de las personas por la efectivización de sus derechos construyendo ciudadanía, teniendo en cuenta una lectura epidemiológica. Resulta también valioso para socializar las intervenciones con otras colegas.

## **Problemáticas Sociales**

Las problemáticas sociales van variando a lo largo de los años, apareciendo nuevas problemáticas y/o complejizándose las mismas. En torno a las problemáticas sociales juegan diversos factores que las constituyen, así como las condiciones materiales y simbólicas de existencia, las representaciones de los sujetos, las políticas sociales y los recursos que se disponen para abordar las mismas, en cada momento histórico-social determinado.

Desde el Servicio Social del Hospital Pirovano se han elaborado diversas estrategias y/o dispositivos de intervención a fin de dar respuesta a la diferentes problemáticas sociales que se presentan. La intervención social *“se da en el marco de los campos problemáticos que se constituyen a partir de la resignificación de la cuestión social de un momento histórico particular, en tanto dichos campos, se nutren de las manifestaciones de la misma, que es expresada por los*

*sujetos como demandas que constituyen el punto de partida de la intervención profesional”<sup>19</sup>.*

El surgimiento de la intervención social puede provenir de la demanda de los sujetos. Es decir, la intervención profesional tiene lugar a partir de una demanda o pedido de intervención realizado tanto por una persona como por una institución. Toda demanda incluye *“la evidencia de un problema o situación adversa, una interpretación respecto del problema y un pedido de solución”<sup>20</sup>*. Ahora, toda solución es producto de un complejo proceso de interpretación y toma de decisiones, y el paso previo a la toma de decisiones consiste necesariamente en la construcción y definición del problema. Pero a su vez, los problemas sociales que merecen atención se construyen a partir de las instituciones, la agenda de políticas públicas y los medios de comunicación, entre otros.

Los problemas sociales abordados desde el Servicio Social del Hospital se han complejizado con el tiempo, debido a condicionantes económicos, políticos, sociales y culturales y otras demandas han emergido con nuevas características o dimensiones.

En cuanto a la problemática económica, se destaca que la misma se fue complejizando de la mano de la profundización de la problemática habitacional, social, de salud, problemática vincular, etc., aunque *“los problemas económicos estuvieron siempre”*. Una de las problemáticas que se visualizan actualmente con mayor frecuencia es la de las personas en situación de calle y/o con problemática habitacional: *“siempre hubo gente en situación de calle, no tanto como se ve ahora familias que viven en la calle, sino el que empezaba a quedar en la calle. Estaba el cirujano histórico que vivía en la calle, que no tenía familia”*. Dicha problemática está atravesada por cuestiones económicas, sociales y vinculares: *“la crisis fue en el 2000 pero esto viene del año ‘90, es un proceso. A partir de la crisis del 2000 que fue tremenda para Salud, apareció mucha gente depresiva, clase media empobrecida”*. La fuerte desocupación, el desempleo, las problemáticas familiares y vinculares, entre otras cuestiones, provocaron el aumento de la gente en situación de calle. *“No había tanta soledad. Yo creo que la soledad desde los ‘80 para acá, ‘85, ‘90 para acá es muy fuerte; de los adultos, de los jóvenes. En todos estos años también hay una pérdida de cultura del trabajo. Antes la gente tenía oficios (...). Los vínculos, los lazos sociales estaban mantenidos (...) Veías pobreza, pero no miseria”*.

Asimismo, otra de las problemáticas que más ha variado en su curso es el tema del consumo de sustancias psicoactivas, que con anterioridad se percibía mayormente como consumo de alcohol. *“El tema de las adicciones me parece que cada vez fue más... no es que no existiera, sino que se hizo cada vez más presente”*. Hoy en día el consumo de alcohol sigue siendo vigente, pero se ve acompañando por el consumo de otras sustancias, por ejemplo, cocaína, pasta base, etc., sobre todo en las generaciones más jóvenes. *“El tema de la droga no era frecuente como es ahora. El tema de la adicción era como la excepción (...) Aparte adicción hablo de consumo de drogas, no de alcoholismo, porque alcoholismo hubo siempre. Igual ahora está más agravado, abarca otras edades”*. Es importante mencionar que la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657, indica que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que establecen en la ley en su relación con los servicios de salud, es decir, el derecho de recibir atención sanitaria y social integral.

Con respecto al embarazo adolescente, desde el Servicio Social se creó un dispositivo de intervención para esta población, a fin de acompañar las situaciones en donde se visualizaba dificultades tanto en el vínculo madre-hijo como en problemáticas vinculares con la pareja y/o

---

19 Cazzaniga, 1997

20 Travi, Bibiana, 2003

familia de la adolescente. Desde el Consultorio de embarazo adolescente se concibe que el mismo no es un problema social en sí, sino que en muchas situaciones viene acompañado por una mayor vulnerabilidad social a nivel económico y vincular. Según las entrevistadas, anteriormente la sociedad vivenciaba el embarazo adolescente como problema social por considerar a las jóvenes en riesgo al estar embarazadas a edades tempranas y/o sin pareja estable: *“en esa época venían las voluntarias y te decían que era de riesgo por ser madres solteras o por ser adolescente, etc. Pero podría tener familia, apoyo social, etc.”*. El embarazo adolescente es percibido sólo como problema según lo construido con el sujeto interviniente, en cuanto a las dimensiones que rodea a la maternidad misma, tales como el deseo de la maternidad, problemáticas como lo habitacional, la situación económica que permita una mejor calidad de vida, el acceso a una adecuada alimentación, lo vincular, el cuidado del niño, etc. Cabe señalar que el número de embarazadas adolescentes ha disminuido en la actualidad: *“adolescentes teníamos más que ahora. Pero bueno, se compensa con lo complejo de la situación”*.

En la década del 70', una de las temáticas de intervención estaba vinculada a la ausencia de controles regulares de salud de los niños recién nacidos, siendo el único contacto con alguna institución de salud alguna enfermedad puntual, como así también la dificultad para sostener la lactancia materna frente a la oferta de leches sustitutas en el mercado. Ante dicha situación, la intervención del trabajador social -en conjunto con médicos y padres- estaba orientada a implementar acciones para revertir esta problemática, para prevenir el incremento en la tasa de mortalidad infantil. El Servicio Social del Hospital con la incorporación de los profesionales que provenían del Programa de Atención al Recién Nacido, llamado luego Plan Materno Infantil produjo una fuerte impronta en la intervención con las embarazadas, puérperas y su familia, los cuales dieron lugar a espacios grupales para la preparación para la paternidad y maternidad de adultos y adolescentes, poniendo como foco lo vincular y la lactancia.

Otras de las problemáticas que se abordaron desde el Servicio Social en el marco de los Centros de Salud han sido el cólera, la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, cuidados de la mujer, salud reproductiva, lactancia materna, control del niño sano, etc., desde un abordaje desde la prevención y la promoción: *“empezó a aparecer más la demanda de la asistencia, y no había así tanta posibilidad de trabajar en prevención, porque la gente ya venía, ya planteaba temas como violencia, drogas”*.

Por otra parte, la problemática de la violencia familiar siempre ha estado vigente; no obstante, con el correr de los años se ha hecho más visible la misma. Asimismo, se perciben también situaciones de abuso sexual infanto-juvenil (ASIJ) y situaciones de violaciones, ambas abordadas desde el Servicio Social en los últimos años con dispositivos específicos. *“El tema de violencia familiar siempre estuvo muy encubierto (...) Negando la situación por vergüenza, por un montón de cuestiones, por miedo a lo que puede pasar, por miedo a las represalias después de la pareja. Me parece que ahora está un poco más visualizado, o lo que si empezamos a ver que otros profesionales prestaban más atención (...) Había que desocultar lo oculto”*.

En relación a la problemática de personas que conviven con VIH, la intervención en la temática se originó en la década del '80. El primer caso atendido en el Hospital Pirovano data del año 1983: *“Ahí se avanzó mucho también, porque antes no se hablaba (...) Primero también se ocultaba, el temor a decirlo, a la sanción social. Hoy se habla mucho más libremente. La cuestión social de aceptación. Antes el temor, el temor al contagio, todos los fantasmas que había. Ha habido un gran avance”*.

En cuanto a los recursos existentes y/o disponibles para dar respuestas a las diversas problemáticas, se visualiza por parte de las profesionales entrevistadas posiciones contrarias en relación a la disponibilidad de recursos según la referencia que utilice cada una. Por un lado,

muchas de las trabajadoras sociales del Servicio Social manifiestan que “ahora” hay más recursos que “antes”, es decir, que en la actualidad encuentran más programas sociales y recursos, vinculados a ingresos a hogares, a gestión de subsidios, a acceso a medicamentos e insumos. Sin embargo, se refiere que el acceso hoy a los diversos programas y recursos tiene más limitaciones y obstáculos: *“si bien ahora hay muchos recursos, tal vez no son tan accesibles*. Por otro lado, también destacan como facilitador la obtención de insumos médicos a través de las ayudas médicas en épocas anteriores, las cuales actualmente se encuentran restringidas por el escaso presupuesto en salud: *“En una época venía mucha ayuda médica (...) La ayuda médica era la forma de garantizar el recurso”*. Se hacían ayudas médicas *“por anteojos, ayudas médicas a los pacientes que conviven con VIH, para la medicación, no había banco de drogas; entonces todo eso se hacía por prestación especial o ayuda médica”*.

Una cuestión a tener en cuenta es que si bien las problemáticas sociales se complejizaron, y habría un incremento de recursos, las políticas sociales vigentes no dan respuesta integral a las mismas ni solución estructural, sino que actúan como paliativas de las situaciones emergentes: *“hay problemáticas mucho más graves que yo veía en esa época y políticas que no responden realmente a la problemática para hacer un proceso de cambio profundo ni para fomentar la autonomía del paciente”*.

### **Construcción del rol del trabajador social en el Servicio Social del Hospital Pirovano**

Si realizamos una revisión del proceso de construcción del rol del trabajador social, podemos destacar su carácter dinámico y cambiante a lo largo de la historia. Esto conlleva cierta dificultad para delimitar la especificidad del rol, tanto al interior del colectivo profesional como en relación a los sujetos con los que se trabaja y la mirada de otras disciplinas con las que se comparte la tarea. *“Este asunto de aclarar el rol es histórico”, “Todavía el resto del hospital no sabe cuál es nuestro rol, y a veces ni nosotras mismas lo tenemos claro”*.

En este sentido, los elementos que condicionan la construcción y reconstrucción del rol están vinculados a la identidad atribuida y a la adjudicada, ya sea por el marco institucional, como por el contexto social que impone diferentes realidades y las expectativas de los distintos actores que forman parte del proceso de salud-atención-cuidado. Así como también, intervienen en la construcción del rol la trayectoria personal de cada profesional como su formación.

Por otro lado, resulta significativo destacar que si bien en el campo de la salud nuestro desarrollo profesional se encontró condicionado históricamente por la impronta del modelo médico hegemónico, a lo largo de los años se han podido generar prácticas instituyentes que revalorizaron a la profesión y a la disciplina del trabajo social al interior del equipo de salud: *“Estaba muy distorsionada la función del trabajador social, era más como si fuera un paramédico, y uno con mucho esfuerzo va mostrando que el trabajo es el de otra profesión que se integra totalmente para la salud”*. En este sentido, una de las entrevistadas manifiesta que actualmente se siente *parte del servicio*, en referencia a la sala que tiene asignada; fundamenta que aquello fue posible *teniendo presencia en la sala*. Destacando que, a partir de la misma, es como se fue construyendo nuestro rol profesional en relación con otros profesionales que componen el equipo de salud.

Si se piensa el ámbito de la salud como un campo, se puede decir que dentro de aquél se sucederán disputas en referencia a las disciplinas que lo componen en cuanto a su accionar. *“Pensar en términos de campo significa pensar en términos de relaciones (...) Un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones (...) Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de*

*las diferentes especies de poder*<sup>21</sup>.

Siguiendo con los aportes de Bourdieu, “*en tanto que campo de fuerzas actuales y potenciales, el campo es igualmente campo de luchas por la conservación o la transformación de la configuración de dichas fuerzas*”<sup>22</sup>. Las disciplinas hegemónicas, como la medicina, optaron por acciones que mantengan el status quo; aquellos que no lo son, generaron acciones instituyentes para modificar el orden vigente. En este sentido, puede identificar al Trabajo Social entre éstas últimas.

No obstante, este proceso de reivindicación de la profesión se encuentra en permanente construcción, siendo un desafío constante traducirlo en la práctica cotidiana: “*A veces hay una integración, un reconocimiento verbalizado, pero en la práctica se desvirtúa*”. Hoy en día sigue teniendo entonces vigencia el modelo médico hegemónico por sobre las otras profesionales, aunque se han abierto espacios de puja para la revalorización de la especificidad del rol del trabajador social: “*(...) está comprobado que el médico solo no puede hacer nada, necesita de un grupo completo para la intervención, de todo un grupo para intervenir y encontrar una solución más rápida y efectiva*”

Asimismo, la percepción del trabajo social dentro de los equipos de salud varía según la mirada de los diversos profesionales integrantes del equipo: “*Había servicios que valoraban la experiencia del Servicio Social y la reconocían como un elemento importante dentro del grupo interdisciplinario*”. Sin embargo, cabe señalar que se le atribuyen al trabajador social funciones y tareas que no tienen que ver con su especificidad: “*Para todo nos convocaban. Siempre fue nuestro rol percibido como desdibujado y que te podías hacer cargo de todo, porque eras más caritativa que otra cosa*”.

### **Trayectoria de los dispositivos de intervención en el Servicio Social**

A partir de los datos recabados en las entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales que forman o formaron parte del Servicio Social del Pirovano, se han podido reconstruir diversos dispositivos de intervención desarrollados por las profesionales de este servicio, desde la década del 70’ hasta la actualidad, lo que anteriormente nombramos como “*historia reciente*”.

Los dispositivos de intervención han ido variando según los diferentes momentos socio-históricos. Algunos de ellos se desprendían de los programas sociales vigentes en cada época, otros se vinculaban a la organización interna del Servicio y también a las problemáticas sociales que requerían ser abordadas.

En este sentido, se hará referencia a dispositivos de abordaje grupal e individual/familiar desarrollados en los diferentes ámbitos de intervención considerados: demanda espontánea, consultorios externos y salas de internación.

#### **Demanda espontánea**

Desde los inicios del Servicio Social hospitalario, la atención de la demanda espontánea estuvo vinculada a la comprobación del estado socio-económico de las personas que concurrían al hospital para la eximición o no del pago del arancel, es decir, la elaboración de “*certificados de pobreza*”.

En relación a esta función atribuida al Servicio Social, las trabajadoras sociales entrevistadas expresaron que la realización de esta tarea se profundizó en el contexto de la

21 Bourdieu, P. y Wacquant, L, 1995

22 Bourdieu, P. y Wacquant, L, 1995

dictadura militar. En aquella época histórica se completaba una declaración jurada de cada una de las personas que ingresaban a la institución, tanto para la internación como para la realización de algún estudio médico específico. La declaración jurada debía incluir datos personales como nacionalidad, documento de identidad; procedimiento que denotaba una política discriminatoria hacia población migrante y personas indocumentadas.

En este sentido, el rol asignado al trabajador social se caracterizaba por una fuerte impronta de control social que se traducía en prácticas concretas a partir de las cuales los sujetos eran evaluados en sus condiciones materiales de existencia a fin de determinar si debían ser eximidos del pago total o parcial para acceder a determinadas prestaciones médicas. (...) *en el 82', que veníamos en contexto de gobierno de dictadura, de represión, no era fácil ser trabajador social, tenemos bastantes desaparecidos. No podía haber comunidad. Tuvimos que dejar los lugares como para trabajar dejar de tener la visión de persona como sujeto.*"

No obstante las características del contexto político e institucional, esa función atribuida al Servicio Social podía ser asumida de forma diferenciada en función de la formación profesional y el posicionamiento ideológico de cada una de las profesionales. Por un lado, se le podía dar un lugar preponderante y central a la realización de la declaración jurada o bien realizar una intervención superadora orientada a la atención de las necesidades de los sujetos atendidos.

A partir de la restitución de la democracia en el año 1983, si bien se derogó el arancelamiento en los hospitales públicos, las personas, previo a la internación, debían continuar concurriendo al Servicio Social para una evaluación diagnóstica de su situación social. Esta modificación generó un impacto en el quehacer profesional, generándose en algunas profesionales una oportunidad para el diseño y la implementación de nuevos proyectos, como así también fue vivenciado con incertidumbre: *"...hay muchas que sintieron que no supieron que hacer. Uno puede cuestionar esto. Pero hay quienes sentían que les daba mucho poder, que les daba un lugar"*.

En cuanto a la modalidad de intervención en la atención de la demanda espontánea del Servicio Social, fueron variando las franjas horarias de atención y la cantidad de trabajadoras sociales incluidas en la misma.

Las intervenciones realizadas en este espacio están actualmente orientadas a tareas de asesoramiento, orientación, escucha y contención, gestión de recursos, confección de formularios para gestión de insumos y medicamentos. Anteriormente, la atención de la demanda espontánea estaba más enfocada en la gestión de recursos para las personas atendidas en el hospital como insumos, medicamentos, estudios, etc. Dicha gestión se llevaba a cabo a través de el trámite por ayuda médica (llamado Prestaciones Especiales), donaciones u a través de la cooperadora del hospital que junto al Rotary Club cumplían un rol fundamental en la obtención del recurso necesario en función de cada situación: Según un trabajo de relevamiento realizado por un equipo de trabajadoras sociales del Servicio Social del Hospital Pirovano, presentado en el año 1998 en las Jornadas Científicas del hospital, se alcanzaron en ese momento histórico a realizar 1000 ayudas médicas en un año: *"Se realizaban hasta 7 ayudas médicas por día"*.

### Consultorio externo

En relación a los dispositivos de intervención implementados en consultorios externos, se puede visualizar que los mismos han variado en los diferentes momentos socio-históricos, en relación a las demandas, las problemáticas de la población atendida y las modificaciones en la organización interna del Servicio.

Se hará referencia a los dispositivos mencionados por las entrevistadas, los cuales no excluyen la existencia de otros que no han surgido durante el proceso de indagación.



Se puede visualizar, según el relato de las trabajadoras sociales entrevistadas, que ante la complejidad de las problemáticas sociales actuales se ha ido acrecentando la demanda de asistencia desde el Servicio Social frente al trabajo de promoción y prevención, que históricamente se llevó a cabo a través de dispositivos grupales: *“...Cuando yo ingresé (...) se podía trabajar como más problemáticas de prevención (...) y a medida que fue pasando el tiempo empezó a aparecer más la demanda de la asistencia, y no había así, tanta posibilidad de trabajar la prevención...”*.

Algunas de estas tareas de promoción y prevención de salud que desarrollaron las profesionales del Servicio Social se desprendían de programas sociales existentes en ese momento, como el Programa Materno Infantil. El objetivo del mismo era disminuir la mortalidad materno-infantil y se desarrolló aproximadamente desde 1972 y durante toda la época de la Dictadura Militar. El equipo de trabajo era interdisciplinario y estaba conformado por un trabajador social, psicóloga o socióloga, médico y una secretaria. La modalidad de intervención del profesional estaba signada por la visita domiciliaria y por la importancia del seguimiento: *“era un trabajo que era muy interesante, que era trabajo comunitario, in situ, en las casas de las pacientes... de las púerperas (...) Una visita a la semana de egresada del Hospital. La otra a los tres meses, la otra a los cinco, la otra a los nueve y la otra al año”*. Entre las temáticas trabajadas se encontraban el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, la prevención y promoción de la salud, la estimulación de la continuidad de controles médicos y adherencia a tratamientos y el otorgamiento de recursos materiales (leche en polvo, pañales, mamaderas, etc): *“pero el objetivo fundamental era trabajar la estimulación madre-niño y trabajar la prevención. Controles médicos y ahí los vínculos que sostuve con pacientes que vi en esa época, tengo gente que sigue viniendo”*. Se observa que, si bien el rol del profesional estaba estrechamente vinculado con la gestión de recursos: *“el programa que se veía como fuerte era la entrega de leche”*, al mismo tiempo puede visualizarse cómo las profesionales se apropiaban del espacio brindado por el programa para abordar diferentes temáticas relativas a la promoción y la prevención de la salud y al mejoramiento de la calidad de vida de las púerperas y sus hijos: *“había que crear o desarrollar o construir un vínculo con la población de madres y padres de recién nacidos, porque teníamos los datos del recién nacido y llegar a intercambiar saberes con ellos”*.

Otro de los dispositivos desplegados durante esta época fue el de Grupo de embarazadas adolescentes y grupo de embarazadas adultas. Según las referencias de las entrevistadas, estos grupos se comenzaron a implementar para todas las mujeres embarazadas y luego se dividieron en adolescentes y adultas. Dichos cursos de parto se desarrollaban en la Sala de maternidad. Y como puede observarse en lo manifestado por una de las entrevistadas, a partir de los mismos, desde el Servicio Social se logró incorporar a los padres en la sala de partos: *“desarrollaba el curso de embarazadas. Y después de eso se abrió la rama de adolescentes (...) Y después de eso incluimos al padre en el curso. Yo desde el grupo de adultas empecé a trabajar todo lo que era mujer versus madre, rol de padre y madre, hombre y mujer en la pareja y en la maternidad y paternidad”*. Lo expresado es un ejemplo de las temáticas abordadas en los años 70 y 80. En los 90, se mantiene la misma modalidad de intervención, se sigue priorizando el abordaje de lo vincular en los diferentes grupos de embarazadas, adolescentes y adultas: *“la modalidad de intervención no cambió. O desde consultorio o desde la sala se veía a todas. Desde las redes que podía tener la adolescente. Yo creo que la diferencia importante es que nosotros siempre trabajamos así con ley o sin ley. Nosotras trabajábamos lo vincular”*. En relación a la intervención profesional con adolescentes: *“A partir del 98’, se brindaba un espacio individual de entrevista de atención de embarazo adolescente a través de la derivación de otros servicios y por demanda espontánea”*. Este espacio continúa vigente, realizando entrevistas tanto a la adolescente como a su pareja y/o referente significativo. Las temáticas abordadas en las mismas, siguen siendo el ejercicio de la maternidad y paternidad, vínculo con los hijos y *“generar un espacio de reflexión de qué*

*hacia ella por ella*". Es importante resaltar que el ejercicio profesional del Trabajador Social estuvo relacionado a lo familiar-vincular, utilizando el dispositivo grupal como herramienta de intervención, desde el inicio del mismo. *"Yo siento que lo grupal, si se trabaja en equipo, da como resultados o por lo menos mayores expectativas, esto de compartir."*

En los 90' se comienza a desarrollar el curso de Parto y dispositivo grupal con púerperas realizándose con una frecuencia mensual: *"en vez de hacer seguimiento individual citábamos a todas las púerperas y una vez por mes se hacía la reunión a la tarde. Abríamos un tema para trabajar"*. Se trabaja fundamentalmente con problemáticas vinculares y sociales. En la actualidad ya no se implementa esta estrategia de intervención por los motivos expresados en la siguiente cita: *"sostener grupos no es fácil, porque la demanda no es estable y hay momentos donde se evalúa: no tener un espacio propio, (...) se organizan las demandas de otra manera y uno no puede ir con todo (...) lo urgente quita espacio a lo importante"*. Es necesario destacar que la mayoría de los programas actuales se orientan hacia el abordaje del embarazo y del recién nacido, pero dejan de lado las situaciones atravesadas por la mujer en el puerperio. De esto se desprende la importancia de este dispositivo.

También, cabe mencionar la participación desde el Servicio Social del grupo de padres de niños desnutridos, desarrollado en la sala de Pediatría. Este dispositivo grupal, en lugar de culpabilizar o "enseñar" cómo debía vincularse el padre/madre con el niño, se orientó a generar un espacio de reflexión, considerando los deseos, necesidades y posibilidades de sus participantes y a partir de *"conectarse con sí mismos poder mirar al otro"*. También se participaba desde el Servicio Social en el Consultorio de Control de Niño sano.

Por otro lado, se conformó el equipo de procreación responsable, se realizaban tareas de difusión y promoción de métodos anticonceptivos disponibles. A su vez, en estos espacios se trabajaba en relación a la sexualidad, mitos, saberes e información para decidir sobre el uso de anticonceptivos. *"(...) trabajé en el equipo de procreación responsable, que es un trabajo muy interesante, una creación, uno se iba juntando con gente de la sala, íbamos armando, probábamos y después lo escribíamos. No era como ahora que tenés que tener el proyecto escrito para que te lo autoricen. Era un equipo interdisciplinario (...)"*

Otra línea de trabajo que comienza a implementarse a mediados de los 70' en el Hospital Pirovano, con la participación de una profesional del Servicio Social, se vincula a la problemática de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La conformación inicial del área surge en esta época a partir de la incorporación de una Trabajadora Social en el Servicio de Dermatología, con el abordaje de la temática de la sífilis. Se trabajaba interdisciplinariamente participando en reuniones de equipo, asistencia a jornadas, presentación de trabajos y charlas informativas. En el 1983 se atendió a la primera persona portadora de VIH en el hospital. En relación con el abordaje individual, el Servicio Social junto al Servicio de Infectología y Protección y Promoción de la Salud, participaba en la consultoría pre y post test de VIH. Este grupo de trabajo estaba integrado por un médico, una enfermera, una Trabajadora Social y colaboradores del Hospital. Dentro del mismo, el trabajador social realizaba las entrevistas en el marco de la consulta médica. Por otro lado, desde el Servicio Social se creó y coordinó un espacio grupal para personas que conviven con VIH-Sida (Grupo Esperanza). En un principio se desarrolló con una frecuencia semanal y luego mensual. El dispositivo grupal operó como apoyo emocional en la adherencia al tratamiento. Cabe destacar que una vez consolidada el área de ITS, atravesó todos los ámbitos de intervención del Servicio Social, ya que la profesional del Servicio a cargo desarrollaba su trabajo tanto en Demanda Espontánea, como en Consultorios Externos y Unidades de Internación. Actualmente, no se realiza este dispositivo grupal, pero se trabaja en la temática de ITS tanto desde demanda directa como en las salas de internación. Asimismo, respecto a enfermedades infecciosas respiratorias, se

desarrolló el Programa de Tuberculosis, que contemplaba la inclusión de una profesional del Servicio Social que abordaba dicha problemática junto a neumofisiólogos. *“(...) tenían bastantes recursos, tenía trabajadora social, (...) la cuarta droga, porque se trata con tres drogas la TBC, y la cuarta como, digamos, el tratamiento para el paciente y su familia, era la trabajadora social.*

En relación al abordaje de enfermedades terminales, en un principio funcionó el equipo de Hematología, integrado por médicos, una profesional del Servicio Social y otros profesionales. Se trabajaba en la adherencia a tratamientos en función de enfermedades oncológicas. Asimismo, se conformó el equipo interdisciplinario de Oncoginecología, el cual estaba integrado por profesionales de oncología, ginecología, nutrición, kinesiología, servicio social y psicología. Se trabajaba con el seguimiento de los pacientes, su adherencia a tratamientos, la convocatoria a los encuentros y la gestión de pensiones por discapacidad.

Más recientemente, comienza a constituirse el equipo de Cuidados Paliativos. En sus inicios estuvo conformado por una profesional del Servicio Social, una psicóloga que provenía de la facultad de Medicina y un médico del Hospital Udaondo. El trabajo era muy similar al que realizaba el equipo de oncoginecología. El rol profesional dentro de dicho equipo interdisciplinario estaba vinculado al acompañamiento tanto de la persona que se encontraba en tratamiento, como así también de su red socio familiar continente. Las reuniones de equipo, el análisis de las situaciones derivadas por otros servicios y la entrevista individual y familiar son las modalidades de intervención predominantes en este dispositivo.

Otro de los espacios de intervención del Servicio Social fue el de Consultorio de Ginecología. En este caso, el trabajo interdisciplinario consistía en que el Servicio de Ginecología le derivaba al Servicio Social las situaciones de las mujeres que habían realizado el estudio PAP, no habían retirado el resultado y existía un riesgo para su salud. La trabajadora social del área contactaba a las mujeres, realizaba una entrevista en la cual se trabajaba en la importancia de los controles de salud y la adherencia a los tratamientos, entre otras cuestiones.

Siguiendo con las actividades de promoción de la salud, resulta interesante destacar que en la década de los 90', a partir de un convenio entre Educación no formal y Salud, comienzan a desarrollarse en el hospital talleres de yoga, artesanía y teatro. El taller de yoga se realizaba en el aula de Rayos y el de Artesanía en el Servicio Social. Ambos eran coordinados por una Trabajadora Social. Para los talleres de teatro, la Municipalidad contrató profesores del teatro San Martín y se desarrollaron en el aula de Ginecología, durante aproximadamente cinco años: *“se hacia improvisación porque la gente iba cambiando pero muchos seguían viniendo y también la familia”*. Se abordaban las temáticas que planteaban los participantes y se plasmaban en pequeñas obras teatrales: *“Después cada uno escribía, se les daba papel en blanco y biromes antes de irse, tenían que escribir qué habían sentido, qué habían pensado”*. Se puede visualizar que el dispositivo utilizado se encontraba atravesado por el abordaje de lo emocional, lo vincular y la expresión corporal. Una modalidad de intervención novedosa tanto en su época como lo sería en caso de implementarse en la actualidad: *“Después no le pagaban más a la gente, lo mismo de siempre, funcionó hasta el 93”*

Como se mencionó anteriormente, algunos de los dispositivos de intervención se implementaron en función de las problemáticas sociales que estaban en la agenda pública en cada momento. Es así como la temática de violencia familiar comienza a instalarse en la opinión pública en los 90'. En este sentido, una de las entrevistadas refiere que el “caso Alicia Muñoz” (1989) movilizó a la opinión pública y constituyó el inicio de la visibilización de la problemática. Se crea, entonces, en esta época la consultoría de violencia familiar desde el Servicio Social del hospital. La misma realizó abordaje individual durante dos años y hubo un intento de construir un dispositivo grupal que finalmente no se logró llevar a cabo: *“Era una temática muy dura, llamaban*

*de la guardia o de las Salas. Para que derivaran, tenía que estar muy mal. En esa época estaba la Ley Nacional de Violencia Familiar*". Actualmente se ha comenzado a implementar un nuevo dispositivo de intervención en la temática de violencia de género, en el marco de la Ley Nacional N° 26.485, producto del proyecto de regreso de rotación de una residente de 3° nivel. La consultoría se encuentra en su etapa inicial y por el momento trabaja en el abordaje individual de la problemática. Durante esta etapa se trabajó, a su vez, en la articulación interinstitucional y capacitación, aprovechando las rotaciones de residentes desarrolladas en instituciones vinculadas a la temática de género y derechos humanos.

Otra de las problemáticas abordadas desde el Servicio Social de forma interdisciplinaria vinculada a la violencia de género, es la violencia sexual. Es así como se conforma el equipo de Equipo de atención a Víctimas de Agresión Sexual (EVAS) que comienza a funcionar en el año 2005. El mismo está integrado por profesionales del Servicio Social, psicología, obstetricia, enfermería, Infectología y Farmacia. Este equipo se planteó como objetivo trabajar en la salud de las mujeres víctimas de agresión sexual, más allá que la denuncia y desde una perspectiva de género. Asimismo, se hace hincapié en la difusión y en la atención integral de la mujer: *"El hospital Pirovano es el único que actualmente cuenta con el kit farmacológico y nos derivan de las provincias y del Gobierno de la Ciudad"*. El Trabajador Social se encuentra directamente vinculado al acompañamiento y asistencia de las mujeres, abriendo un espacio de escucha, contención y asesoramiento. Por otro lado, es de suma importancia destacar el rol profesional vinculado a la capacitación ya que jerarquiza al Trabajo Social: *"fuimos a capacitar a otras Provincias, a la Universidad, al Hospital Tornú a compartir la experiencia de EVAS"*.

En conclusión, se desprende de las entrevistas realizadas que en los años 70 el rol del profesional estaba estrechamente relacionado con la comunidad: *"había que hacer las vigilancias epidemiológicas (...) que nos mandaban a las Trabajadoras Sociales"*. De esta forma, el ejercicio profesional queda vinculado a la vigilancia de enfermedades y por ende, a la prevención. Por otro lado, la promoción también era un tema central en la intervención profesional: *"íbamos, promocionábamos que vengan a atenderse (...) el eje principal estaba puesto en el rol educativo del personal de la salud"*. Fue de gran relevancia la inserción del profesional en la comunidad y en el acercamiento de ésta y el Hospital, en el sentido de que se llevaban los servicios del segundo al ámbito de la primera. Cabe destacar que durante la época de la dictadura se cerraron los centros de salud, por lo tanto, desde el hospital se desarrollaba el trabajo correspondiente a todos los niveles de atención.

En la década del 90', el rol profesional estuvo atravesado por las actividades de prevención de las enfermedades epidémicas más comunes de la época y las actividades de promoción de la salud en el espacio educativo: *"Era una época que se trabajaba mucho, por ejemplo, el tema del cólera, trabajaban con materiales en la escuela"*.

Actualmente, las intervenciones profesionales relativas a la promoción de la salud y prevención se realizan en mayor medida desde los Centros de Salud y Acción Comunitaria del área programática del hospital. Como se expresó con anterioridad, estos cambios forman parte de la trayectoria de los dispositivos de intervención en el Servicio Social del Hospital Pirovano.

### Internación

En relación a la intervención del Servicio Social en unidades de internación, se puede apreciar que una modalidad de intervención vigente hasta el año 2008 era la del recorrido diario de las diversas salas, con una trabajadora social en cada una de ellas: *"cada sala tenía una referente, no había equipos"*; *"cada una tenía la guardia y la sala, no existía la interconsulta"*. En dicho recorrido diario las profesionales detectaban posibles problemáticas o situaciones que ameritaban intervención desde el Servicio Social: *"había trabajadoras sociales en todas las salas, había para*

*cubrirlas, éramos veintipico”.*

El recorrido diario de la sala de internación y la entrevista a todos los pacientes internados facilita el ejercicio profesional de evaluación y diagnóstico de la situación, así como la elaboración de estrategias de intervención en caso de ser necesario: *“Nunca me manejé con interconsulta, tenía presencia en la sala”.* Cabe señalar que la presencia diaria en la sala de internación facilita también el contacto e intercambio con los profesionales médicos y no médicos, posibilitando desarrollar un trabajo interdisciplinario. Del mismo modo, permite la visibilización de nuestra profesión como parte integrante del equipo de salud. Por otro lado, esta modalidad de intervención favorece el contacto y seguimiento del paciente: *“En ese momento hacíamos entrevistas cama por cama (...) Y conversando surgían los problemas y no a demanda de los jefes de Servicio como si pasó después”:* *“el hecho de estar te permite trabajar desde mi contacto con el paciente y su demanda”.*

A partir del 2008, se comienza a trabajar con la metodología de equipos integrados por duplas con ciertas áreas de trabajo asignadas: *“Era muy difícil trabajar sola. No había duplas. (...) la idea de poner las duplas, más que por lugar yo diría que por tipo de demanda o intervención que requiera la sala”.* Por consiguiente, hasta la actualidad se han conformado cuatro equipos de trabajo para la intervención en salas de internación: dos equipos en el área materno-infantil y dos equipos en el área de adultos. La metodología del trabajo en duplas como propuesta de trabajo permite la construcción colectiva del objeto y de las estrategias de intervención profesional, con la mirada de ambos trabajadores sociales que integran el equipo.

En algunas salas se continúa trabajando haciendo recorrido diario de aquéllos pacientes que ingresan, donde se los entrevista y se evalúa si requiere intervención o no del Servicio Social. En otras salas sólo se trabaja por medio de la interconsulta de un profesional médico que observa alguna situación que, a criterio personal, identifica para la intervención del trabajador social. Se considera que un obstáculo para trabajar en algunas salas sólo por interconsulta radica en que la intervención social depende de la mirada de otro profesional que no necesariamente visualiza la especificidad del rol del trabajador social. En este sentido, muchas veces se ve desdibujado el mismo, en tanto la interconsulta al Servicio Social suele realizarse por cuestiones que no son netamente del campo profesional del trabajador social: *“Prefiero ser yo la que detecto si es necesario nuestra intervención”.* Se considera importante destacar que la interconsulta es un instrumento legítimo de contacto entre los profesionales médicos de las unidades de internación y los demás profesionales del equipo de salud: trabajadores sociales, salud mental, kinesiología, médicos de otras especialidades, entre otros. Es allí donde se puede visualizar la tensión existente entre los profesionales del equipo de salud con la demanda institucional. Dicho instrumento permite mostrar la forma de construcción de la intervención del trabajador social. Resulta importante señalar que la interconsulta al Servicio Social puede dar inicio a la intervención profesional en una situación problemática. La intervención del trabajador social no sólo comienza ante la demanda de una persona que se acerca al Servicio, sino que la intervención profesional es una construcción que puede iniciarse tanto en las personas, en las interconsultas de otros profesionales de la salud, en una demanda institucional o desde el mismo profesional.

Cabe señalar que el factor tiempo, la complejización de las problemáticas que se presentan actualmente y la cantidad de profesionales que integran el Servicio Social, entre otros, actúan como obstáculos para recorrer y cubrir todas las salas del hospital: *“Llegó un momento en que se fueron todas y no renovaron. Ahora volvieron, cada cargo con su cada cual. Pero llegó un momento en que se fueron tantas (...) se fueron diez en un año, por jubilaciones”.*

Otro aspecto que se destaca del trabajo profesional en las salas de internación se vincula con la *“participación en el pase”* de los distintos casos o situaciones de los pacientes. Cabe resaltar

que, en este espacio de encuentro, es posible transmitir la delimitación de la especificidad del rol del trabajador social al momento de intercambiar y articular con otros profesionales. Anteriormente, era usual la participación de las trabajadoras sociales en el pase de sala de las distintas unidades de internación.

En relación a las modalidades de intervención mencionadas en el ámbito de internación, resulta de importancia señalar que se han alcanzado diversos logros a lo largo de la trayectoria del Servicio Social. A modo de ejemplo, en la sala de maternidad se logró el ingreso del padre a la sala de partos. Asimismo, en dicha sala, durante un período significativo de tiempo, fue posible mantener una charla con todas las pacientes después del parto: *“Todas las mañanas íbamos a la sala y hacíamos una reunión general”*. Así como también, se sostuvo el recorrido diario de esta unidad de internación a lo largo del tiempo: *“La modalidad de intervención no cambió”*.

Otro aspecto a destacar de las salas de internación se vincula a una de las mayores expectativas provenientes de los profesionales médicos respecto de la externación de los pacientes que atraviesan una situación de calle, sin red social ni familiar continente, con discapacidad o enfermedad crónica, etc: *“En clínica médica las problemáticas sociales eran los abandonos de la gente grande (...) se les buscaba lugar donde estar”*. Otra de las profesionales refiere que *“una de las problemáticas que yo creo que debe seguir, esto de las personas que se internan y que de pronto tienen que egresar y no encontrás cómo. Llámese pediatría, maternidad; bueno, ahora hay muchísimos más programas, hogares. Hubo momentos en que nada... Ésta era una de las problemáticas, las posibilidades de egreso, las dificultades para egresar”*.

Desde el Servicio Social se pueden brindar respuestas tanto a corto plazo como a largo plazo, así como hay cuestiones que exceden la labor profesional del trabajador social en salud. Ante la intervención se nos presentan obstáculos, como falta de recursos, falta de presupuesto, acceso limitado o dificultoso a programas, así como respuestas gubernamentales que no resuelven las problemáticas desde su estructura: *“Los dispositivos no son acordes a las problemáticas. No son suficientes”*.

Finalmente, resulta relevante mencionar que, a pesar de las dificultades mencionadas al momento de intervenir, existe un aspecto común que comparten las profesionales del Servicio Social, el cual constituye el ideario del colectivo profesional, signa las modalidades de intervención y contribuye a mejorar la calidad de vida de los sujetos con los que trabaja. El mismo se vincula a la concepción integral de la salud y de la persona como sujeto de derechos. De este modo, *“se propicia el fortalecimiento de potencialidades, la movilización de recursos personales, familiares y comunitarios para la autogestión hacia la resolución de las problemáticas. Para tales propósitos, la intervención se centra en las personas, sus necesidades y sus derechos”*.<sup>23</sup> En este sentido, el trabajo social desarrollado recibe, fundamentalmente, el reconocimiento de las personas con las que se trabaja y continúan acercándose al Servicio Social en busca de un espacio de escucha y contención, sabiendo que lo encontrarán.

### **Residencia de Servicio Social en Salud del Hospital Dr. I. Pirovano**

Resulta de importancia mencionar que en el año 1991 se produce el ingreso al servicio de la Residencia de Servicio Social en Salud. Esta iniciativa surge de la mano de profesionales que impulsaron la creación de la residencia como un espacio de capacitación en servicio, *“En su momento cuando se consigue, se eligieron primero los hospitales que tenían Centro de Salud, porque la idea era que empezaran a trabajar en los Centros de Salud”*. Uno de los primeros servicios sociales hospitalarios que se constituyó en sede de residencia fue el del Hospital

---

<sup>23</sup> Ley N° 23.377 de Ejercicio Profesional de Servicio Social o Trabajo Social

Pirovano.

Según refiere una entrevistada además de considerar a la residencia como un *logro*, también comenta que fue un proceso de trabajo arduo al interior de los servicios que iban a albergar a las nuevas residentes; así como también, supuso reuniones entre aquellas jefas de los diferentes hospitales que acompañarían esta propuesta, para darle un marco formal a la nueva modalidad de capacitación *“Se trabajó en el proyecto, los hospitales que íbamos a tener la Residencia”*.

En cuanto a la relación establecida entre las Trabajadoras Sociales del Servicio Social y las residentes, puede mencionarse que, en un primer momento, existía una división entre las profesionales residentes y las profesionales de planta. Esto se debía por *“ciertos temores ante cambio”* de algunas trabajadoras sociales: *“por supuesto también en los servicios hubo como dificultad en la inserción porque siempre son personas que vienen de afuera, son ojos que miran y oídos que escuchan, y está esto de poder ser juzgado”*. Esta situación se revirtió con la incorporación de ex residentes a la planta. Hasta ese momento no se había concretado debido a la falta de una política de reposición del recurso humano capacitado en el sistema de salud. Sin embargo, algunas trabajadoras sociales acompañaron el proceso de conformación de la residencia en el servicio como referentes y la valoraron como un espacio enriquecedor tanto para los profesionales como para el servicio: *“siempre me parecieron como la posibilidad de un aire nuevo, de tener que reflexionar sobre la tarea, de alguien que te interpela. Entonces esto te obliga a reflexionar, a trabajar”*. Luego, se modifica esta situación y la residencia comenzó a ser una modalidad de ingreso al Servicio Social y la posibilidad de renovación del mismo: *“hubo muchos años en que la residencia no se quedaba. Preparábamos gente para el afuera, nunca para el Hospital”*. Finalmente en el año 2005 se concretó el primer ingreso de una ex residente a la planta del Servicio Social. Actualmente, los residentes y los profesionales de planta trabajan en conjunto (la mayoría de las profesionales de planta y guardia son ex residentes) y existe un acompañamiento generalizado hacia la Residencia: *“se ha profesionalizado muchísimo el servicio social, la residencia ha hecho un aporte enorme a la formación y a la capacitación”*.

## Reflexiones finales

A modo de conclusión, queremos explicitar los aprendizajes que adquirimos en el proceso de realización de este trabajo considerando la importancia de la reconstrucción de la Intervención Profesional para el análisis y reflexión sobre la práctica actual y futura. Consideramos que son de gran importancia tanto el ejercicio metodológico de la realización de entrevistas en profundidad con fines de recopilación de información, como el contacto con la palabra y el testimonio de las protagonistas del quehacer profesional desarrollado en los últimos cuarenta años en nuestro hospital.

En cada una de las instancias de construcción de este documento, se entrecruzaron dos procesos, uno relacionado con la familiarización con herramientas, instrumentos y modalidades de Intervención y su modificación a través del tiempo, y otro proceso, vinculado a la dimensión subjetiva, al involucramiento en la historia del Servicio Social del que somos parte.

Con respecto al primero de los procesos mencionados, observamos modificaciones en la formación profesional de las Trabajadoras Sociales. Visualizamos que hace cuarenta años las integrantes del Servicio Social provenían de diversas instituciones académicas y tenían una formación más heterogénea. Este punto, en la actualidad se ha modificado. Quienes integran el equipo de trabajo hoy cuentan con una formación profesional más homogénea y, además, en su mayoría son ex residentes que atravesaron su proceso de formación en este Hospital.

Otra cuestión que consideramos de relevancia es remarcar que de los testimonios de las

entrevistadas se desprende que el rol profesional estuvo y está en permanente construcción y negociación, y que en estos procesos influyen tanto el contexto socioeconómico, institucional y político como la trayectoria personal-profesional de cada una. Lo cual tiene incidencia en la definición del objeto de intervención y los dispositivos de abordaje del mismo.

Por otra parte, queremos destacar que los avances en la legislación vinculada a la salud incidieron en el desarrollo de la intervención profesional del Trabajador Social en el Hospital, en las funciones adjudicadas y asumidas. Decimos esto porque dichos procesos se direccionaron hacia una concepción más amplia de salud orientada a la atención integral y a la consideración del sujeto como protagonista de su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En otro plano, vislumbramos que la historia reciente del Servicio Social está atravesada por el recambio del recurso humano y esta variable, según el relato de las entrevistadas, se convirtió en un pilar fundamental para pensar cuantitativa y cualitativamente los dispositivos de intervención.

Por otro lado, consideramos necesario reconocer que nuestro rol profesional en el Servicio Social del hospital fue variando y está en permanente construcción y tensión con la demanda institucional y con las expectativas de las personas que se atienden en el mismo. Es por ello, que dicha demanda institucional no necesariamente coincide con los espacios en los que las Trabajadoras Sociales entrevistadas reconocen como de mayor gratificación profesional. Resulta importante añadir que el modelo médico hegemónico sigue vigente en las prácticas de los profesionales del equipo de salud, lo cual incide en la construcción del rol del trabajador social en salud.

Antes de concluir queremos destacar que a lo largo de la trayectoria del Servicio Social del Hospital Pirovano, observamos que uno de los elementos actuales más valorados por las Trabajadoras Sociales es la intensificación de la capacitación. Lo anterior se da tanto en la construcción de espacios de formación y capacitación propios del Servicio, así como el estímulo a la capacitación externa. Consideramos este ítem como de gran importancia en función de las herramientas de intervención y reflexión que brindan estos procesos.

Vinculado con el proceso subjetivo de cada una de nosotras, coincidimos en que la construcción del instrumento de recolección de información estuvo atravesada por nuestras preconcepciones acerca de lo que fue el ejercicio profesional en este Servicio Social y los datos que imaginábamos y esperábamos encontrar. La información recabada nos permitió descubrir mucho más acerca del pasado y el contraste del mismo con aquello que nosotras imaginamos. Nos brindó el acceso al conocimiento del origen del servicio, de lo que nos antecede, nos condiciona y construye al mismo tiempo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Bourdieu, Pierre y Wacquant, L.. “Respuestas por una antropología reflexiva”. Ediciones Grijalbo. México. 1995
- Carballada, Alfredo. “La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”. Buenos Aires. Paidós. 2002.
- Castronovo, R y Cavalleri, S. “Compartiendo notas. El trabajo Social en la contemporaneidad”. Cap: “Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas”. Ediciones de la UNLa. Buenos Aires. 2008.
- Cazzaniga, Susana. “El abordaje desde la singularidad”. Ficha de Cátedra de la Escuela Superior de Trabajo Social de la UNLP. Buenos Aires. 1997.
- Danani, Claudia. “Políticas sociales y economía social”. 2003.



- Ferrara, Floreal. “Teoría social y salud”. Catálogos editora. Buenos Aires. 1985.
- Gattino, S. y Flores, M.E. “La familia y el Trabajo Social. Manuel de Cátedra”, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. 1995
- Grassi, Estela. “Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame 1. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2003.
- Grassi, Estela. “La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana”. Humanitas. Buenos Aires. 1989.
- Montaña, Carlos. “La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”. Ed. Sao Paulo, Cortez, 2000.
- Oliva, Andrea. “Trabajo Social y Lucha de clases. Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina”. Editorial Imago Mundi. Buenos Aires, 2007.
- Oszlak y O’Donnell. 1981.
- Rojas Soriano, Raúl: “Capitalismo y Enfermedad” Introducción. Cap.1: Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad.
- Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998.
- Travi, Bibiana. “La Investigación diagnóstica en Trabajo Social: la construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional”. En Escalada, Soto, Fuentes y otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención profesional. Buenos Aires. Espacio Editorial. Año 2003.

Otras Fuentes:

- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153
- Ley N° 23.377 de Ejercicio Profesional de Servicio Social o Trabajo Social

**Anexo****I) Entrevista semi-estructurada realizada a trabajadoras sociales del Hospital Pirovano.****Instrumento de indagación Trabajadoras Sociales Htal. Pirovano**

Nombre del entrevistado:

Título obtenido:

Lugar de estudio:

Fecha en que se recibió:

1. ¿Por qué comenzó a trabajar en el área de salud?
2. ¿Cuál fue la modalidad de ingreso al Servicio Social del Hospital?
3. ¿En qué año y hasta que año (en caso de estar jubilada)?
4. ¿Recuerda alguna de las características del contexto económico social y político de esa época? ¿Qué políticas públicas, programas y recursos se implementaban? ¿Considera que hay diferencias en relación al contexto actual? ¿Cuáles?
5. ¿Cuál era la organización interna del Servicio Social? (áreas y equipos de trabajo) Identifique los espacios de inserción profesional al interior del Servicio Social y del Hospital.
6. En relación a la tarea puntual desarrollada del TS, ¿cuáles eran las principales problemáticas abordadas? Mencione las modalidades de intervención utilizadas y los instrumentos de registros. ¿Considera que hubo modificaciones (problemáticas – dispositivos) a lo largo de su trayectoria profesional?
7. ¿Cuál era la vinculación de las profesionales del Servicio Social con los diferentes profesionales del Equipo de Salud? Articulación / Trabajo interdisciplinario.
8. ¿Participó en alguno de los siguientes ámbitos de intervención: Residencia – Guardia General - CeSaC? ¿Recuerda cual fue el proceso de conformación de cada uno de ellos?
9. En el contexto de la intervención, ¿puede identificar algún espacio de inserción profesional que le resultó más grato trabajar? ¿Por qué? Hubo algún espacio que le resultó menos grato? ¿Por qué?.

Residencia de Servicio Social en Salud del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano período 2011-2012.

División Servicio Social – Jefa: Lic. Adela Goicoechea.

Ciudad de Buenos Aires

2011 – 2012