



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

Tesina de grado:

La intervención del Trabajo Social en equipos de trabajo interdisciplinario en salud.
Experiencia de práctica profesional en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez

Autora: Ledesma y Krenz, Carolina

Directora: Lic. Boschetti Silvina

Rosario, 2017

AGRADECIMIENTOS

A mis queridos padres Oscar y Carmen que dieron todo por mí, a quienes les debo lo que soy

A mis abuelos Coco y Angelita por cada tarde de compañía mientras estudiaba

A mi hermana Natalia y a mis sobrinos Bruno y Olivia por su amor

A Ezequiel mi gran amor, compañero de vida y aventuras, que siempre estuvo presente alentándome a no bajar los brazos

A mi profe preferida Silvina por ayudarme, aconsejarme, enseñarme y fundamentalmente por confiar en mi

A Valeria por ser mi tutora de terreno durante los tres años de práctica profesional transcurridos en el hospital

A Cori y Gise por cada momento compartido en la facultad y por su amistad

A mis amigas Kathy, Ceci, Jesi y Caren por creer que, a pesar de los obstáculos, lograría mi sueño de ser trabajadora social

Y a todos los que contribuyeron con su aporte a la elaboración de ésta tesina

RESUMEN

Teniendo en cuenta el proceso de Práctica Profesional de tres años desarrollado en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) de la ciudad de Rosario durante los años 2012, 2013 y 2014 considero de suma importancia analizar la experiencia de trabajo interdisciplinario en dicha institución. Teniendo en cuenta el tercer nivel de complejidad según la Red de Salud Municipal pondré énfasis en el rol del Trabajo Social otorgando vital importancia a la intervención profesional.

Las situaciones de sujetos que se encuentran atravesando un proceso de atención de su salud ya sea por una problemática que se enmarca en el contexto social donde se relacionan íntimamente factores personales, familiares, económicos, habitacionales y laborales propios de su historia de vida se constituye en la materia prima de la intervención profesional de Trabajo Social en la institución.

En este sentido, durante el segundo y tercer año de prácticas se llevó adelante una actividad denominada “Pase de Sala Interdisciplinario”. El mismo fue presentado como la observación conjunta de la evolución de los problemas de salud de los/las pacientes que se encuentran en internación en algunos de los sectores: alta complejidad y baja complejidad. En principio, sólo con atención por el Servicio de Neurocirugía y luego vistos por cada una de las otras disciplinas que componen el equipo interdisciplinario: Salud Mental, Kinesiología, Trabajo Social, Fisiatría de ILAR e Internación Domiciliaria Municipal.

Aquí el propósito fue darle una atención integral al sujeto, que atraviesa por un proceso de internación como a las personas y vínculos familiares que cumplen el rol de acompañante, mediante la interdisciplina.

En este trabajo me propuse volver a mirar mi práctica profesional e intentar recrearla a partir de entrevistas pero ya con otra distancia. Considerar esta cuestión, es una oportunidad de acceso a emergentes que interpelan el campo de la intervención en lo social, a los cuales se debe analizar y leer críticamente para evaluar cómo intervenir en el contexto del tercer nivel de complejidad, teniendo en cuenta límites u obstáculos y posibilidades u oportunidades.

PALABRAS CLAVES: Trabajo Social. Institución. Interdisciplina. Intervención Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
RE-PENSAR EL CAMPO SALUD EN LA ACTUALIDAD	9
CAPÍTULO 1 “INSTITUCIONES: ¿UN ESPACIO DE TRABAJO O ALGO MÁS?	11
1.1 INSTITUCIONES: ¿QUÉ SON?, ¿CÓMO FUNCIONAN?	12
1.2 INSTITUCIONES DE SALUD: “EL HOSPITAL”	14
1.3 DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ÁLVAREZ.....	16
1.4 LEGISLACIÓN QUE SUSTENTA LA RED DE SALUD.....	20
1.5 CATEGORIAS: SUJETO Y POLÍTICAS SOCIALES.....	22
CAPÍTULO 2 “INTERDISCIPLINA: ¿DE QUÉ SE TRATA? RELACIONES CON EL CAMPO SALUD Y TRABAJO SOCIAL.....	24
2.1 HISTORIA DEL SURGIMIENTO DE LA INTERDISCIPLINA.....	25
2.2 RECONOCIENDO DIFERENCIAS ENTRE MULTIDISCIPLINA-INTERDISCIPLINA-TRANSDISCIPLINA.....	28
2.3 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL CAMPO SALUD.....	29
2.4 INTERDISCIPLINA Y TRABAJO SOCIAL.....	34
2.5 DIFICULTADES Y FACILITADORES EN EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO. PROPUESTAS PARA LOGRARLO.....	39
CAPÍTULO 3 “SOBRE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES. CUESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.....	41
3.1 PASE DE SALA INTERDISCIPLINARIO. SURGIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA EXPERIENCIA.....	42
3.2 LUGAR DEL TRABAJO SOCIAL AL INTERIOR DEL EQUIPO.....	45
3.3 MIRADA DEL TRABAJO SOCIAL, SALUD MENTAL Y NEUROCIRUGÍA RESPECTO DEL EQUIPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.....	49
3.4 INTERDISCIPLINA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD ¿ES POSIBLE?.....	52
3.5 LÍMITES Y POSIBILIDADES EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL.....	55
CONCLUSIONES Y REPENSARES.....	56
ANEXO.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	70

INTRODUCCIÓN

La presente tesina propone, teniendo en cuenta el proceso de práctica profesional de tres años desarrollado en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez durante los años 2012, 2013 y 2014, analizar la experiencia de trabajo interdisciplinario en dicha institución. Teniendo presente el tercer nivel de complejidad según la Red de Salud Municipal, haciendo hincapié en el rol del Trabajo Social y dándole vital importancia a la intervención profesional.

La intervención profesional del trabajo social remite a una acción con sentido sobre la realidad a partir de una demanda. Un hacer fundamentado, argumentado, impulsado por una intencionalidad de generar alguna modificación en relación a la situación inicial. Por cierto, la ciencia moderna fomenta el parcelamiento de las profesiones y delimita cada uno de los espacios de conocimiento y ejercicios profesionales (Cazzaniga, 2009).

De igual manera la institución hospitalaria se organiza en líneas disciplinarias y especialidades favoreciendo a la fragmentación de la atención en salud. Así cada profesional desempeña un rol establecido de ante mano respondiendo a necesidades sociales que estructuran su objeto específico de intervención.

Teniendo en cuenta las problemáticas sociales de la actualidad vale rescatar la idea sobre lo complejo como aquello que no puede ser simple, aquello que no puede reducirse para ser explicado claramente. Se trata de una realidad compleja con múltiples dimensiones a abordar. Pues desde una perspectiva interdisciplinaria podrían comprenderse y abordarse problemas sociales complejos aportando una mirada integral y de complementariedad a cada situación particular (Morín, 1990).

Teniendo en cuenta lo dicho, ésta tesina se plantea realizar un trabajo que problematice la situación.

La investigación en trabajo social es de importancia como actividad de búsqueda, argumentación y producción de conocimiento.

Cuando el/la trabajador/a social se encuentra ante una nueva situación se plantea los interrogantes: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por Qué?, ¿Qué significado tiene?, ¿A quién afecta?, ¿Qué consecuencias produce? Al proceso que sigue mediante la aplicación de un método, técnicas, procedimientos y conocimiento científico para responder a las cuestiones anteriores se le llama investigación. (Kisnerman, 1985, pág. 49)

Dicho proceso se llevó adelante bajo la supervisión de una de las cuatro integrantes del Servicio de Trabajo Social de la institución, la Lic. Bergamasco, en colaboración con las docentes de las respectivas cátedras de Práctica Profesional de la Facultad a lo largo de los tres años.

En el proceso de prácticas se constató que las situaciones de sujetos que se encuentran atravesando un proceso de atención de su salud ya sea por una problemática que se enmarca en el contexto social donde se relacionan íntimamente factores personales, familiares, económicos, habitacionales y laborales propios de su historia de vida se constituye en la materia prima de la intervención profesional de Trabajo Social en la institución. A su vez, el corte abrupto de su vida cotidiana a raíz de una internación por un hecho acontecido generó en mi tránsito como estudiante interrogantes y reflexiones acerca de la continuidad de la vida de las personas luego del proceso de atención hospitalaria.

Para conocer el sustento teórico sobre la temática recolecté información y bibliografía sobre interdisciplina en salud, rol del trabajador social en este escenario y límites y posibilidades en su actuación.

Ahora bien, en el proyecto de tesina se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- Lugar del trabajo social en el equipo interdisciplinario. ¿Cuál es nuestro propósito?
- ¿Cómo es la intervención de los equipos interdisciplinarios entre pares en el espacio de pase de sala?
- ¿Qué esperan las demás profesiones del trabajo social?
- ¿Hay horizontalidad en las relaciones entre profesionales?
- ¿Existen prioridades de atención en el contexto de pase de sala?
- Interdisciplina: ¿Cómo estrategia de intervención frente a la complejidad de las demandas?, ¿Cómo desafío a construir respuestas más acabadas o interrogantes mas reflexivos?

Para el presente trabajo se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Caracterizar el lugar del Trabajo Social en el pase de sala interdisciplinario en el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez durante los años 2013 y 2014.

Objetivos Específicos:

- Realizar un análisis en el contexto del pase de sala.
- Describir la mirada de las disciplinas que conforman el Pase de Sala en cuanto al trabajo interdisciplinario.
- Analizar los límites y posibilidades de la intervención profesional del Trabajo Social en el Pase de Sala.

Como metodología se realizaron acercamientos a la institución y a los actores que allí desempeñan su labor, registrando relatos, diálogos, acciones, registros de prácticas institucionales profesionales, supervisiones académicas y cuadernos de campo, desde una actitud investigativa valiosa para el re-trabajo y la recuperación de aspectos importantes que hacen al proceso de práctica.

De esta manera, también se utilizaron técnicas de observación, recolección bibliográfica y entrevistas. Sin embargo, el centro de la investigación estuvo focalizado en entrevistas semi-estructuradas, con preguntas abiertas/ejes a tratar con el objetivo de dialogar sobre el tema y dar surgimiento a interrogantes o dudas que hacen, a mi parecer, más enriquecedor el relato.

Para indagar sobre la temática planteada el tipo de metodología a utilizar será cualitativa ya que realizaré un estudio de carácter exploratorio y descriptivo. Mi propuesta es rastrear las representaciones de interdisciplina que poseen los profesionales que forman parte del Pase de Sala Interdisciplinario. Caracterizando, además, la modalidad de trabajo propia del trabajo social.

La presente tesina se estructura en tres capítulos. En el capítulo I se desarrolla el concepto de institución y cómo es su funcionamiento. Se habla de instituciones de salud, describiendo las características del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

En el capítulo II retomaré la historia del término interdisciplina enmarcándolo en el contexto del campo de la salud, y más específicamente en el ámbito hospitalario. Además se describe una aproximación de la relación entre interdisciplina y el accionar del trabajador social.

En el capítulo III se presenta una descripción sobre las prácticas profesionales y la cuestión de los equipos interdisciplinarios. Se expone una experiencia de equipo de trabajo en un

hospital de alta complejidad como el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez y se analiza la problemática desde la mirada del Trabajo Social teniendo en cuenta su rol profesional y su abordaje. Por último, se desarrolla un análisis sobre límites y posibilidades a la hora de actuar en éste contexto.

Re-pensar el Campo Salud en la actualidad

Este apartado es un recorrido por el campo salud para analizar su situación actual en clave a marcos teóricos y conceptuales. Se puede decir que la política de salud promueve la construcción de entornos saludables donde las personas se relacionan y participan en ejercicio pleno de su ciudadanía. Salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con lo social, lo político, lo económico y hasta lo cultural.

Lo relevante en términos de salud, más allá de sus cifras respecto a lo clínico-biológico, es su dinámica producida en un determinado tiempo histórico-social donde co-existen posturas opuestas.

En este sentido, partiendo de la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (1948) que concibe: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” se presentan varias contraposiciones, aunque resulte un paso hacia delante la ampliación de lo sanitario. Sin embargo, se sabe que tal definición recibe críticas por su enfoque reducido al “estar bien”.

Por ello, creo importante, tomar a dos autores que analizan la salud desde puntos importantes y, a la vez, disímiles a la premisa de la OMS.

Uno de ellos se enfoca en una “concepción social” de la salud, expresándola como la solución del conflicto. Es decir separándola de la definición tradicional de la OMS y sosteniendo que: “El hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad” (Ferrara, 2008, pág.2).

Se habla de solución de conflictos como fortalecimiento de la comunidad en aunar esfuerzos. Lo que representaría la salud que el país necesita, la cual según el autor está metida dentro de cada una de las cosas del mundo. Está metida dentro de cada una de las cosas sustanciales en las que están el hombre y la mujer.

Descansa en una apreciación de salud como una apelación a la solución de los conflictos que plantea la existencia.

La salud tiene que ver con el accionar de la sociedad para modificar aquello que deba ser cambiado para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud-enfermedad hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.

Aquí se habla de una transformación, de contraponerse al estado de bienestar, al estar bien. Además de estar en contra de la salud proporcionada por organismos privados donde prime un negocio mercantil por sobre lo público/estatal. Su pensamiento partía de la necesidad de que la salud sea de la comunidad y su convicción sobre que los hospitales debían ser del pueblo y gobernados por ellos.

Así la salud, entendida como proceso con un bagaje histórico-social, despojada del individualismo al que la había recluso el análisis clínico-biológico, se está transformando en una nueva complejidad. Ahora al entender a la salud por su significado, las situaciones de salud-enfermedad dejan de enfocarse como una relación lineal y uniforme y pasan a ser parte de un sistema profundo y complejo, adheridos a otra realidad más compleja aun que le es determinante y que se expresa como sistema productivo del cual y por el cual existe.

El otro autor al que me refería, de cierta manera, también evoca a una transformación, una modificación en la forma de pensar al sujeto en salud expresado en la Clínica del Sujeto, perspectiva abierta por Basaglia.

En ese sentido, el fin es dejar de pensar en la enfermedad como eje central en la intervención y poner en su lugar al sujeto enfermo con una historia de vida particular cargada de subjetividades. Por ello se habla de una reforma de la clínica moderna afirmando que: “Debe basarse sobre un descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el Sujeto concreto. No un caso, un Sujeto portador de alguna enfermedad”.

(De Sousa Campos, 2001, pág. 73)

Así el objetivo es ampliar el objeto del saber y de la intervención de la clínica, planteando trascender la enfermedad como objeto sobre el cual intervenir e incluir al Sujeto y su contexto como objeto de estudio.

Como cierre puede decirse que ambos médicos sanitaristas ponen en el centro de la escena a la participación de sujetos en lo referente a salud, una forma distinta de interpretar el campo salud. Ya sea desde la intervención de la comunidad en temas que le atañen por ser destinatarios de políticas de salud, o desde la incorporación del sujeto y su entorno a la hora de pensar la salud como un todo, y no sólo como un proceso salud/enfermedad.

CAPÍTULO 1

Instituciones: ¿Un espacio de trabajo o algo más?

1.1 Instituciones: ¿Qué son?, ¿Cómo funcionan?

Al hablar de instituciones vemos definiciones y análisis realizados por muchos autores desde diversos puntos de vista. A continuación se expondrán algunas de ellas a fin de conocer de qué hablamos cuando nos referimos a instituciones.

En el “Diccionario de Trabajo Social” donde se pone claridad a la terminología propia de la profesión, está presente la expresión Institución y cómo influye en el desarrollo laboral cotidiano. Nos dice que el término institución refiere a “mecanismos de orden social y cooperación que procuran normalizar el comportamiento de un grupo de individuos que puede ser reducido o coincidir con una sociedad entera. Las instituciones en dicho sentido trascienden las voluntades individuales al identificarse con la imposición de un propósito en teoría considerado como un bien social, es decir: normal para ese grupo. Su mecanismo de funcionamiento varía ampliamente en cada caso, aunque se destaca la elaboración de numerosas reglas o normas que suelen ser poco flexibles y moldeables”. (Ander Egg, 2011, pág.41)

Otro autor que explica cuál es el significado del término es el analista institucional Barenblitt realizando un análisis del institucionalismo y la forma en cómo se organiza la sociedad, donde refiere que “las instituciones son arboles de decisión, es decir, una serie de prescripciones, prohibiciones y de opciones indiferentes que guían la vida social, de manera consciente o no. Esas prescripciones para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc., es decir que se plantean de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto, lo que es bello o feo, etc. para la Sociedad en cuestión. Desde luego esas prescripciones y decisiones adquieren modalidades específicas, políticas, económicas, culturales, etc. en cada campo de la vida social. (Barenblitt, 2005, pág. 33) En cuanto al funcionamiento de las instituciones, el autor sostiene que organizan la actividad social humana ordenando lo que debe ser y prohibiendo lo que no debe ser, acortando los temas o situaciones de interés para ella.

Por cierto la idea de institución representa un conjunto de normas, ideas y opiniones que se aplican en un sistema social. Un modo de conducta social que define lo que es legítimo y lo que no lo es en dicho sistema.

Pero las instituciones en sí mismas no son imaginarias sino que se materializan en dispositivos concretos como organizaciones. Es decir, las instituciones no tendrían

existencia real si no fuera por su representación en organizaciones. De hecho dichas organizaciones son formas materiales variadas que poseen objetivos y una dirección que supervise el desarrollo.

Para que el desarrollo de una organización sea posible es necesario contar con la actividad de agentes, ya sean seres humanos individuales o colectivos, quienes se convierten en protagonistas del quehacer cotidiano.

Por otro lado, Barenblitt describe tres vertientes dentro de una institución. Ellas son lo instituyente, lo instituido y el proceso de institucionalización.

En toda institución pueden darse momentos de transformación o de cuestionamiento al orden vigente. Estos momentos resultantes de fuerzas que tienden a instaurar modificaciones reciben la denominación de lo instituyente. El inicio de una institución y su continuación en el proceso de constante transformación genera un resultado que es lo instituido. Lo instituido es el efecto de la actividad instituyente y el desplazamiento en el cual lo instituyente crea o modifica una institución es el proceso de institucionalización. Lo instituyente es una fuerza que produce instituciones, lo instituido es el resultado del trabajo de esa fuerza, y el proceso de institucionalización es el proceso por el cual lo instituyente crea y modifica lo instituido.

1.2 Instituciones de salud: “El hospital”

La Red de Salud está integrada por todos los niveles de complejidad necesarios para la atención de los diferentes problemas de salud de la población.

Las instituciones de salud intervienen en los diferentes niveles de atención y poseen diversa complejidad medida por la diversidad de acciones de salud que realizan y del tipo de recurso médico y de otros profesionales de salud que en ellos se desempeñan.

Entendiendo que la salud pública tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud mediante la promoción y prevención, su desarrollo depende de los gobiernos que elaboran distintos programas para cumplir con éstos objetivos.

En la ciudad de Rosario la política de salud hace hincapié en el trabajo en red explicitado en el marco de tres niveles de atención. El primero de ellos está constituido por centros de salud, por ser los espacios de mayor resolutivez. El segundo nivel está conformado por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Por último, el tercer nivel de atención está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Alvarez” (HECA).

La más significativa de las instituciones de salud, podría decirse, es el hospital por ser el núcleo del sistema de salud. Por ello, vale destacar la presencia del hospital público al ser el espacio donde asisten usuarios que no cuentan con otra cobertura de salud.

Los hospitales son las instituciones más complejas para administrar debido a la diversidad de unidades y departamentos que requieren de una conducción y coordinación.

El hospital moderno tiene como premisa la organización de sus tareas y el perfeccionamiento profesional del personal, dejando atrás la labor voluntaria y la beneficencia, comenzando a lucrar por su trabajo siguiendo lineamientos propios de la institución empleadora.

Vale aclarar que no existe ni es posible redactar una guía universal de hospital modelo debido a las diferentes raíces históricas de cada institución, las tradiciones culturales, las características de cada población, la formación académica del cuerpo médico, los usos y costumbres de los pacientes, etc.

Cada institución hospitalaria cuenta con una organización en distintos niveles de jerarquía. Por lo general existen tres niveles. Ellos son:

- Dirección quien tiene la responsabilidad de conducir la institución para el logro de sus metas, además de establecer los objetivos, determinar las políticas y fijar cuáles metas a alcanzar.
- Nivel intermedio encargado de la ejecución y desarrollo de planes de acción para el logro de objetivos.
- Nivel de ejecución donde se llevan a cabo las tareas concretas.

1.3 Descripción institucional del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez se enmarca alrededor de ciertas dimensiones que son útiles para analizar sus características y su funcionamiento. Entre ellas se encuentran las de orden político, histórico, económico y territorial, estrechamente relacionadas por encontrarse dentro de un mismo cuadro institucional. De hecho cada campo posee dimensiones que actúan dentro de él.

Por su parte la dimensión histórica hace referencia a las características trascendentales que ocurrieron a lo largo del tiempo y, que a su vez, constituyen el marco sobre el que se desarrolla ésta institución. En este sentido puedo decir que el hospital está atravesado por dos momentos importantes en su historia, ya que hubo un cambio de edificio para permanecer definitivamente en donde se encuentra actualmente.

En 1897 bajo el nombre de Hospital Rosario comenzó a funcionar el efector de salud; en ese momento se encontraba como gobernador de Santa Fe Luciano Lerzo y en la intendencia de Rosario Alberto Paz. La construcción del Hospital fue dispuesta a través de la ordenanza del 2 de julio de 1897 cuando el Concejo Deliberante de la ciudad aprueba el proyecto para adquirir el predio ubicado en la zona sur de Rosario, entre las calles Sarmiento, Rueda, Mitre y Virasoro. Aunque, finalmente, el Hospital Rosario fue habilitado el 24 de junio de 1898. En ese momento estaba reservado para la atención de mujeres y niños.

Con el paso de los años, se abrieron nuevas salas y pabellones debido al crecimiento de la ciudad por las inmigraciones de la década de 1910. El 30 de diciembre de 1948 se designó con el nombre de Dr. Clemente Álvarez la sala II del Hospital Rosario y el 25 de noviembre de 1949 se impuso la redesignación del antiguo Hospital Rosario como Hospital Dr. Clemente Álvarez en honor al médico fallecido el 22 de julio de 1948. En 1956 se creó el servicio de Cardiología y dos años después se inauguró el Pabellón N°2, y en el año 1966 se habilitó la sala de cirugía totalmente equipada para la época.

Los antecedentes del hospital como centro de atención de emergencias surgen en el año 1976. Dos años más tarde se anunció el proyecto de creación de un hospital de emergencias, justificado por la Copa Mundial de Fútbol del año 1978 de la cual la ciudad participó como Subsede. El 27 de abril de 1978 queda inaugurada la obra bajo el nombre

actual de Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. A mediados del 2007 concluye la construcción de las nuevas instalaciones entre las calles Av. Pellegrini, Cochabamba, Crespo y Vera Mujica. Se realizan las pruebas sin pacientes para la puesta a punto de todo el instrumental y servicios. Finalmente en abril de 2008 se efectúa el traslado de todas las áreas y el personal del hospital al nuevo edificio y comienza la prestación de servicios.

Otra dimensión es de carácter político y hace referencia al escenario estatal en el que se presenta la creación y posterior crecimiento de la institución. Éste hospital forma parte de la estrategia del gobierno de Rosario a lo largo de los años, para renovar su red de atención primaria y de adaptar el sistema sanitario a los cambios tecnológicos del momento. Además, la connotación política de esta institución se visualiza en las campañas que hacen referencia al hospital pensado como el principal de la región en materia de urgencias, por ejemplo con un acta fundacional firmada en 1997 durante la gestión como intendente del Dr. Hermes Binner (Codina, Corea, De Marco, y Otros, 2008).

Otro punto a tener en cuenta en esta dimensión puede ser la importancia de programas y políticas públicas con los que se interviene en la realidad, creo que, con el objetivo de aumentar el bienestar de la población en general ya que la salud es un derecho humano que se encuentra en la Constitución Nacional y, por ello, es necesario que los gobiernos creen las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Además, se considera que la política de salud tiene como objeto promover la construcción de entornos saludables donde las personas se relacionan.

Por otra parte la dimensión económica se basa en los actores implicados, es decir, en todos los que sostienen económicamente la construcción del hospital. La obra fue financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo a través del Programa de Grandes Aglomerados Urbanos del Interior. Su inversión superó cifras millonarias ubicando a Rosario en lo más alto de la medicina pública del país.

El mismo ha sido pensado para satisfacer las necesidades de la ciudad en función de su población y fue el primero de su tipo en América Latina.

Con respecto a la dimensión territorial, entiendo el ámbito espacial que delimita tanto el sitio físico donde se encuentra la institución como la competencia de ésta puesta en el tipo de población que utiliza el efector. Por ello los accesos fueron ubicados estratégicamente

sobre la Avenida Pellegrini lo cual posibilita un fácil y rápido acceso desde las rutas y autopistas que convergen desde los alrededores y desde distintas localidades de la provincia de Santa Fe y de otras provincias.

También en infraestructura, el edificio se caracteriza por ser muy luminoso para gozar de la luz natural.

Ahora bien, al interior de la institución también existen factores importantes para destacar y conocer como los actores que intervienen, las políticas del sector y la concepción de sujeto y política social propia del hospital.

Como principales actores dentro del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, encuentro lo que se denomina Comisión Directiva formada por un director, un subdirector, un coordinador y una directora administrativa encargada de poner en funcionamiento todas las áreas del hospital en forma organizada, necesaria para un hospital de emergencias donde emergen situaciones que requieren respuesta rápida.

Luego se encuentran los profesionales encargados de brindar dicha respuesta (área médica en sus diferentes especialidades y enfermería), cada uno de ellos pertenece a un servicio que cuenta con un jefe para funcionar de forma jerárquica y organizada.

Además cuenta con distintos departamentos encargados de aquellos aspectos que no tienen que ver directamente con lo médico o la salud en sus términos inmediatos, pero sí de igual importancia que todos los otros servicios. Ellos son los diversos comités que tratan temáticas importantes dentro de la institución, como violencia de género, bioética, entre otros.

Con respecto a las profesiones de carácter social se halla Trabajo Social quien cuenta con un grupo de profesionales con experiencia de trabajo, que trabajan con el paciente y sus familiares en diferentes aspectos. Este servicio se relaciona intrínsecamente con el de Salud Mental a la hora de intervenir, dándose una comunicación sobre la situación particular que se presente, que ayuda a desempeñar una estrategia de intervención.

Por otra parte, la Oficina de Personal cumple con las funciones de asesoramiento y control administrativo del recurso humano. La Oficina de Atención al Ciudadano, recibe los reclamos de pacientes y familiares, brinda información y asesoramiento permanente; al igual que la Oficina de Asuntos Legales.

El área de Nutrición y Cocina tiene a cargo el control de las dietas y distribución de los alimentos mientras que el sector de Ropería controla el ingreso y egreso de la ropa del lavadero central, provee de indumentaria al personal y a los sectores internación y quirófanos.

Al mismo tiempo, funciona en el hospital un Servicio de Vigilancia encargado de controlar la entrada y la salida de los familiares para evitar cualquier tipo de situación que ponga en peligro a todas las personas que circulan por allí.

1.4 Legislación que sustenta la Red de Salud

En este apartado se intenta dar cuenta del marco normativo-legal que da apoyo a la Red de Salud Pública, ya sea a nivel nacional, provincial y municipal.

Normativas nacionales

- Ley Nacional de Salud Pública n° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, promulgada el 19 de Noviembre de 2009.
- Ley Nacional n° 22.431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados creada en Bs. As. el 16 de marzo del año 1981.
- Ley Nacional n° 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad promulgada el 2 de diciembre de 1997.
- Ley Nacional n° 26.485 Protección Integral a las Mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, promulgada el 1 de abril de 2009. La misma trabaja sobre una problemática recurrente en este hospital, ya que ha crecido el número, con respecto a años anteriores de mujeres que ingresan por violencia a la guardia al hospital. Por ello se constituyó el Comité de Violencia que hoy en día se mantiene vigente.
- Ley Nacional n° 11.284 de Nefrología, sancionada en Buenos Aires el día 16 de Julio de 1992. Y la Ley Nacional de Diálisis n° 22.853 sancionada el 10 de julio de 1983. Leyes importantes en este efector de salud ya que se realizan diálisis a pacientes allí internados y de forma ambulatoria.
- Ley Nacional de Trasplantes de Órganos y Material Anatómico Humano n° 24.193, sancionada el 24 de Marzo de 1993. Dicha ley es relevante ya que el Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos (CUDAIO) concretó un nuevo operativo de ablación múltiple en el HECA.

Normativas provinciales y/o municipales

- Ley Provincial n° 9.325 Sistema de Protección Integral del Discapacitado, creada el día 5 de octubre de 1983. Éstas son utilizadas recurrentemente en la gestión del Certificado Único de Discapacidad el cual asegura el acceso a múltiples beneficios, en el marco de los pacientes que lo requieran y se les sea otorgado luego de ser vistos por las juntas evaluadoras de personas con discapacidad que funcionan en distintas ciudades de la provincia de Santa Fe.
- Ley Provincial n° 12391 para la creación de Comités Hospitalarios de Bioética. Sancionada el 30 de Noviembre de 2004.
- Ley Provincial n°13166 Cuidados Paliativos para pacientes con enfermedades terminales. Promulgada el 29 de diciembre de 2010.
- Proyecto de Ley de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe. Su objeto es establecer un régimen uniforme para la organización y financiamiento de la atención integral e integrada de la salud en el territorio de la Provincia de Santa Fe, a través de la creación de la Red Pública de Servicios de Salud. Presentado en el año 2010.
- Ordenanza Municipal n°6238/1996 Violencia familiar. Maltrato familiar. Líneas telefónicas. Servicio de atención. Ayuda jurídica, psicológica. Asesoramiento de emergencia. Teléfono Verde.
- Ordenanza Provincial n°8337/2008 Servicios Especializados en Prevención y Atención de la Violencia hacia la Mujer.
- Ordenanza Municipal n° 8068/2006 Pase libre. Transporte Urbano de Pasajeros. Personas discapacitadas.

Describir el marco normativo es una opción metodológica para dar sustento a la garantía de derechos de las personas atendidas. Repasarlas implica mirar los principios subyacentes a todos los derechos humanos en cuanto a la salud incluyendo el acceso, la igualdad, la no discriminación y la participación en los procesos de atención.

1.5 Categorías: Sujeto y Políticas Sociales

Otro aspecto importante dentro de la institución hospitalaria, es qué concepción de sujeto y política social se tiene. Desde la perspectiva del Servicio de Trabajo Social, al igual de lo percibido de otras profesiones, la concepción de sujeto que se tiene es la de un sujeto autónomo, poseedor de derechos y en pleno uso de su ciudadanía.

En recurrentes charlas y encuentros del Servicio se debate sobre el perfil y criterios de cada profesional en cuanto a la concepción de sujeto y en relación a esto su forma de intervenir en lo social. Es decir, un/a trabajador/a social con una posición de sujeto libre y autónomo posiblemente asesore y ponga en conocimiento sobre los derechos de los que dispone, ya sea a la persona y/o a sus familiares. En cambio, un profesional que vea un “paciente” carente de autonomía y en desconocimiento de sus derechos, mantendrá la postura de una especie de “tutor responsable” de éste, y por ende realice las tareas por él. De esta manera, la perspectiva asistencial, sigue siendo hoy en día, funcional a algunas prácticas profesionales.

Se puede pensar, desde la formación académica recibida, a un sujeto autónomo al que no se le anule esta condición traspasando así los límites de nuestra labor cotidiana.

En relación a lo mencionado, se encuentra la concepción de política social dentro de la institución, como la forma visible de la intervención del Estado en la sociedad, tendiente a la protección social frente a los efectos de la desigualdad social y los desequilibrios sociales, se enfoca a la resolución de los denominados problemas sociales, vigentes principalmente en las clases sociales de bajos recursos económicos. Por ello, es de fundamental importancia el fomento y puesta en conocimiento de éstas por parte de los profesionales del hospital hacia la población usuaria.

Otro factor importante a la hora de analizar la institución es su intrínseca relación con la coyuntura social. Las demandas que llegan diariamente al hospital son variadas en cuanto al aspecto médico de la población usuaria y del momento social del que se hable.

En la actualidad, se ve la influencia del crecimiento de hechos producto de la (in)seguridad en la ciudad, como por ejemplo heridos de arma de fuego y arma blanca, mujeres víctimas de violencia de género y pacientes que sufren accidentes de tránsito, entre otras situaciones. Aquí un factor importante es la franja etaria, ya que ingresan jóvenes menores de 20 años frecuentemente. Esto se ve reflejado en los medios masivos de comunicación de la ciudad

de Rosario donde recurrentemente se muestran noticias referidas a hechos de violencia. Ello es importante para hacer una lectura del momento actual en el que nos encontramos como sociedad y pensar qué podemos aportar desde el análisis para modificar la situación.

CAPÍTULO 2

Interdisciplina: ¿De qué se trata?

Relaciones con el Campo Salud y Trabajo Social

2.1 Historia del surgimiento de la interdisciplina

La realidad actual se muestra con una mayor complejidad difícil de comprender bajo una sola perspectiva disciplinaria; aparecen nuevos actores, nuevas disyuntivas, realidades fragmentadas y multiformes. En la interdisciplina se hallaría la forma de resolver problemas cargados de múltiples aspectos que no hacen posible, por su magnitud, su abordaje desde una disciplina particular sino que requieren de una integración de saberes. Cada disciplina aporta lo propio a su fin y cuando las mismas se ensamblan crean un proyecto de trabajo conjunto.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Stolkiner, 1987, pág. 313)

Concebida en primera instancia como el diálogo entre diversas disciplinas, está surgiendo como un nuevo modo de interpretar la realidad social. Ella pretende superar la idea de unidad del saber. Si bien no deja de lado las especialidades, se define como una síntesis superadora que busca tender puentes de reflexión metodológica en aras de la dinamización de las diversas áreas del conocimiento. Lo que mejor la define es la capacidad de construir conjuntamente el objeto de estudio y así asegurar un grado más elevado de comprensión, una selección más adecuada de los instrumentos analíticos, un lenguaje común y un enriquecimiento de la comunicación entre especialistas. En suma, interdisciplina significa la resolución de problemas epistemológicos a través del diseño de una metodología integrada y del desarrollo de vínculos interpersonales orientados a la colaboración y la interdependencia de metas y tareas (Aronson, Rovelli, Alach y Palermo, 2009).

Remontándonos a los comienzos del término, Fridman (2005) dice que la interdisciplina resurge en los años 60. Habla de resurgimiento debido a que no se trata de una idea creada por pensadores actuales sino que forma parte de algo pensado por otros, milenios atrás. Es en este marco que a fines de los años '70 existen profesionales preocupados por la interdisciplina, como una manera de buscar soluciones a los problemas concretos.

De acuerdo a lo dicho, es necesario también conceptualizar qué es disciplina.

Una disciplina, entendida como área cognitiva, implica poner orden, organizar un discurso respecto de lo que se ha dado en llamar "su objeto", recortar un área de pertenencia y construir sus herramientas de abordaje. Es más, las disciplinas no existen en abstracto, sino a través de la acción humana en el seno de una cultura y en un espacio tiempo determinado. (Najmanovich, 1998, pág. 1)

De esta manera cada disciplina delimita sus fronteras, su lenguaje y sus técnicas.

En momentos de crisis, cuando la estabilidad desaparece, las instituciones perciben el cuestionamiento hacia la disciplina. Es allí donde surge el debate en torno a la interdisciplina.

En este escenario la autora resuelve, que con la modernidad se dió prioridad al mantenimiento de contextos estables o la posibilidad de cambios progresivos, de a poco, que no modifiquen sustancialmente a los sistemas. Así, el ciudadano se encuentra en una realidad compleja con nuevas y múltiples dimensiones a abordar.

En esta línea, Follari (2005) habla de interdisciplina como algo que expresa completitud y que superaría lo propio de cada disciplina; como necesaria para resolver problemas concretos desde un trabajo grupal con el aporte de profesionales de diferentes disciplinas, debido a que no hay interdisciplina unipersonal.

Solkiner (2005) continúa en esta línea afirmando que el encuentro de saberes atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Es decir, representa una concepción holística de la realidad, la considera como un todo, por lo que es más que la suma de las partes. También aclara que el simple encuentro de disciplinas no es interdisciplina. Por el contrario, es posible hablar de ello cuando existe una construcción común del problema para lo cual es necesario un abordaje interdisciplinario. Por cierto, la realidad está mostrándose con mayor complejidad, lo que dificulta su comprensión bajo una sola perspectiva disciplinaria.

Reafirmando lo mencionado hasta el momento, vale resaltar que: “Las problemáticas sociales complejas, son transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto. Así reclaman intervenciones desde diferentes ámbitos que marcan nuevos desafíos a las posibilidades de la interdisciplina” (Carballeda, 2008, pág.1).

Además, se reconoce a la interdisciplina como conversación entre personas con el interés puesto en una cuestión común. Siendo esto una oportunidad para elaborar y desarrollar estrategias de intervención en el marco de un equipo de trabajo donde cada participante aporte desde su singularidad. Teniendo presente que la interdisciplina no es una suma de campos de saber sino su interacción y complementación (Carballeda, 2001).

La integración se realiza a través de los miembros del equipo de trabajo. Donde cada uno desde su heterogeneidad aporta sus conocimientos de acuerdo a su práctica. Este intercambio entre saberes implica interacción y cooperación apoyándose en instrumentos, herramientas y técnicas.

En este sentido, podemos analizar qué elementos encontramos en común, o no, entre interdisciplina y trabajo en equipo, debido a que no significan lo mismo.

Ander Egg y Aguilar (2001) se refieren a las confusiones en torno a éstas dos ideas de trabajo. Por un lado el equipo de trabajo, en su mayoría, está conformado por personas pertenecientes a distintos campos de saber aunados bajo un mismo objeto de trabajo. Pero esto no quiere decir que se lleve a cabo un trabajo de tipo interdisciplinario.

Hablar de interdisciplina como la suma de dos o más disciplinas para tratar una misma situación es reducirla y quitarle, de alguna manera, la importancia que posee.

A continuación, se enumeraran ciertas condiciones de las que hablan ambos autores con respecto al trabajo en equipo que también podrían aplicarse al trabajo interdisciplinario.

Estas son:

- Un trabajo que se realiza conjuntamente
- Existencia de una estructura organizativa y funcional
- Un sistema relacional
- Marco de referencia común
- Asumir que la construcción o formación de un equipo de trabajo es un proceso que lleva tiempo

La idea expresada por la mayoría de las obras consultadas es que: Interdisciplina no es sinónimo de panacea o remedio para resolver los innumerables obstáculos que aparecen a la hora de conocer una situación. Como así tampoco para construir estrategias de abordaje. Por el contrario, es necesario un trabajo sostenido y constante y el reconocimiento de la incompletud de las herramientas de cada disciplina.

2.2 Reconociendo diferencias entre Multidisciplina – Interdisciplina – Transdisciplina

Aquí intentaré manifestar las diferencias existentes entre estas tres categorías. El objetivo es esclarecer cuáles son las razones por las que me refiero al proceso de trabajo del que forme parte a lo largo de mis prácticas profesionales, como interdisciplinario y no multidisciplinar o transdisciplinar.

Haré hincapié en los distintos niveles de la práctica interdisciplinaria teniendo en cuenta los grados de cooperación y coordinación entre las diversas disciplinas (Vasconcelos, 1997).

Para diferenciarlos de forma didáctica elaboré un cuadro que contiene tres importantes características distintivas como: tipo de relación entre disciplinas, tipo de relación de poder entre ellas y creación de un campo de saber autónomo.

	MULTIDISCIPLINA	INTERDISCIPLINA	TRANSDISCIPLINA
Tipo de relación entre disciplinas	No existen relaciones existentes entre ellas. Hay un mínimo grado de comunicación. No se establecen nexos	Se trata de disciplinas conexas, es decir, relacionadas unas con otras. Existe mayor coordinación. Dependencia entre unas y otras	Coordinación de las disciplinas e interdisciplinar sobre la base de un evidente fin compartido
Tipo de relación de poder entre disciplinas	No existe relación de poder debido a que se trata de un sistema de un sólo nivel donde el profesional trabaja aisladamente	Tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder al interior del equipo. Sistema de dos niveles donde coordina el nivel superior	Tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder. Sistema de niveles múltiples. Coordinación con vistas a una finalidad común de los sistemas
Creación de un campo de saber autónomo	Por las características de este nivel no es posible crear un saber	Tendencia a la creación de un saber autónomo aunque no necesariamente	Creación de un campo de saber con autonomía teórica, disciplinar u operativa

2.3 Trabajo interdisciplinario en el Campo Salud

“En Argentina el Dr. Florencio Escardó escribía en su libro ‘Moral para Médicos’ en el año 1963 lo siguiente: “...dentro del hecho médico la enfermera o la asistente social, por ejemplo, poseen saberes que el médico más culto no puede ni debe poseer y en ese campo ha de ceder su puesto de mando y ocupar su lugar de colaboración; ni la enfermería, ni el servicio social son disciplinas auxiliares de la medicina sino formas de la medicina que no incumben al médico”. (Fridman, 2005, pág.150)

En este apartado se hará alusión a la cuestión de la interdisciplina pensada desde el campo de la salud y su inminente relación con las instituciones hospitalarias.

En principio es menester aclarar que la Constitución Nacional de 1994 de nuestro país proclama el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales para las personas. El Estado nacional define políticas públicas que son desarrolladas y aplicadas por el Ministerio de Salud de la Nación y el Consejo Federal de Salud, encargado de coordinar tales políticas con todas las provincias.

La Organización Mundial de la Salud (1948) entiende que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (pág.1).

Ésta definición dejó a un lado la noción de entenderla sólo como mera ausencia de enfermedad. De esta manera se piensa más allá de padecer alguna situación indeseable. Se concibe a la salud como un fenómeno complejo que debe abordarse de manera interdisciplinaria para comprenderla en sus múltiples dimensiones. Para ello es necesario la unión e interacción de disciplinas.

Se trata de una superación del paradigma biologicista que plantea a la salud como individual, donde prima la noción curativa de la medicina. Así la salud deja de ser un aspecto solamente médico, encerrado al interior de los hospitales y se despliega a todos los actores de la sociedad (Ramos Domínguez, 2006).

Se trata de ir hacia una orientación post positivista e interdisciplinaria que integre múltiples aspectos, en contraposición con una mirada reduccionista propia del positivismo que tiende a fragmentar el conocimiento desde diversas disciplinas, de forma aislada.

Por su parte Stolkiner realiza un recorrido sobre el surgimiento de la interdisciplina y su relación con la salud mental y dice que en la década del '80 ya era evidente que la comprensión y respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo no eran abordables desde un campo disciplinario específico.

Mientras el abordaje interdisciplinario requiere de un contexto donde la tendencia sea la integración, la década del '90 se caracterizó básicamente por la desagregación y fragmentación institucional. La reforma del sistema de salud, consecuente con la del Estado, profundizó la fragmentación histórica del sector salud en la Argentina y fragilizó la inclusión de sus actores. (Stolkiner, 2005, pág.3)

El trabajador social argentino Alfredo Carballeda (2001) destaca la importancia de analizar la relación entre diferentes campos de saber y el porqué de las fragmentaciones dentro de ellos. En este sentido argumenta que en el campo de la salud es habitual que se genere una especie de autoritarismo en torno a su saber, lo cual podría resolverse manteniendo relaciones simétricas de poder dentro de los equipos de trabajo, dejando a un lado la lógica piramidal.

Por otro lado, realizando un abordaje desde cuestiones históricas, filosóficas y prácticas en torno a la temática, vislumbramos que ante el aumento de situaciones complejas y cambiantes, las instituciones de salud deberían asumir el rol que les corresponde en relación al escenario actual. Se trataría de incorporar como algo habitual la interacción entre los profesionales de la salud con el objetivo explícito de mejorar la salud y calidad de vida del paciente.

La interdisciplina es una perspectiva superadora que representa la posibilidad de modificar radicalmente la eficiencia en la resolución de los problemas prácticos concretos surgidos por el feroz avance de todas las ciencias, en especial las de la salud, y es por ello justamente que nace. (Fridman, 2005, pág.153)

El tema de lo interdisciplinario hace referencia a la conjunción de puntos de vista diferentes, con el interés puesto en unirlos. Es decir, que se produzca un nexo entre ellos.

En este sentido, es importante analizar el trabajo interdisciplinario en el campo de la salud pública. Debido a que los problemas sociales complejos deben ser abordados con herramientas complejas. Por lo tanto ningún profesional en particular es capaz de dar

respuesta a dichos problemas. Es necesario que se elaboren estrategias de trabajo de manera grupal.

Puede decirse que en ocasiones la ideología de los profesionales de la salud está en contra del trabajo interdisciplinario, lo cual puede deberse a que se contemple una visión unicausal de la salud y cómo trabajar con ella, por pensar en torno al binomio salud-enfermedad o porque la figura de médico supone ser el centro sobre el cual gira todo lo referente al campo de la salud.

En relación a esto, es importante destacar que el tipo de formación académica que reciben los profesionales de la salud, fue cambiando con el correr del tiempo. Para explicar este cambio tomé el plan de estudios de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario resuelto en el año 2001. En éste se nota un cambio curricular fundamentado en el desafío de dar respuestas a las demandas actuales emergentes en el campo de la salud.

Desde ésta lógica, se considera a la problemática de la salud como un proceso individual aislado de los contextos sociales, comunitarios y/o familiares.

A modo de ejemplo tomé un fragmento del plan de estudios puntualizando en una resolución del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, donde se destaca como recomendación para el nuevo paradigma elegido:

La formación del médico general, debe considerar un enfoque científico, antropológico, social y humanístico, para lo cual deberá tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico-técnicos que lo capaciten para la atención de pacientes. (Resolución N°535/99, 1999, pág. 7)

De esta manera, es posible abordar problemas desde distintos campos de saber, apelando a prácticas interdisciplinarias. En este contexto, se afirma que: “La interdisciplinariedad se construye desde la práctica y la gestión cotidiana; es básicamente una actitud intelectual que relaciona diferentes perspectivas teóricas en confrontación y reflexión con la práctica en la construcción de soluciones válidas de una problemática dada” (pág. 9).

También se habla de la tensión certidumbre - incertidumbre en razón a lo nuevo, lo diferente, lo cual tiene relación con el paradigma de la complejidad tendiente a dar un discurso multidimensional donde nada está totalmente dicho ni estipulado.

Además la idea de complejidad descansa en el sentido de la complementariedad y en que el todo está en la parte que a su vez está en el todo.

Como finalidad del plan de estudios de la carrera de Medicina, podemos ver que en el cuarto ítems se hace referencia a: “Promover la formación del ‘equipo de salud’ con otros trabajadores de la salud y actores sociales para realizar la prestación de servicio y funciones de docencia e investigación, asumiendo la complejidad de sus problemáticas y múltiples determinaciones” (pág.11).

En este sentido, podemos encontrar relación con lo planteado por Stolkiner (2005) en cuanto al lugar céntrico que ocupa el campo salud por sobre otros campos disciplinarios afirmando:

Debemos reconocer que el núcleo de las prácticas interprofesionales es el abordaje interdisciplinario. Sucede que en ella se conjugan otros problemas: todo grupo humano pone en juego la cuestión del poder. Un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce al mismo. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. (pág.8)

Además la autora reconoce que aunque aparezcan dificultades en los equipos, existen experiencias sumamente enriquecedoras donde se realiza un trabajo coordinado y donde el tipo de relación es simétrica.

Los cambios ocurridos en el campo salud propios de las modificaciones culturales, sociales, políticas y económicas hacen necesario crear nuevas formas de abordar las situaciones como lo es el trabajo en equipo interdisciplinario. De esta manera podría darse respuesta a las demandas complejas que aparecen constantemente en este campo.

A modo de ejemplo, podemos tomar un fragmento de la obra de Cazzaniga (2002) sobre experiencias de trabajo en espacios hospitalarios dando a conocer que ante la asignación de tareas al trabajador social como por ejemplo conectarse con los familiares del paciente, proveer pasajes, resolver la cuestión de los medicamentos, se está frente a un desborde de las problemáticas que aparecen sumado a la poca cantidad de profesionales hacen dificultoso el trabajo de articular una intervención.

Siguiendo con el análisis en torno al trabajo interdisciplinario en salud, también puede encontrarse relación con la lógica de redes a la que se refiere Rovere (1998) al manifestar que las redes están compuestas por personas que se vinculan, se conectan. Aquí, se puede

vislumbrar la oposición a la idea de pirámide dentro de una red ya que, por el contrario, se da una articulación multicéntrica. Se trata de heterogeneidades organizadas.

Lanzar un trabajo en red implica que las instituciones y las personas que se vinculan aprovechen el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio del conjunto, haciendo posible el intercambio, capaz de promover los cambios deseables.

Para concluir este apartado podemos decir que la salud como hecho social, es multidimensional y multicausal por lo que desborda la competencia específicamente médica.

2.4 Interdisciplina y Trabajo Social

El Trabajo social es una profesión que interviene en lo social desde políticas públicas, con el objetivo de modificar las situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano.

La intervención profesional llevada a cabo por el/la trabajador/a social es una acción con sentido a partir de una demanda. Es la puesta en acto de un trabajo a partir de una demanda. Es una construcción artificial donde se involucran actores como los que solicitan la intervención y el trabajador social. Se trata de un hacer argumentado desde un lugar teórico, que estructura los procedimientos, que le da contenido; con una intención de modificar algún aspecto de la realidad que se presenta. En este proceso es necesario comprender el porqué, sobre qué y para qué se actúa. En general se interviene sobre problemas sociales. Se trata de problemas sociales que están en tensión entre la situación actual y una situación horizonte u ideal (Cazzaniga, 2009).

Vale resaltar que cada profesional tiene su propio “bagaje epistémico” (Muñoz, 2011, pág.99). Es decir, no hay una práctica que no sea política y epistémica porque siempre se interviene desde un determinado lugar (Benedetti, 2014).

El cotidiano del ejercicio profesional está signado por una serie de problemas sociales que demandan atención por parte de los trabajadores sociales insertos en instituciones. En este sentido, el licenciado en Trabajo Social Sergio Gianna (2011) analiza la construcción de estrategias de intervención profesional en lo cotidiano y afirma:

La intervención profesional se realiza en el marco de la atención de diversas situaciones de la vida cotidiana de amplios segmentos de la población, situaciones que demandan del profesional la construcción de estrategias de intervención que partan de la reconstrucción analítica de los problemas sociales, reconociendo en ellas las determinaciones que le otorgan significado social e histórico, como expresiones de la ‘cuestión social’ y frente a los cuales la institución en el cual el profesional se encuentra inserto, adopta una modalidad particular de atención. (pág. 56)

En consecuencia, es necesario entender en profundidad cómo actúa el trabajo social en el contexto actual ante la diversidad de demandas. Para ello es menester decir que en la modernidad se produce un parcelamiento de las profesiones, es decir, se delimitan espacios de conocimiento y ejercicios profesionales. Cazzaniga (2002) considera que las profesiones

dan respuesta a necesidades sociales que estructuran un objeto específico de intervención, y afirma:

En torno a ellas se constituye, además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y la acción. (pág. 1)

En torno a este objeto de intervención, puede considerarse a los trabajadores sociales como “todólogos”, al hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de las demás profesiones. Ello puede deberse a que la palabra “social” hace posible dar respuesta a todo lo relacionado con pobreza y exclusión.

Así, se apuesta a la idea de resignificar la naturaleza interventiva del Trabajo Social y a no entender la profesión como mejoramiento de la caridad, sino como una nueva práctica.

En este sentido es importante pensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito de lo público. Si bien desde las diferentes disciplinas se pueden resolver algunas cuestiones específicas de un problema, la comprensión de las situaciones merece un análisis complejo en post de generar cierta integralidad, para luego establecer intervenciones particulares desde la idea de complementariedad.

Por su parte, Aquín (2006) se suma a ésta idea reflexionando acerca del Trabajo Social en relación a las condiciones sociales y a su capacidad de respuesta frente a las mismas. En relación a los desafíos y perspectivas entiende que:

Una estrategia de exigibilidad requiere una plataforma social, sostenibilidad de actores, de organizaciones, de sujetos sociales que se reconozcan como sujetos de derechos, y que por lo tanto cuenten con el capital necesario para organizarse, movilizarse y exigir su plena realización. Por tanto, una inversión importante en cualquier estrategia de exigibilidad será, sin duda, la inversión que hagamos en la recomposición del tejido social, pero también en la exploración de los núcleos potenciales de exigibilidad en las leyes vigentes, la exploración de los vacíos legales existentes, de los actos administrativos violatorios de los derechos, de los antecedentes existentes en el nuestro y en otros países. (pág. 138)

Data sobre un trabajo crítico que aborde un proyecto intelectual, que sea de ayuda para dejar a un lado la queja y la imposibilidad. Es decir, que promueva a estudiar la realidad teniendo en cuenta sus tendencias transformadoras.

Por otro lado, existe un tipo de trabajo social emancipador como respuesta a los desafíos que implican los nuevos tiempos. Emancipación en cuanto a que desde Trabajo social se posea capacidad y posibilidad de decidir el propio destino.

Desde esta perspectiva la intervención social no se da en un vacío, sino en un determinado contexto histórico, social, institucional. El contexto está presente en cada situación que abordan los/las trabajadores/as sociales. La magnitud y complejidad de los problemas sociales requieren trabajadores sociales capacitados y competentes en cuanto a su profesionalismo. Para ello es necesario formarse política-ideológicamente como epistemológica, teórica y metodológicamente. Y además aprender el oficio, es decir, como desempeñarse laboralmente en el territorio.

En este escenario los/las trabajadores/as sociales que están “en la trinchera” de los problemas que sacuden a la sociedad, deberían ser los más preparados y competentes. Teniendo en cuenta que nunca se está absolutamente formado para abordar la multiplicidad y complejidad de los problemas sociales. Por lo cual es necesario repreguntarse acerca de lo que sucede en la realidad (Martínez y Agüero, 2014).

Aquí la cuestión es percibir los problemas sociales de las personas y tener la capacidad para instruirse acerca de ellos y proponer soluciones.

En este sentido el Trabajo Social emancipador implica disponer de profesionales con “percepción aguda de la realidad”, es decir, capaces de ver más allá, de dilucidar lo que no se ve. Lo que implica, a la vez, desnaturalizar y deconstruir la realidad.

Éste tipo de trabajo social no niega la existencia de otros tipos de trabajo, sino que se considera un intento superador a ellos. Que cuente con profesionales indisciplinados y cuestionadores de lo establecido, pero que dispongan de capacidad propositiva y creativa.

Por ello, ésta perspectiva de trabajo social implica no sólo la crítica y el cuestionamiento del orden y el discurso dominante, sino poder tomar un compromiso de acción transformadora de la realidad.

Llevar a cabo una praxis para que las cosas puedan ser de otra manera en la vida cotidiana de los sujetos sociales, mediante la cimentación de identidades, la resignificación del mundo de la vida, la formación de lazos sociales menos desiguales y más democráticos, la alzada de ciudadanía y, de este modo, la materialización del derecho a tener derechos. En esta transformación cotidiana de la realidad, se gestan los grandes cambios sociales. En

estos microespacios sociales se gestan los grandes proyectos, los liderazgos políticos, los movimientos, las ideologías y las representaciones sociales. Por estos microespacios sociales circula el poder y el saber y se elabora el entramado de significaciones sociales. Es en estos microespacios sociales en donde los trabajadores sociales pueden, real y efectivamente, llevar a cabo una praxis transformadora que genere las condiciones para la emancipación social”. (Martínez y Agüero, 2014, pág. 16)

Los desafíos de los que se habla, pueden encontrar relación con los expuestos por Iamamoto (2003) en cuanto a la capacidad de descifrar la realidad y ser un profesional propositivo y no solo ejecutor. Articular la profesión y la realidad como desafío debido a que desde el Trabajo Social no actúa sólo sobre la realidad sino en ella.

En este sentido la autora afirma: “El desafío consiste en redescubrir alternativas y posibilidades para el trabajo profesional en el actual escenario; trazar horizontes para la formulación de propuestas para enfrentar la cuestión social” (p. 95). Es menester orientar el trabajo profesional hacia esa dirección, es decir, de un profesional informado, crítico y propositivo que apueste al protagonismo de los sujetos sociales. Según Iamamoto se trata de un profesional de un “nuevo tipo” que está comprometido con la actualización permanente, que es capaz de compenetrarse con los cambios presentes en el escenario actual y que apueste a al trabajo de investigación en post de encontrar sustento a sus propuestas de trabajo.

Esto, a su vez, tiene correlación con Trabajo Social como una práctica transdisciplinaria, un quehacer constituido por prácticas que van más allá de las fronteras disciplinares, sean estas psicológicas, sociológicas, políticas, económicas u otras. Concebir el Trabajo Social como un conjunto de prácticas que transgreden las fronteras disciplinares, porque tienen un poco de todo y mucho de Trabajo Social. Es decir un conjunto de prácticas híbridas y en constante transición (Karsz, 2007).

En síntesis, Trabajo Social requiere apelar a un enfoque transdisciplinario para pensar su intervención, comprendiendo que la realidad social nos presenta un ser humano histórico, incompleto, contradictorio, nunca totalmente abarcable. Se trata de la imposibilidad de comprender totalmente, de manera acabada a los sujetos con quienes se trabaja. Por eso la idea sería tratar de dejar de lado, en primera instancia, el diagnóstico de la situación, lo que hemos entendido de ella y comprender cómo se construyó la misma.

La entrada en la cultura de la complejidad lleva a ver la realidad como una red de interacciones. La combinación complejidad, interacción y sistemas abiertos son aspectos que nos llevan a pensar en la necesidad de un trabajo en red.

Podría decirse que la finalidad del trabajo en red es aunar esfuerzos y así lograr, por complementariedad, una mayor capacidad resolutive a través del intercambio y colaboración. Se trata de concepciones heterárquicas, es decir, la posibilidad de coexistencia de distintas jerarquías en el funcionamiento de un equipo de trabajo profesional.

Por ello Dabas y Perrone (1999) afirman: “El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes” (pág. 6).

Ésta idea de red tiene características distintivas como por ejemplo: adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez, espontaneidad de las relaciones. Además, la esencia del trabajo en red es la decisión por voluntad propia de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales de desarrollar una tarea común, con objetivos que son compartidos y donde cada uno de los participantes mantiene su identidad.

A modo de conclusión de esta sección se puede decir que no es desde la soledad profesional que puede darse respuestas a las demandas emergentes en las instituciones donde se insertan laboralmente los trabajadores sociales, sino que es necesario un cambio de lógica, de dejar a un lado la idea de profesional “experto” (Muñoz, 2011, pág.99), donde el conocimiento que se porta es incompleto y es necesaria la mirada de otros para realizar un proceso de intervención social de mayor eficacia.

2.5 Dificultades y facilitadores en el trabajo interdisciplinario. Propuestas para lograrlo

A lo largo del desarrollo de un tipo de trabajo interdisciplinario, vemos que surgen cuestiones que van dándole forma al proceso. Dentro de esas cuestiones encontramos aspectos que facilitan este tipo de trabajo y otros que lo dificultan. A modo de ejemplo citaré algunos.

Facilitadores:

- Las disciplinas identifican una problemática común
- El aporte de distintas disciplinas amplía el marco de comprensión sobre un problema
- Existencia de una relación de poder horizontal al interior del equipo donde cada integrante aporta desde su singularidad. Se trata de un liderazgo participativo
- Trabajar formando una red
- Disponibilidad de un tiempo y espacio de encuentro. La interdisciplina se construye en forma cotidiana
- Se crea un ámbito de interacción y reciprocidad
- Se genera un aprendizaje mutuo
- Primacía del dialogo por encima de la imposición
- Flexibilidad de los miembros del grupo
- Apoyo institucional

Dificultades:

- Pensar la interdisciplina como una sumatoria de campos de saber sin relación entre ellos
- Cada integrante del equipo define el problema desde el campo de conocimiento de su disciplina y cree que de esa manera se explica mejor que de otra
- Dificultad para integrar las diferentes miradas
- Disponer de mayor jerarquía dentro del equipo

- Existencia de prejuicios entre profesiones en cuanto a idoneidad profesional.
Rivalidades y competencias
- Falta de apoyo institucional
- Carencia de tiempo y lugar de encuentro

Propuestas para lograr el trabajo interdisciplinario:

- Equipos compuestos por trabajadores calificados cada uno en su área de competencia
- Compromiso a llevar adelante un trabajo con responsabilidad
- Capacidad integrativa para que cada integrante del equipo se sienta parte y no en relación de inferioridad frente a profesiones que crean poseer mayor prestigio o poder dentro de la institución

CAPÍTULO 3

Sobre las prácticas profesionales. Cuestión de los equipos de trabajo interdisciplinario.

3.1 Pase de sala interdisciplinario. Surgimiento y características de ésta experiencia

La intención en este apartado es hacer referencia al pase de sala interdisciplinario del que formé parte, el cual tiene una historicidad propia y un tipo de desarrollo, organización y metodología particular.

Para comenzar creo necesario decir que el pase de sala es una construcción colectiva semanal de “miradas” ante las diversas situaciones que se nos presentan. Su objetivo general es observar en conjunto desde las diversas perspectivas de las disciplinas que lo componen.

Éste constituye la primera experiencia de pase de sala interdisciplinario con disciplinas médicas, ya que en oportunidades anteriores se había llevado a cabo con una disciplina afín a Trabajo Social, como lo es Salud Mental.

El mismo se inicia a comienzos del año 2013 ante la convocatoria del Servicio de Neurocirugía. Surge de una inquietud con pacientes complejos que ameritaba la mirada de distintas disciplinas. Se trataba de pacientes que quedaban parapléjicos, cuadripléjicos, con enfermedades terminales o con secuelas importantes en donde siempre alguna intervención, desde lo subjetivo, ameritaba.

Se apoyó en la necesidad de generar un espacio de comunicación e interacción más fluido entre las disciplinas. Se desarrolla en el contexto de recurrentes situaciones, en su mayoría de violencia, que ingresaban al hospital y eran atendidos por éste servicio y por Trabajo Social.

El pase de sala tiene características particulares que lo definen como por ejemplo día y horario en que se desarrolla, disciplinas que lo componen y etapas claramente delimitadas.

Se lleva a cabo los días martes de cada semana en el horario de las 8 am en el pasillo que separa las dos salas de internación (alta complejidad y baja complejidad).

Las disciplinas que lo componen están divididas en internas, es decir, que se encuentran desarrollando su trabajo dentro del hospital, como: Trabajo Social, Servicio de Neurocirugía, Servicio de Kinesiología y Salud Mental. Y externas, trabajando por fuera de la institución y haciéndose presente sólo al momento del pase de sala como: el Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR) en la figura de una fisiatra e Internación Domiciliaria dependiente de la municipalidad de Rosario.

Cada una de ellas asume una función particular. En este caso expondré lo que desde mi punto de vista, de acuerdo a lo observado en cada encuentro, es tarea de cada una.

Por su parte el servicio de neurocirugía es quien provee la información de carácter clínico con respecto al estado de salud del paciente, caracterizando aspectos generales de la situación. El servicio de Kinesiología está encargado de lo inherente a la movilidad del paciente durante el periodo de internación. Salud mental tiene como cometido dar contención o ayuda psicológica a pacientes o familiares que lo soliciten, así como suministro de medicación psiquiátrica. ILAR cuenta con una fisiatra quien evalúa cada situación donde se requiera rehabilitación en ésta institución post internación. Además de ser quien se encargue de la toma de medidas para corcets especiales en situaciones que lo requieran. Internación domiciliaria cumple la función de llevar adelante los trámites correspondientes frente a casos/situaciones que requieran de asistencia médica en su domicilio luego de la internación.

Ésta tarea se caracteriza por su horizontalidad en la forma de poder, es decir, se lleva a cabo una reunión circular donde se acuerdan formas de abordaje, se debate y reflexiona sobre las situaciones que se presentan y los interrogantes que van surgiendo. Considero que, de cierta forma, esta experiencia se contrapone al modelo hegemónico médico que predomina en las instituciones de salud.

Siguiendo con los detalles del proceso de pase de sala, vale explicitar cuáles son sus etapas. Para comenzar se realiza una descripción de la situación médica por parte del servicio médico, lo cual se hace de manera grupal y en el espacio de encuentro, donde se esbozan estrategias de abordaje. Luego continuamos con la visita del equipo al paciente; aquí se describen aspectos generales de la situación desde características, tanto medicas como familiares, sociales y psicológicas. Este espacio se nutre de los aportes de cada disciplina y los aspectos a abordar.

Se puede decir que para el Trabajo Social éste momento constituye un primer paso de intervención, que parte de “un saber” que primeramente se construye en equipo, y que le otorga un marco general a las intervenciones futuras de cada disciplina.

Por último se llevan adelante acciones interconectadas, donde una vez pautadas las líneas de intervención, cada disciplina elabora estrategias de intervención manteniéndose en

continuo contacto con el resto de los involucrados en el pase de sala, en razón de la evolución de la situación en lo cotidiano.

Este tipo de trabajo específico puede mantener relación con lo expuesto por Rovere (1998) en cuanto a los niveles que se presentan en una red. Es así que intentaré mostrar la relación entre cada uno de ellos y los momentos del pase de sala anteriormente descrito.

El primer nivel es el de *reconocimiento* donde se daría cuenta de la aceptación de que el otro existe, reconocer el derecho a existir o a opinar y así tomarlo en cuenta. Esto puedo compararlo con el momento en el que el Servicio de Neurocirugía, quien da comienzo al pase de sala, reconoce a las demás profesiones intervinientes y por ello las convoca. Dándole importancia a lo que cada una de ellas aportaría al objetivo por ellos propuesto.

El segundo nivel es el de *conocer* quién es el otro con el que interactuó, es decir, tener interés por saber cómo se ve el mundo desde ahí. En este marco puede existir relación con el momento en el cual cada uno de los profesionales pertenecientes al equipo intenta interiorizarse en las tareas de los otros y así estar en conocimiento de lo que los otros hacen y porqué lo realizan.

El tercer nivel es el de la *colaboración* donde se empiezan a estructurar mecanismos de reciprocidad. Allí podría ponerse como ejemplo el momento en el que alguno de los integrantes del equipo pide colaboración a otro o a todos los miembros restantes en post de culminar un proceso de atención de un paciente particular.

El cuarto nivel es el de *cooperar*, donde a partir de un problema común hay que realizar una operación conjunta al respecto. Aquí se puede establecer una comparación con la esencia del pase de sala interdisciplinario ya que cada una de las disciplinas trabaja en post de un problema común, elaborando estrategias de abordaje en forma conjunta y compartiendo un espacio donde se comparte lo que se va realizando.

El quinto y último nivel es el de *asociación*, referido a compartir objetivos y recursos. De esta manera dentro del equipo de trabajo interdisciplinario se da un acuerdo implícito de asociarse para compartir los recursos que la institución pone a su disposición.

3.2 Lugar del Trabajo Social al interior del equipo

Desde Trabajo Social el proceso, anteriormente explicado, refiere una construcción colectiva de miradas ante las diversas situaciones que se presentan. Se atribuye a esta disciplina aquellas caracterizaciones que dan cuenta de situaciones familiares y/o sociales que se presentan como disfuncionales o irregulares. Estas situaciones se cristalizan mediante expresiones y derivaciones concretas que expresa el equipo o bien son manifiestos al momento de la visita del equipo al paciente.

Estas dos vertientes de intervención- aproximación se caracterizan por la puesta en marcha de recursos técnico-profesionales propios de la disciplina tendiente a dar continuidad del circuito de trabajo mediante estrategias que orienten la intervención.

Es así que desde Trabajo Social se conoce la situación problemática por la cual atraviesa el sujeto y su familia. Se indaga acerca de la constitución familiar, la condición laboral de los miembros y por defecto su sustento económico, la situación habitacional, entre otros aspectos.

Siguiendo esta línea, se realiza asesoramiento en aquellos casos donde se presentan diversas problemáticas familiares y/o sociales que surgen en el dialogo con la trabajadora social. Se brinda orientación y se interviene en situaciones relacionadas con los siguientes enunciados:

- Asesoramiento por desarraigo, migración, jubilaciones y pensiones
- Situaciones donde se asesora a personas que se encuentran en situación de calle y , en ocasiones, sin Documento Nacional de Identidad, para proceder a su documentación
- Dificultades relacionadas con los vínculos en la comunicación intrafamiliar
- Problemáticas relacionadas con la violencia de género, familiar, social, y a lo habitacional y/o económico
- Situaciones donde se presenta un problema de adicciones a sustancias y/o alcohol
- Asesoramiento para la gestión del Certificado Único de Discapacidad, como consecuencia de una discapacidad generada por violencia o por accidentes de tránsito; poniendo en riesgo la recuperación física emocional y familiar del paciente.
- Participación en la construcción interdisciplinaria de proyectos terapéuticos dentro del hospital

- Gestiones con la red de instituciones locales tanto públicas como privadas, provinciales y ONG's, cuando sea requerido.

El/la profesional del trabajo social cuenta, al momento de intervenir, con diversas técnicas e instrumentos útiles para conocer cada situación particular.

Se apoya en la escucha y la observación útiles para construir argumentos y movilizar el descubrimiento de lo nuevo, lo desconocido. Escuchar es mucho más que oír (Velez Restrepo, 2003).

Para comprender la capacidad de observación entendida como una herramienta que produce datos inmediatamente, donde es importante el lenguaje del cuerpo y el comportamiento verbal. Es un "mirar intencionado" (Cazzaniga, 2009, pág. 13).

Por otro lado, nos valemos de la entrevista, entendida como conversación entre dos o más personas, por lo menos, en la que uno es el/la entrevistador/a y las demás personas, los/las entrevistados/as. Se habla acerca del tema donde se vislumbran ciertos objetivos. Se trata de una interacción de personas para profundizar en el conocimiento de una situación; es un encuentro con el otro.

En el contexto del trabajo con pacientes del hospital, las entrevistas se construyen a partir del relato de su historia de vida y realidad social de cada uno de ellos y su grupo familiar. Se revelan indicadores vinculados con su vida en relación, circuitos de atención en salud, cuestiones de economía familiar, historia laboral, contexto en que se da el hecho, entre otras cuestiones.

También el informe social como acto de comunicar, es una de las principales técnicas utilizadas por el trabajador/a social, cuyo propósito es exponer la situación problemática del sujeto con el cual intervenimos, como así el accionar del trabajador social. Para realizarlo es necesario contar con ciertos conocimientos, con un emisor que sería el profesional que redacta el informe, el receptor, es decir, a quien va dirigido el mismo, un referente que es la situación que se informa, un canal, es decir, el escrito enmarcado en una serie de requisitos burocráticos y la posibilidad de retroalimentación donde se requiere de mayor cantidad de tiempo debido a que un proceso escrito requiere de una elaboración.

Según Giribuela y Nieto (2010) un informe social debe contar con, al menos, cuatro características. Ellas son:

- Claridad en la presentación del mismo para que pueda ser comprendido por el destinatario. De lo contrario sería necesario ampliar la información
- Concisión para que se exprese completamente, en la cantidad de palabras exactas, lo que se desea manifestar
- Completitud, es decir, contar con la totalidad de la información útil para comprender lo que fue planteado en el informe
- Consistencia en cuanto a la coherencia necesaria para presentar y caracterizar una situación

De esta manera, se llega a un diagnóstico de la situación, confeccionando la historia socio familiar y reconociendo los recursos materiales, subjetivos/afectivos con los que se cuenta. El propósito es conocer algunos aspectos que sean de utilidad ante la posibilidad de futuras intervenciones. Posteriormente, se produce un seguimiento de la situación durante el tiempo de internación en la institución, ya que ese es el margen de acción con el que se cuenta. Es decir, el tipo de institución a la que me estoy refiriendo es un efector de salud perteneciente al tercer nivel de complejidad según la red de salud municipal donde el tipo de población con la que se trabaja son adultos que requieren de un tiempo de internación relativamente corto y luego son derivados a otro hospital o a su domicilio.

Por último, se esbozan modalidades de derivación o alta. Donde podría decirse que se hace un trabajo en red de salud e intersectorial debido a la comunicación con profesionales de otras instituciones de salud, estableciendo un vínculo en post de cooperar y conocer como continuo el proceso de atención en la red.

Se abordan las situaciones en equipo hasta el egreso, articulando estrategias con integrantes de la red, con los equipos territoriales de la ciudad, de la Provincia y de la región geo - referenciando problemáticas para favorecer la accesibilidad y la calidad de la atención.

Vale decir que cada caso es único y particular en el diseño de estrategias de intervención.

Para dar cierre a esta sección considero necesario destacar un aspecto sumamente valioso sobre cuál es la opinión de Salud Mental y Neurocirugía con respecto a la labor del trabajador social al interior del pase de sala. Ambas disciplinas entienden que la evaluación de la dimensión social de la persona es lo más importante. Desde la postura de P., el neurocirujano, el sentido común demanda que así como hay personas capacitadas en colocar un tornillo en la columna para corregir una vértebra, existen profesionales

preparados en articular todos los recursos del Estado y lograr aprovecharlos. Desde la posición de G., la psicóloga, Trabajo Social es un servicio tan importante como cualquier otro en la institución. Y remarca que en ocasiones si no es por la intervención del trabajo específico del Trabajo Social los pacientes no podrían concretar el alta o continuar con el proceso de atención. Las características de la población que llega a un hospital público, de acuerdo a la situación que estamos viviendo, cada vez más, son situaciones de una cierta vulnerabilidad social que tiene que ser atendida por los médicos. Pero sobre todo considera que la presencia de un/una trabajador/a social ahí es clave. Como ejemplo presenta una situación donde el médico/a puede saber que el paciente necesita una cama ortopédica pero no sabe cómo gestionarla, lo cual no pone al trabajador social en un lugar de gestor o técnico. Otro ejemplo que expone G. es la cuestión de la vivienda que no es sólo función y responsabilidad del trabajo social intentar resolver eso, sino que es el que sabe qué hay que hacer para motorizarlo y por ello muchas veces las posibilidades de alta se demoran. Pero descansa en la idea de que la función del trabajo social es clave por la complejidad de las situaciones porque lamentablemente cada vez mas son poblaciones vulnerables por todo el contexto social.

3.3 Mirada de Trabajo Social, Salud Mental y Neurocirugía respecto al equipo de trabajo interdisciplinario

Para analizar la mirada de las disciplinas con respecto a lo interdisciplinario fue de suma importancia la entrevista como herramienta. Realicé entrevistas a V. (trabajadora social), G. (psicóloga) y a P. (neurocirujano). Decidí enfocarme en estas tres disciplinas debido al interés particular de conocer qué postura tienen respecto de este proceso. Por un lado con V., integrante del Servicio de Trabajo Social del Hospital, dialogamos sobre algunas ideas/ejes que me resultaban importantes para profundizar. Se dio fuera de la estructura propia de una entrevista, oportuno y conveniente ante el hecho de conocernos y tener confianza, luego de tres años de práctica profesional donde fui supervisada por ella.

De esa charla pudimos cerrar ideas acerca del equipo de trabajo interdisciplinario y de cómo influye en lo propio de nuestra profesión.

Así se destacó el proceso de construir relaciones con horizontalidades, desde la lógica de lograr que en una institución médica los profesionales médicos nivelen, en este caso, con Trabajo Social las intervenciones y los acuerdos frente al alta de pacientes.

Vale destacar que el equipo de trabajo interdisciplinario continuó trabajando, es decir, se mantuvo a lo largo del tiempo, luego de la culminación de mis prácticas profesionales. Con el tiempo las relaciones entre los integrantes del equipo fueron más parejas y se da lo interdisciplinario y este espacio está, de alguna manera, naturalizado. Aunque no se dé un ámbito de total horizontalidad lo relevante es que el espacio se sigue sosteniendo.

También se podría destacar la postura del Servicio de Neurocirugía sobre el pase de sala como dispositivo interdisciplinario “humaniza la atención”, respetando al sujeto en el ámbito de un espacio dialógico y no de imposición. Teniendo en cuenta su palabra y no hablar de él, sino con él.

Se percibe que la práctica ha mejorado cualitativamente pero carece de evaluación de las condiciones de funcionamiento o de las derivaciones de pacientes. En este sentido, sería bueno debatir en conjunto para acordar entre todos qué aspectos de cada situación particular corresponden a la atención de cada una de las disciplinas. Se trata de un repensar permanente tanto del espacio interdisciplinario como del término interdisciplina. Es necesario sistematizar la práctica y generar bases fijas de trabajo.

Por otro lado, desde salud mental la interdisciplina tiene que ver con el encuentro de distintas disciplinas, en donde hay como un eje en común que es el paciente, la problemática que atraviesa. Rescatan que lo importante es entender que no es una sumatoria de disciplinas sino que la cuestión de la posibilidad de pensarse en equipo es el desafío. Lo referente al origen de este dispositivo tuvo que ver con que frente a un mismo paciente distintas disciplinas intervenían y muchas veces, se encontraba en el proceso de atención una fragmentación de discursos donde cada uno transitaba por un carril sin tener en cuenta el eje institucional de lo prolongado de la internación.

Además G., remarca que la posibilidad de tener un momento en el cual se da un encuentro con otros que, a su vez, sea pensado como un dispositivo instituido y legitimado en una institución pública deja una marca en relación a un trabajo en un proceso de atención y como se van construyendo criterios comunes de intervención con los pacientes. Así, al tener un espacio sistematizado con un registro y seguimiento de los pacientes que se van viendo, pueden hacerse lecturas de los procesos de atención. Ese sería el objetivo de éste pase de sala además de lo inherente a una institución pública de salud donde se trabaja con otros y no de manera aislada. Es decir, resulta enriquecedor el trabajo en la institución pública como servicio matricial de otras disciplinas, sin que eso implique una subordinación o un poder menor.

Por su parte, neurocirugía descansa en la idea que al articular esfuerzos se rehabilita mejor y se logra tener los insumos necesarios para que los pacientes encuentren respuestas a su problemática. Se trata de que todo ese complejo multifactorial que rodea al paciente se vea más compensado a raíz del abordaje interdisciplinario. En pacientes complejos es de suma importancia la asistencia familiar y de personal capacitado en su recuperación debido a que no sólo son cuestiones médicas las que hay que tratar sino que también surgen cuestiones psicológicas, de rehabilitación, del propio tratamiento en sí, y por supuesto cuestiones sociales de cómo se reinserta en la sociedad un paciente luego del hecho puntual que lo llevó a transitar un proceso de atención de su salud.

A su vez, es menester hablar de los obstáculos y facilitadores que se presentan al analizar el encuentro de disciplinas.

Desde lo propio del Trabajo social pueden vislumbrarse ciertos logros como el reconocimiento del espacio por parte de los integrantes del equipo, como así que los

pacientes sean entrevistados por el conjunto y no solamente por el Servicio de Neurocirugía que es quien coordina. Se construye desde la lógica interdisciplinaria de evaluarlos en conjunto. Esto es mérito tanto del servicio médico como de la práctica de Trabajo Social.

De esta forma surge un dispositivo institucional desde un proceso de práctica y continúa a pesar de las personas que lo conformen. Es así que lleva cuatro años en desarrollo gracias a un arduo trabajo por sostenerlo y reivindicarlo.

Por otro lado, como aspectos negativos puede decirse que no existen definiciones teóricas acerca de la formación y funcionamiento del equipo. Se proyecta desde la empiria aunque respetando características propias y un marco de acción. Además no existen estadísticas con respecto a los casos vistos. Por cierto, lo teórico tiene muchos atributos y sería de gran utilidad para esta experiencia. Vale reconocer que desde Trabajo Social se comenzó a escribir sobre el espacio y sus características para lo cual sería valioso el aporte de las demás disciplinas y poder hacer algo desde la reflexión de la práctica.

Definitivamente serían los pacientes los que deberían decir si les fue útil o no este tipo de pase de sala interdisciplinario. Eso sería lo importante, independientemente de que para Trabajo Social resulte enriquecedor.

Tanto éste servicio como salud mental destacan la importancia del avance de la tecnología que les permitió a través de la aplicación armar un grupo de “whatsapp”. Esto permite agilizar la intervención ya que un día fuera del “martes a las ocho” puedan adelantarse situaciones emergentes e ir trabajando de otro modo más allá del día estipulado.

Otro de los facilitadores que señala salud mental es que la mayoría de los participantes del pase de sala son los mismos, excepto neurocirugía que cambia una vez al año los residentes. Esta modalidad de sostenimiento va construyendo criterios y modos de trabajar.

Pero también enumera ciertos obstáculos, aunque prefiere denominarlos desafíos ya que no son determinantes para no continuar con el trabajo. Un desafío sería lograr que lo que se dice desde el discurso se cumpla. Más allá de que se tenga un ideal, en la práctica debe sostenerse y en ocasiones cuesta un poco.

Por su parte neurocirugía señala como obstáculos la cantidad de pacientes y de información que manejan, lo cual hace que el tiempo se acorte. Además de considerar que a raíz de ser una especialidad médica no son “entrenados” en la evaluación social del paciente. Consideran la falta de preparación en el manejo interdisciplinario como una dificultad.

3.4 Interdisciplina en un hospital de alta complejidad ¿Es posible?

Para contextualizar de qué hablamos cuando hablamos de complejidad vale recordar los tres niveles de complejidad según la Red de Salud Municipal denominados así por la Municipalidad de Rosario. Esto será útil para entender por qué en el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez se trabaja con situaciones complejas.

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez se encuentra en el tercer nivel. Brinda atención a pacientes adultos, a partir de los 13 años, con patologías clínico-quirúrgicas de mediana y alta complejidad. Cuenta con diversos sectores denominados unidades como, Terapia Intensiva, Coronaria y Quemados. Está ordenado funcionalmente en la modalidad de atención por Cuidados Progresivos, tendiente a brindar una atención integral e interdisciplinaria, formando parte de la Red del sistema público de salud.

En este sentido, frente a la inquietud que surge ante pacientes con una complejidad importante que amerita la mirada de distintas disciplinas, vemos que la interdisciplina es necesaria para afrontar de forma óptima los graves problemas de la sociedad. La complejidad de éstos hace que ninguna profesión en particular pueda dar respuestas a los mismos. De ahí la necesidad de la elaboración grupal de estrategias de trabajo.

Las disciplinas necesitan la incorporación de otras miradas, de otros campos disciplinares.

Lo complejo es aquello que no puede ser simple, aquello que no puede reducirse para ser explicado claramente. Se trata de una realidad compleja con múltiples dimensiones a abordar. “La conciencia de la multidimensionalidad nos lleva a la idea de que toda visión unidimensional, toda visión especializada, parcial, es pobre. Es necesario que sea religada a otras dimensiones” (Morín, 1990, pág. 63).

Además la complejidad necesita una estrategia. En situaciones que se enmarcan dentro de los parámetros normales la acción automática es posible, pero la estrategia está presente ante lo inesperado o lo incierto, es decir, desde que aparece un problema importante. En consecuencia, el pensamiento simple es capaz de resolver problemas simples sin problemas de pensamiento, no así el pensamiento complejo.

Para entender el paradigma de la simplicidad, Morín (1990) toma como ejemplo al hombre y afirma:

El hombre es un ser evidentemente biológico. Es, al mismo tiempo, un ser evidentemente cultural, metabiológico y que vive en un universo de lenguaje, de ideas y de conciencia.

Pero a esas dos realidades, la realidad biológica y la realidad cultural, el paradigma de la simplificación nos obliga ya sea a desunirlas, ya sea a reducir la más compleja a la menos compleja. (pág. 55)

En este sentido, se deja a un lado la idea de que uno no existe sin la presencia del otro.

Así, la complejidad aparecía como una confusión, como algo sobre lo que se es incapaz de dar certezas, de formular una ley general.

Es por ello que el autor remarca la idea de que la visión no compleja de las ciencias sociales, implicaría pensar que hay realidades separadas. Es decir, una realidad económica por un lado, una realidad psicológica por otra, etc.

No hay realidad que podamos comprender de manera unidimensional. Es así que al tener una mirada multidimensional, todo lo pensado desde una sola dimensión, de manera especializada parecería ser parcial o pobre.

Las situaciones que requieran de un inmediato tratamiento o atención y tienen alta probabilidad de riesgo de vida, afectan no solo la salud sino también la autonomía y la vida de las personas. Es por ello necesario un abordaje desde equipos psicosociales que cuenten con trabajadores sociales, psicólogos y profesionales de la salud. El objetivo es realizar un trabajo multidisciplinar que intente dar respuestas a la gran variedad de problemáticas (Arricivita Amo, 2006).

Aunque, vale decir, que ante la multiplicidad de demandas y la imposibilidad de dar respuestas por parte de una sola disciplina. De esta manera se fomenta el trabajo en equipo.

En el contexto de sistemas complejos y en la cotidianeidad del trabajo, Gianna (2011) citando a Netto refiere que en el cotidiano existen tres categorías que caracterizan las formas de acción. Ellas son:

- Heterogeneidad: se refiere a la aparición de demandas de diversa índole
- Inmediaticidad: plantea la relación directa entre pensamiento y acción al momento de dar una respuesta
- Superficialidad Extensiva: tiende a dar una respuesta superficial, vacía de argumentación y contenido pero satisfaciendo el objetivo de responder a la demanda.

En el contexto de un hospital de alta complejidad, el trabajo en equipo interdisciplinario puede verse como una posibilidad de construir algo nuevo y diferente al construir un

diálogo entre diversas disciplinas en el marco del proceso salud- enfermedad, interactuando y reconociendo la necesidad de dar una respuesta global a las demandas que surgen.

3.5 Límites y posibilidades en la intervención profesional del Trabajo Social

Al hablar de límites y posibilidades lo haré desde el contexto de la atención ajustándonos al escenario de un hospital de alta complejidad. Por lo tanto cabe preguntarnos: ¿existen prioridades en la atención?

Para ello tomé, también, como insumo la entrevista a la trabajadora social. Así llegamos a la idea de que no existen prioridades establecidas de manera explícita en el Servicio. Es decir, una situación de urgencia en la guardia suele ponerse por delante de otra que se encuentre en sala de internación. El motivo por el que se da este funcionamiento es el factor temporal, debido a que un paciente con el alta más pronta debe ser evaluado con anticipación a otro que sabemos, estará mayor cantidad de días en la institución.

Vale destacar que en éste tipo de hospital, donde las situaciones que se presentan son de emergencia/urgencia¹, no se dispone de un ámbito propicio para realizar un seguimiento del paciente desde Trabajo Social. Por ello es necesario ajustarse al escenario y al tipo de población con la que se trabaja otorgándole gran importancia a la derivación.

En este sentido, de más está decir que la decisión institucional y las características del efector están por fuera de Trabajo Social; por ello debe intentar adaptarse aunque el tipo y cantidad de situaciones desborden la capacidad de intervención profesional.

En conclusión, puede decirse que desde nuestra profesión, particularmente, existen prioridades generales pero no están establecidas explícitamente ni de forma escrita. Por lo que la trabajadora social destaca la importancia de establecer una dinámica en la que las áreas o situaciones que reciban prioridad, sean fundamentadas y argumentadas de manera escrita. De lo contrario, mientras no esté definido, podrá verse como una deficiencia, como un aspecto inconcluso a la hora de analizar la práctica profesional.

¹ Roxana Bello (2011) define: “Recordaremos que la urgencia remite a la atención con premura de una situación disruptiva, tal vez inesperada y que la emergencia se encuentra asociada al riesgo de vida” (pág. 1).

CONCLUSIONES Y REPENSARES

Luego de hacer un recorrido en torno a una experiencia de prácticas profesionales académicas es necesario analizar y reflexionar con el objetivo de recuperar aspectos relevantes que hacen al proceso y abrir un camino hacia propuestas de intervención a futuro.

Desde el inicio y durante el desarrollo del trabajo expuesto se habló de interdisciplina como un comienzo, como los primeros pasos frente a objetivos a futuro.

El pase de sala interdisciplinario surge de una inquietud con pacientes complejos que ameritó la mirada de distintas disciplinas. Situaciones donde alguna intervención desde lo subjetivo era necesaria. Es un paso hacia adelante reconocer que un/una paciente más allá de cuestiones médicas a tratar lleva intrínsecas cuestiones psicológicas y sociales que determinan su vida.

Los/las profesionales del Trabajo Social para llevar adelante la intervención requieren de un abordaje interdisciplinario porque la puesta en acto de una realidad se ha complejizado. Cuando un mismo problema es abordado por distintas disciplinas no va a resolverse de una única manera porque cada uno aportará lo propio desde su capacidad y experiencia de trabajo.

La construcción de un espacio donde encontrarnos los participantes para escuchar las situaciones de pacientes que requieren de una mirada más compleja, como dispositivo instituido y legitimado en una institución pública, es de suma importancia. Se trata de tener un espacio sistematizado, ratificando lo enriquecedor del encuentro con otros, de que no es posible trabajar de forma aislada en una institución sanitaria. Articulando esfuerzos es como lograremos intervenciones de mejor calidad, donde ese complejo multifactorial resulte más compensado.

Es menester la presencia del Trabajo Social en el contexto de situaciones de cierta vulnerabilidad social porque es la disciplina capacitada para analizar e interpretar las problemáticas sociales, en el marco de las políticas sociales.

Sería de suma importancia promover desde el ámbito académico la construcción de procesos de diálogo y encuentro de saberes para responder a las “realidades” actuales. La complejidad del contexto actual, representada en las problemáticas que aparecen en el

cotidiano de la práctica profesional, se constituye en un desafío para trabajar interdisciplinariamente.

Pueden pensarse propuestas a futuro que encerrarían un ideal de interdisciplina, no como utopía sino como algo certero, un camino a recorrer, que vaya tomando forma a lo largo de experiencias de trabajo.

Algunos componentes que ayuden a la construcción del trabajo interdisciplinario podrían ser:

- Disponer de tiempo es una necesidad primordial para la construcción de formas de trabajo interdisciplinario
- Es fundamental generar y sostener los diferentes canales de comunicación que permite la interrelación y el intercambio entre los integrantes del equipo para trascender una mera sumatoria de disciplinas
- El estilo singular de cada profesional se potencia en el trabajo y el intercambio con otros, ayudando a conformar una subjetividad del equipo favoreciendo el sentimiento de pertenencia
- El intercambio de saberes y la formación en base a distintas miradas derivan en logros del equipo
- El trabajo interdisciplinario favorece a la formulación de preguntas como disparadores
- Generar espacios de reflexión grupal con las diferentes disciplinas que conformen un equipo de trabajo sería de ayuda para elaborar nociones acabadas respecto del trabajo

- Generar un espacio de formación para el intercambio de saberes, con el objetivo de organizar estrategias de trabajo conjuntas para la construcción del objeto de intervención en común.

Es consabido que el trabajo interdisciplinario mejora y consolida cada una de las disciplinas debido a su desafío por interrogarse y generar nuevas búsquedas tanto teóricas como metodológicas. Enfrentándose a otras realidades desconocidas por la propia disciplina se enriquece con la diversidad de enfoques.

La elaboración del presente documento realizado con el fin de culminar la Licenciatura en Trabajo Social me permitió acercarme a la realidad de la práctica mediante el trabajo de campo realizado. Volver a mirarla, volver a leerla y reconocerse en esos ensayos.

Hoy, esto me llevo a concebir a la salud como un campo más para el Trabajo Social en constante articulación con otras disciplinas.

Lo presentado en esta Tesina, fue una labor que abrió en mi interrogantes y futuros desafíos, que posiblemente continuará alimentando y creciendo en otros proyectos investigativos y en el trabajo cotidiano de la intervención social.

ANEXO

ENTREVISTAS

Vale aclarar que previo a comenzar la grabación de las entrevistas hubo una breve charla donde comenté sobre qué trata la tesina que estoy escribiendo con el objetivo de poner en contexto el porqué de este encuentro.

Referencias:

C: Carolina (entrevistadora)

Entrevista a G., psicóloga del Servicio de Salud Mental del HECA

C: Bueno la primera pregunta es: ¿Cuál es la función profesional que desempeña al interior del pase de sala?

G: ¿Desde salud mental?

C: Si...

G: En realidad el pase de sala en conjunto, con neurocirugía, surge... ¿eso lo tenés en la historia?

C: Si eso está explicado en la historización de este espacio, dentro del trabajo

G: Para situar un poco, en realidad, surge de una inquietud con pacientes complejos, con una complejidad importante que ameritaba la mirada de distintas disciplinas. Para lo que es el proceso de atención de ese paciente y, en general, salud mental estaba siempre involucrada interviniendo en este tipo de situaciones. Eran pacientes que quedaban parapléjicos, cuadripléjicos, con enfermedades terminales o con secuelas importantes en donde siempre alguna intervención, desde lo subjetivo, ameritaba. Desde ese lugar es que formo parte de un servicio de salud mental en el hospital que cuenta con psiquiatras y psicólogos. En realidad por una cuestión de interés y libertad que tenemos dentro del servicio, me motivó la posibilidad de trabajar con este tipo de pacientes porque en el inicio, quizás, estuve yo así como podría haber estado otro del servicio, junto con otra de las psiquiatras que somos quienes participamos.

Siguiendo con la función, sería el encuentro de distintas disciplinas que se da en un espacio de los martes a las ocho de la mañana; que se fijó una vez a la semana pero que, después diariamente, uno trabaja continuamente con los servicios y acompañando también este proceso de atención. Los martes a las ocho hay un espacio donde nos encontramos todos los que participamos de este espacio. La función mía es ir y escuchar que tiene neurocirugía para presentar como paciente. Ellos no presentan a todos los pacientes con los que están interviniendo porque sino sería imposible. Lo que hacen es una selección en función de criterios que se fueron construyendo que tienen que ver con que son pacientes que dependen de una mirada más compleja o que en el momento del alta o mientras están internados van a requerir de distintos tipos de intervenciones.

No siempre los que presentan son pacientes para salud mental, pero eso no quita que uno esté ahí escuchando. De la escucha a veces se puede hacer un aporte independientemente de después tomar al paciente. ¿Se entiende?

C: Si si claro

G: Digo porque me parece que la pregunta de la función tiene que ver con eso, con poder estar ahí escuchando y participando de un equipo de distintas disciplinas en donde lo que se presenta de esos pacientes puede surgir la posibilidad de que después haya alguna intervención de salud mental. Puede ser una interconsulta solamente a nivel de profesionales para despejar alguna cuestión, puede quedar algún ofrecimiento o puede nunca ser intervenido por salud mental. Pero para mí la función nuestra es muy importante en el punto de que, a veces, escuchando la presentación de algún caso podemos abrir alguna pregunta o algún intersticio que, a lo mejor, desde lo medico no se planteó. Para mí esa es una función importante del equipo interdisciplinario. Más allá de la intervención puntual con el paciente digamos. No se si quedó claro

C: Si por supuesto quedo claro. La segunda pregunta sería: ¿Cuáles son los indicadores de la existencia de un trabajo de tipo interdisciplinario?

G: Bueno justamente, va de la mano de lo que charlábamos antes de que empiece la entrevista sobre qué es la interdisciplina y en qué se diferencia a la multidisciplina. En realidad yo creo que la interdisciplina tiene que ver con el encuentro de distintas

disciplinas, en donde hay como un eje en común que es el paciente, que es la problemática del paciente; pero que cada una de las disciplinas, trabaja bajo una coordinación y en equipo. Por eso es importante entender o pensar en que no es una sumatoria de disciplinas sino que lo que nuclea es, por un lado, el paciente como objetivo prioritario y la cuestión de la posibilidad de pensarse en equipo que es un desafío. No siempre se puede y muchas veces se cree que se trabaja en quipo y de hecho, a veces, esto no ocurre. Yo creo que el origen de este dispositivo tuvo que ver con que frente a un mismo paciente éramos distintas disciplinas las que interveníamos y, muchas veces, encontrábamos en el proceso de atención una fragmentación de discursos. Eso, para mí, es un modelo de multidisciplina donde cada uno de los que interveníamos íbamos por un carril sin tener en cuenta que, también, estaba el eje institucional de lo prolongado de la internación; estaba la información de lo que el médico le decía pero que el médico no podía pensar los efectos subjetivos de la información que le daban al paciente. Entonces el inicio de esto creo que es multidisciplinario, la posibilidad de poder construir el trabajo en quipo. Porque cuando empezamos a ver algunas fragmentaciones en el proceso de atención como dificultades específicas, por ejemplo, que el paciente se angustiaba o no respondía al tratamiento, nos empezamos a preguntar sobre algo de eso y dijimos por qué no nos sentamos y vemos lo que nos está pasando con este paciente porque somos cinco servicios distintos y algo no está funcionando. Ahí uno de los objetivos tuvo que ver con poder pensar la cuestión de trabajar para el quipo, no solamente aislado sino en conjunto. Este modelo sería el ideal para trabajar con todos los pacientes, es decir, con los que tienen complejidad. Se da con neurocirugía y a veces intentamos transmitirlo con otros servicios para reduplicarlo, pero bueno está el dispositivo con neurocirugía. Pero tiene que ver con eso, que haya un trabajo en quipo donde hay alguien que coordina. Es neurocirugía quien presenta o quien selecciona que paciente va a presentar, pero no es excluyente que si alguien de los otros servicios tienen un paciente que está viendo como interconsulta y, en ese espacio se vuelve a hablar de ese paciente y se aprovecha el espacio del encuentro. También lo que a veces pasa es que en la dinámica del hospital después es más difícil encontrarnos todas las disciplinas juntas. Es decir trabajo social, neurocirugía, salud mental, fisiatría, internación domiciliaria y kinesiología que somos los que participamos. Obviamente después uno tiene recursos que hoy con el avance de la tecnología, parece una tontería lo que digo, armamos

un grupo de whatsapp y eso agiliza que, un día fuera del martes a las ocho porque lo requería y para no esperar al otro martes el neurocirujano adelantó que había una situación de un paciente y eso ya es ir trabajando el dispositivo de otro modo más allá del día estipulado. Me parece que es una herramienta que la tecnología te brinda y que te da la posibilidad de que todos los servicios juntos estemos anoticiados en ese mismo momento de que hay un paciente nuevo y que cada servicio fue haciendo un comentario en función del caso. No sé si quedo claro lo que quiero decir...

C: Si de hecho la convocatoria a las disciplinas a formar parte del pase de sala se planteó como algo multidisciplinario al comienzo, pero con el tiempo se fue construyendo interdisciplinariamente desde mi punto de vista. Por eso lo planteo como interdisciplinario aunque explico en el trabajo como se fue dando esa construcción. Bueno la tercera pregunta sería: ¿Qué objetivo tiene el pase de sala para usted?

G: Y, en realidad algo creo que te respondí. Me parece que es la posibilidad de tener un momento en la semana que uno sabe que se encuentra efectivamente con los otros. Me parece que la posibilidad de pensarlo como un dispositivo instituido y legitimado en una institución pública deja una marca en relación a un trabajo en un proceso de atención y como se van construyendo criterios comunes de intervención con los pacientes. Para mí ese es un objetivo importante, un objetivo sanitario si se quiere y hasta epidemiológico si se quiere. Si no estaría sistematizado de esa manera no sería imposible pero sería más difícil poder hacer lecturas epidemiológicas del dispositivo. Y en realidad, al tener un espacio sistematizado al tener un registro de los pacientes que se van viendo y un seguimiento uno puede hacer lecturas de los procesos de atención de esto. Ese es un objetivo y además como objetivo inherente a lo que es, yo no me imagino en una institución sanitaria trabajando sola, para eso me pongo un consultorio. Por eso el trabajo es más enriquecedor en el hospital y en la institución pública como servicio auxiliar de otras disciplinas, porque de alguna manera salud mental y trabajo social estamos considerados como servicios matriciales de lo que son los servicios médicos, servicios auxiliares sin que eso implique que tengamos un poder menor, pero no es un monovalente esto donde el eje sea solo salud mental sino que es un hospital de salud donde la salud mental es un elemento más. Por

eso, para mí, un objetivo del pase de sala es el enriquecimiento de poder trabajar con otros y pensar la problemática del paciente con otros y no sola.

C: Otra pregunta es: ¿Cuáles cree que serían obstáculos y facilitadores del trabajo en equipo interdisciplinario?

G: Obstáculos y facilitadores. En realidad los obstáculos serían, esto que se dice desde el discurso se logra pero que es un desafío me parece. Es decir si se convierte o no en un obstáculo. Porque más allá de que uno apuesta a esto a veces pasa, no quiero que suene mal, que algún servicio se corte solo o que flaquee con alguna de las cosas acordadas y eso son obstáculos de la práctica diaria del trabajo en la institución. O sea en relación a esto que te digo, que si estás en una institución para mí es imposible pensarte trabajando solo y aislado, entonces los obstáculos son esos, que más allá de que uno tiene un ideal, en la práctica cuesta un poco sostenerlo pero, insisto, en los años que hace que este pase de sala se viene sosteniendo son más los facilitadores que los obstáculos lo que hoy puedo poner en la balanza. Los facilitadores en el sentido de cómo nos hemos ido conociendo también y a pesar de que se da una característica particular de los servicios que participamos, excepto de neurocirugía, somos los mismos los que estamos porque somos recursos permanentes. Por ejemplo yo estoy acá del tiempo que existe esto al igual que V. de trabajo social y el resto de las disciplinas. En cambio los neurocirujanos van cambiando. En ellos la modalidad de sostenimiento del dispositivo no empezó siendo de esa manera, pero después quedó a cargo del residente de primero, entonces durante un año lo sostiene un residente hasta que se va, y el residente de segundo le transmite la experiencia al de primero y con el tiempo va a quedar a cargo del dispositivo "J" que es el residente nuevo. Pero eso tampoco obstaculiza porque uno va conociendo modos de trabajar y va construyendo como criterios e, insisto, creo que terminan siendo facilitadores. Otro de los facilitadores que te decía es lo de la tecnología al servicio de poder encontrar rápidamente resolver una situación, en poder pensar una dificultad. Me parece que apuntaba a eso la pregunta.

C: Si, efectivamente apuntaba a eso. Bueno la última pregunta está relacionada con la mirada de las demás disciplinas con respecto a trabajo social y sería: ¿Cuál considera que es la función de trabajo social dentro del pase de sala desde su perspectiva?

G: En realidad trabajo social es, para mí, un servicio tan importante como cualquier otro servicio en la institución, no se si los médicos pueden pensarlo de la misma manera. Muchas veces si no es por la intervención del trabajo específico del trabajo social, valga la redundancia, los pacientes no podrían concretar el alta o no podrían continuar con el proceso de atención. Quizás esto se vería distinto, a lo mejor, en un modelo de pase de sala en un lugar privado. Hago esta diferencia porque las características de la población que llega a un hospital público justamente, de acuerdo a la situación que estamos viviendo cada vez más, son situaciones de una cierta vulnerabilidad social que tiene que ser atendida por los médicos, pero sobre todo la presencia de un trabajador social ahí es clave. No porque quede como mero gestor material que quede claro, pero si es la disciplina que tiene que poder y sabe de eso, o sea, el médico puede saber que el paciente necesita una cama ortopédica pero no sabe cómo gestionarla. Eso no significa que trabajo social sea un mero técnico. Me parece que es un servicio importante y te vuelvo a repetir si yo me pongo a repasar los casos que trabajamos en el pase de sala el 95%, porque no está protocolizado que todos los casos los tiene que tomar salud mental o trabajo social, son vistos por ustedes. Digo porque en otras áreas del hospital si está protocolizado que salud mental y trabajo social tomen los casos, como por ejemplo en el dispositivo de violencia. Pero en este pase de sala dicho protocolo no existe. En general, las estadísticas demuestran que son más los casos que termina interviniendo trabajo social que en los que terminamos interviniendo salud mental. Eso demuestra la importancia de la disciplina. Después nosotros lo que hacemos en el dispositivo es quedarnos como acompañando al trabajador social desde “si llegas a necesitar algo relacionado a salud mental o si necesitas que te acompañe al momento de la entrevista”. Esto también tiene que ver con una modalidad de criterio que hemos ido construyendo a lo largo del tiempo y que tiene que ver con esta mirada de trabajar en equipo, no dejar a las disciplinas aisladas. Aunque todo depende si la situación lo amerita o no. Por ejemplo si trabajo social escucha que hay algo solapado o es necesario indagar alguna cosa más, puede acudir a salud mental. Pero volviendo a la pregunta originaria la función del trabajador social es clave por la complejidad de las situaciones, porque lamentablemente cada vez mas son poblaciones vulnerables o vulnerabilizadas por el sistema por todo el contexto social. Por ejemplo la cuestión vivienda no es sólo función del trabajo social resolver eso, sino que es el que sabe qué hay que hacer para motorizar eso

y por ello muchas veces las posibilidades de alta se demoran pero no es responsabilidad del trabajo social sino que también está la lucha del trabajador social para conseguir lo que necesita pero bueno eso es, salvando las distancias, lo que también tengo que hacer yo cuando tengo que internar a un paciente en un monovalente y debo lidiar para conseguir y una cama. Supongo que puede ser lo mismo. No se si respondo a tu pregunta...

C: Si por supuesto, quedó clara la respuesta. Desde ya quiero agradecerle que haya accedido a la entrevista y su buena predisposición a la hora de responder

G: No de nada y espero que te haya servido. Yo lo que les ofrezco a los que me hacen entrevistas es que si al momento de desgravarla encuentras que hay algo que no queda claro podemos revisarlo.

C: Muchas gracias!

Entrevista a P., neurocirujano integrante del Servicio de Neurocirugía del HECA

C: La primera pregunta sería: ¿Cuál es la función profesional que desempeña desde neurocirugía al interior del pase de sala?

P: ¿La del trabajo social?

C: No no, de neurocirugía

P: La función de nuestro pase... Bueno nosotros, en general, somos el servicio que tiene a cargo el paciente cuando lo vemos en el pase. Es un pase, por lo que tengo entendido porque yo no estaba cuando comenzó, por una necesidad emergente de la gente del servicio que, posteriormente, se hablo también con los otros servicios que tenían esta misma necesidad y, por suerte, se pudo coordinar fuerzas para lograrlo y hacerlo más ordenado, lo cual significa mucho. Como te decía, nosotros estamos a cargo del paciente, en el caso del pase que hacemos los martes a la mañana. Son pacientes que están secueledos en forma neurológica, muchos de esos severos por distintas causas. En muchos casos se trata de trauma de cráneo pero también hay otras causas como el trauma espinal, el ACV hemorrágico. Nosotros en general hacemos el manejo medico y, desde ese punto de vista, tenemos muchas limitaciones por la parte estructural, digamos del paciente y su familia a veces es muy complejo. Lo que pasa es que requiere de un cuidado muy intenso, muchos requerimientos médicos.

C: La segunda pregunta sería: ¿Cuáles son para usted los indicadores de que existe un trabajo de tipo interdisciplinario?

P: Bien! Una pregunta interesante esa... Nosotros tomaríamos por ejemplo la cantidad de días que el paciente permanece internado esperando una cama en un centro de rehabilitación o esperando el alta en domicilio para internación domiciliaria o la cantidad de días internados post “alta médica”, porque en realidad el paciente no tiene el alta definitiva porque por ambulatorio lo sigue viendo, puede ser que el paciente no esté con el alta totalmente medica pero si por neurocirugía. Yo te diría que lo que más vemos es que al articular esfuerzos se rehabilita mejor, se logra tener los insumos necesarios para que estén bien. Lo que pasa es que hay pacientes que pierden el trabajo, la familia se ve totalmente

vulnerable porque además, en ocasiones, es el sostén de la familia. Todo ese complejo multifactorial se ve más compensado. Yo te diría que ese, por ahí, sería un muy buen indicador.

C: Otra pregunta sería: ¿Qué objetivo tiene el pase de sala para usted?

P: Bueno el objetivo es un abordaje interdisciplinario. Parece una frase hecha pero cuando uno empieza a trabajar en esto se da cuenta que es un término muy utilizado porque realmente es lo apropiado. En pacientes como estos, estamos hablando de pacientes en estado de coma o cuadripléjicos, o hemipléjicos totalmente dependiente de asistencia interna, ya sea de la familia, del enfermero, de quien sea, tiene cuestiones psicológicas a tratar, medicas, de rehabilitación, del propio tratamiento en sí, y por supuesto cuestiones sociales de cómo se reinserta en la sociedad un paciente. Una de las cosas que más refieren los pacientes es cómo se insertan de nuevo en su trabajo.

C: En este sentido: ¿Cuáles cree que serian obstáculos y facilitadores del trabajo en equipo interdisciplinario?

P: Bueno, los obstáculos serian la cantidad de pacientes y de información que uno maneja a veces que hacen que el tiempo se acorte. Entonces a veces uno interroga, por ejemplo nosotros además de ser médicos que ese es el problema para la cuestión social (risas), somos una sub especialidad quirúrgica entonces no estamos muy entrenados en la evaluación social del paciente. A veces conocemos desde lo propio su entorno social, en qué situación se atendía, quien es su médico de cabecera. Son cosas que a veces el paciente sabe pero que las manda a preguntar con alguien pero la información de alguna forma llega. Pero son cosas que al no necesitarlas imperiosamente para tomar la potestad hace que el paciente a veces llega a la evaluación interdisciplinaria con un montón de datos que no tiene. Esto por ahí es una traba, la falta de preparación nuestra en manejo interdisciplinario.

C: La última pregunta tiene más que ver con la mirada de las demás disciplinas respecto al trabajo social y es: ¿Cuál considera que es la función de trabajo social dentro del pase de sala?

P: Bueno creo que te la contesté un poquito con todo lo anterior pero para hacerte una síntesis, nosotros realmente no estamos entrenados en la evaluación de la dimensión social de la persona que es lo más importante. Quedamos boquiabiertos a veces, por ejemplo una fractura de columna de un albañil que vive del día, que uno le pone un sistema que vale miles de pesos en la columna y se tiene que ir a la casa limpio y ordenado porque eso se infecta y él nos dice: yo no tengo trabajo, tengo hijos todos chiquitos, mi mujer no trabaja, no se qué hacer. Entonces bueno, frente a eso uno se queda pensando. Creo que el sentido común demanda que así como hay gente súper entrenada en colocar un tornillo en la columna para corregir una vértebra, tiene gente súper entrenada en articular todos los recursos del Estado y aprovecharlos muy bien porque realmente lo necesitamos

C: Bueno Dr. esa era la última pregunta, le agradezco mucho por acceder a esta entrevista

P: No por favor, hasta luego

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg, E., (2011). *Diccionario del Trabajo Social*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0Bw-3yPOp2B3dYzNGak5TcFFKOFE/view>
- Ander Egg, E. y Aguilar M. J. (2001). *El Trabajo en Equipo*. Recuperado de https://www.dropbox.com/s/i9zbdszrn80zcxt/LIBRO_el%20trabajo%20en%20equipo.pdf?dl=0
- Aquín, N. (2006). *Trabajo Social en América Latina: Balance, Desafíos y Perspectivas*. Revista Katálisis. Vol. 9, N°2, 137-138.-
- Aronson, P., Rovelli, L., Alach, G., y Palermo, C. (2009). *Los múltiples significados de la interdisciplina y la transdisciplina*. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-062/1135.pdf>
- Arricivita Amo, A. (2006). *La Intervención Social (o psicosocial) en Emergencias y Catástrofes*. Revista Servicios Sociales y Política Social. N°. 74.
- Barenblitt, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional*. Cap II Sociedades e Instituciones. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Bello, R. (2011). *La intervención social en la urgencia. Aportes desde la experiencia de trabajo en la Guardia de un Hospital Monovalente en la ambiciosa Ciudad de Buenos Aires*. Revista Servicios Sociales y Política Social. S/N
- Benedetti, E. (2014). *No hay una práctica que no sea política y epistémica*. Recuperado de <http://conadu.org.ar/edith-benedetti-no-hay-una-practica-que-no-sea-politica-y-epistemica/>

- Carballeda, A. (2001). *La Interdisciplina como Diálogo. Una Visión desde el Campo de la Salud*. Ponencia presentada por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2008). *La Intervención en lo Social y Las Problemáticas Sociales Complejas: Los Escenarios Actuales del Trabajo Social*. Revista Margen. N°48, 1.
- Cazzaniga, S. (2002). *Trabajo Social e Interdisciplina: La Cuestión de los Equipos de Salud*. Revista Margen. N°27, 1-7.-
- Cazzaniga, S. (2009). *Intervención en Trabajo Social*. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Codina, S., Corea, M., De Marco, M., (H) y Otros (2008). *La construcción del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. Recuperado de <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>
- Floreal Ferrara, (2008). *La salud es la solución del conflicto*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>
- Follari, R. (2005). *La Interdisciplina Revisitada*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632005000300001
- Fridman, G. (2005). *Enfoque Filosófico - Histórico de la Interdisciplina en las Ciencias de la Salud*. Recuperado de <http://studylib.es/doc/7219508/enfoque-filos%C3%B3fico-hist%C3%B3rico-de-la-interdisciplina-en-las...>
- Fundación H.E.C.A. (2017). Recuperado de <http://www.fundacionheca.org.ar/hospital/documentos/funcionamiento.pdf>

- Gianna, S. (2011). *Vida Cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional*. Revista Cátedra Paralela. N° 8.
- Giribuela, W. y Nieto, F. (2010). *El Informe Social como Genero Discursivo. Escritura e Intervención Profesional*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Gobierno de Santa Fe (1983). “Ley Provincial de Discapacidad”. [En Línea 17 de Octubre de 2017] <https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=228121&item=105878&cod=14e574a2aba41013e2d42a2eada4fe8c>
- Iamamoto, M. (2003). *El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo y Formación Profesional*. Brasil: Cortez Editora.
- INCUCAI (1993). “Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos”. [En Línea 17 de Octubre de 2017] <http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Legislacion/leyes-y-decretos/01-ley-24193.pdf>
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el Trabajo Social*. Definición, Figuras, Clínica. España: Editorial Gedisa.
- Kisnerman, N. y De Gómez, M.J. (1985). *El método: Investigación*. Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social. N° 2. Buenos Aires.
- Ley n°13166 Cuidados Paliativos. Poder Legislativo Provincial (P.L.P). Santa Fe, 25 de Noviembre de 2010. [En Línea 17 de Octubre de 2017] <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=17288>
- Ley n° 26529 Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de Salud. Infoleg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la

- Nación. Buenos Aires 21 de Octubre de 2009. [En Línea 17 de Octubre de 2017] <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley n°26485 Protección Integral a las Mujeres. Infoleg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires 11 de Marzo de 2009. [En Línea 17 de Octubre de 2017] <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
 - Ley n° 24901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad. Infoleg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires 5 de Noviembre de 1997. [En Línea 16 de Octubre 2017] <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>
 - Ley n° 22431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. Infoleg. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires 16 de Marzo de 1981. [En Línea 17 de Octubre de 2017] <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>
 - Martínez, S. y Agüero, J. (2014). *La Intervención Social desde la Perspectiva del Trabajo Social Emancipador*. Revista Intervención. N°4, 16.-
 - Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. (1999). Resolución N°535/99. Recuperado de http://www.fcm.unr.edu.ar/files/webmaster/PLAN_DE_ESTUDIOS_MEDICINA.pdf
 - Ministerio de Gobierno (1992). “Ley Nacional de Nefrología”. [En Línea 16 de Octubre de 2017] <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-11284.html>

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2004). “Comités Hospitalarios de Bioética”. [En Línea 16 de Octubre de 2017]
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/ccis/files/2012/08/LEY12391BIOETICA.pdf>
- Morín, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/bibliografia/morin_introduccion_al_pensamiento_complejo.pdf.
- Municipalidad de Rosario (1996). “Violencia Familiar”. [En Línea 17 de Octubre de 2017]
<https://www.rosario.gov.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=39940>
- Municipalidad de Rosario (2006). “Pase Libre”. [En Línea 16 de Octubre de 2017]
<https://www.rosario.gov.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=46146>
- Municipalidad de Rosario (2008). “Servicios Especializados en Prevención y Atención de la Violencia hacia la Mujer”. [En Línea 16 de Octubre de 2017]
<https://www.rosario.gov.ar/normativa/ver/visualExterna.do?accion=verNormativa&idNormativa=54501>
- Muñoz, G. (2011) *Contrapuntos Epistemológicos para Intervenir lo Social: ¿Cómo impulsar un diálogo interdisciplinar?*. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/40/munoz.pdf>
- Najmanovich, D. (1998). *Interdisciplina: Riesgos y Beneficios del Arte Dialógico*. Revista Tramas. N°4, 1.-
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- Ramos Dominguez, B. (2006). *Enfoque Conceptual y Procedimiento para el Diagnóstico o Análisis de la Situación de Salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 32 (2),164-170.
- Salud Colectiva (2010). “Proyecto de Ley de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe”. [En Línea 16 de Octubre de 2017] <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/leysaludpublica.pdf>
- Stolkiner, A. (1987). *De Interdisciplinas e Indisciplinas*. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela*. Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315).
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones.
- Vasconcelos, E.M. (1997). *Servicio Social e Interdisciplinariedad: El Ejemplo de la Salud Mental*. Revista Servicio Social & Sociedad N° 54. San Pablo, Brasil: Cortez editora.
- Vélez Restrepo, O. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y Tendencias Contemporáneas*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Wagner de Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.