UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

El Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención.

Silvia Marina Pereira Canto

Tutor: Celmira Bentura

2011

Índice.

Nº Páginas.

ABSTRACT. ..... 1.
INTRODUCCIÓN. ..... 3.
CAPÍTULO 1
Antecedentes. ..... 6.
CAPÍTULO 2
Análisis. ..... 12.
2.1 El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención. ..... 12.
2.2 Interdisciplinariedad y Equipos de Trabajo. ..... 15.
2.3 La Medicalización de la sociedad y su relación con los Trabajadores Sociales en el Primer Nivel de Atención. ..... 21.
2.4 La Promoción de la Salud y el Trabajador Social. ..... 24.
2.5 Prácticas Asistenciales o Simple asistencialismo. ..... 28.
2.6 El Trabajador Social y su Identidad. ..... 36.
CAPÍTULO 3
Consideraciones Finales. ..... 39.
BIBLIOGRAFÍA. ..... 43.

ANEXOS.
I Metodología de la Investigación. ..... 52.
II Pautas de entrevista. ..... 56.
III Entrevistas. ..... 58.

ABSTRACT (Resumen)

Esta investigación se enfocó en el rol del Trabajador Social, en el área que comprende el Primer Nivel de Atención en Salud.

El objetivo general se centró en explorar a través del discurso de los Trabajadores Sociales de los Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) su rol en el nuevo Modelo Integral de Salud, en el Primer Nivel de Atención.

Los objetivos específicos fueron: 1) Describir a través del discurso de los Trabajadores cómo perciben la práctica de su rol en relación a los objetivos planteados por el Sistema Nacional Integrado de Salud; 2) Indagar desde la perspectiva del Trabajador Social si en los cambios producidos en el Primer Nivel de Atención se incluye al Trabajador Social como parte constitutiva del equipo de salud.

Los supuestos que orientaron la investigación fueron las siguientes: 1) La implementación del modelo integral de salud en el Primer Nivel de Atención, aún no incluye en la práctica, el considerar al Trabajador Social como parte constitutiva del equipo de salud, sino que su posición (status), está subordinada al personal médico a pesar de la interdisciplinaridad promulgada por la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud; 2) En la práctica el rol del Trabajador Social es asistencialista y está asociado a brindar soluciones concretas, no recibiendo dicho profesional motivación suficiente para desarrollar actividades vinculadas a la promoción de la salud de los usuarios y crear hábitos que mejoren su calidad de vida y, 3) Los Trabajadores Sociales del área de la salud perciben que el desempeño de su rol está influenciado por el proceso de Medicalización de la sociedad, lo cual incide en la construcción de su identidad como profesionales de la salud.

Como resultado principal se puede decir que la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de salud no ha modificado ni las estructuras

jerárquicas en los Centros de Salud, ni las actividades diarias que realizan los Trabajadores Sociales, así como la relación de estos con los demás profesionales del centro.

Se utilizó una perspectiva metodológica cualitativa a través de una estrategia de estudio de caso y, como técnica la entrevista individual.

INTRODUCCIÓN

Hoy, el concepto de salud en Uruguay y el mundo hace referencia a una salud positiva, es decir que promueve el cuidado y la prevención más que la curación, así como también la interrelación de los sujetos con su ambiente. Esta nueva concepción se ve reflejada en el pasaje de un modelo de salud biologisista a un modelo salubrista e integral. Dichos cambios también comprenden el surgimiento de un movimiento a favor de la Atención Primaria en Salud, lo que significa la resignificación del Primer Nivel de Atención y la reasignación de recursos humanos hacia los servicios hacia los servicios de salud comunitaria; así como el establecimiento de las condiciones y promoción de la constitución de equipos interdisciplinarios.

En este sentido, el presente estudio, se refiere al rol del Trabajador Social en el nuevo Sistema Nacional integral de Salud de Uruguay; el cual se enmarca en un Modelo Integral de Salud. El mismo, pretende explorar y describir el tema del rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención desde la perspectiva de los actores, los Trabajadores Sociales que se desempeñan en los Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el Departamento de Montevideo.

Las preguntas que orientan la investigación son las siguientes: ¿Ha cambiado en la práctica el status del Trabajador Social en el nuevo Sistema nacional Integrado de Salud?; ¿Cuál es el rol que desempeña el Trabajador Social en la práctica concreta en el actual modelo de atención?; ¿El Trabajador Social se siente identificado en el cumplimiento de su rol en el nuevo Sistema de Salud?

Se considera pertinente describir este fenómeno, para poder avanzar en esta área del conocimiento. Conocer cómo percibe su rol de Trabajador Social según su perspectiva, permitirá comparar sus discursos teniendo en cuenta

que trabajan en diferentes centros. Este hecho es importante porque la diferencia radica entre otras cosas, en las actividades que cada profesional realiza en los centros, así como las relaciones que se establecen con los demás profesionales de los mismos y las expectativas que los Trabajadores Sociales tienen de sus tareas. Esto permitirá describir la situación de los actores en cada centro y también recoger información de utilidad, necesaria para conocer más del Trabajo Social y el área de la salud en Uruguay.

Esta investigación contribuiría de este modo a desnaturalizar el rol de los Trabajadores Sociales en la salud y especialmente en el Primer Nivel de Atención. Es decir, que la problematización del Rol del Trabajador Social nos permitiría observar más detenidamente toda tarea realizada por los Trabajadores Sociales que por ser desempeñada a diario es considerada como normal, natural.

La información obtenida en esta investigación nos permitirá continuar investigando sobre el Trabajo Social en el área de la salud.

El objetivo general es explorar través del discurso de los Trabajadores Sociales de los Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) su rol en el nuevo Modelo Integral de Salud, en el Primer Nivel de Atención. Como objetivos específicos se pretende, describir a través del discurso de los Trabajadores cómo perciben la práctica de su rol en relación a los objetivos planteados por el Sistema Nacional Integrado de Salud; e indagar desde la perspectiva del Trabajador Social si ellos sienten que la inclusión que promueve el nuevo modelo de atención se da efectivamente en el Primer Nivel de Atención.

Se plantearon como guía las siguientes líneas hipotéticas: en primer lugar que la implementación del modelo integral de salud en el Primer Nivel de Atención, aún no incluye en la práctica, el considerar al Trabajador Social como parte constitutiva del equipo de salud, sino que su posición (status), está subordinada al personal médico a pesar de la interdisciplinaridad promulgada por la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud ; en segundo lugar, en la

práctica el rol del Trabajador Social es asistencialista y está asociado a brindar soluciones concretas, no recibiendo dicho profesional motivación suficiente para desarrollar actividades vinculadas a la promoción de la salud de los usuarios y crear hábitos que mejoren su calidad de vida; y por último que los Trabajadores Sociales del área de la salud perciben que el desempeño de su rol está influenciado por el proceso de Medicalización de la sociedad, lo cual incide en la construcción de su identidad como profesionales de la salud. El soporte teórico utilizado para formular las líneas hipotéticas fue la base que guió y dirigió permanentemente el manejo de la evidencia empírica.

Metodológicamente se partió de la perspectiva del paradigma cualitativo utilizando como estrategia el estudio de caso y como técnica la entrevista individual; se realizaron cuatro entrevistas individuales a informantes calificados, es decir a Trabajadores Sociales que se desempeñan como tales en los centros seleccionados.

En esta investigación también se tomo en cuenta fuentes secundarias como documentos de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU), leyes de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), así como investigaciones relacionadas al campo de la salud y el Trabajo Social, publicaciones oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros.

Es oportuno explicitar que los hallazgos tienen validez solo para los centros donde trabajan los Trabajadores Sociales entrevistados.

Capítulo 1

Antecedentes.

La génesis del Trabajo Social está íntimamente relacionada con el área de la salud y el temprano proceso de modernización ocurrido en Uruguay y su sensibilidad "civilizadora" que separó lo público de lo privado, que promovía el dominio del cuerpo y del alma a través del pudor y el recato como forma de disciplinar masivamente a las clases bajas.

La temprana secularización de la sociedad donde el médico sustituye al poder eclesiástico en lo referente al abordaje de las cuestiones sanitarias, facilitó el desarrollo de un proyecto socio-político y cultural de las clases conservadoras para mantener controladas y vigiladas en nombre de la salud a las clases populares, consideradas "peligrosas" por sus hábitos.

Se denominó "higienismo"[1] a la forma de transmisión de esta nueva racionalidad técnica para el tratamiento de la cuestión social.

Con la Medicalización de la sociedad[2] la atención del cuerpo pasa a ser objeto de observación, investigación e intervención por parte de las instituciones sanitarias y sus funcionarios.

Según Barrán entre los años 1925 y 1930 los médicos comenzaron a desarrollar la idea de establecer un *"...cuerpo de visitadoras sociales [...] para emprender las modernas luchas profilácticas, (que concurrirían) a los hogares a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales (y levantar) la ficha social [...], contando las deficiencias en materia de vivienda,*

---

[1] El higienismo es una corriente que nace en la primera mitad del siglo XIX con el liberalismo, cuando los gobernantes comienzan a reparar con más detenimiento en la salud de la ciudad y sus habitantes. Se consideraba la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida humana. Enciclopedia Electrónica Wikipedia. Visitada 26/04/09.

[2] Según Márquez y Meneu el diccionario de salud pública de Kishore define la medicalización como "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas".Pág. 65.

despistando los contagios, estudiando los factores de miserias y las condiciones de trabajo [...]"[3]

Acosta sostiene que *"...a través de la inspección se conseguía tornar "pública" la vida privada de las capas populares [....] Así entonces, a través del trabajo de la visitadora, aquello que había sido apartado de la mirada pública podría volver a través de una mirada "técnica", consiguiendo así mantener la privacidad de los comportamientos íntimos"*[4].

Esta nueva forma de consideración de los procesos de salud/enfermedad, la cual está asociada al medio ambiente, al colectivo, es decir, a situaciones poblacionales, en lugar de centrar su atención en el individuo y sus situaciones particulares, fue "*creando paulatinamente un espacio social propicio para la intervención de agentes no médicos que actuarían para garantizar el cumplimiento de las indicaciones médicas"*[5].

Es en este contexto, de dominio del saber y del poder médico sobre aspectos de la vida cotidiana de los individuos (trabajo, ocio, familia, etc.), que antes le eran ajenos a la medicina y por ende pertenecían a otras áreas sociales, que se da la institucionalización del Trabajo Social como profesión.

Cabe destacar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostienen que la Atención Primaria en Salud (APS) constituye la principal estrategia del sector salud para que los países puedan alcanzar los objetivos de reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica, reducir la mortalidad infantil y materna, mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud y la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas. Es decir, que el enfoque de la APS pone su énfasis en la

---

[3]Barran, J .P (1995). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. *La Invención del Cuerpo.* Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo – Uruguay. Pág. 105.

[4] Acosta L. (1998). La génesis del Servicio Social y el "higienismo". En: Revista Fronteras Nº 3. Fondo cultural Universitario. Montevideo – Uruguay. Pág. 14.

[5] Ortega, E.. (2003): El servicio SOCAL y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay.

reducción de las desigualdades sanitarias en un mundo de crecientes disparidades sociales.

La Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay considera que desde su origen y hasta el momento, el rol del Trabajador Social que prevalece en la salud *"...se traduce en que las instituciones esperan del Trabajo Social una intervención orientada a la reducción de gastos y la disminución de la estadía hospitalaria; así como en la resolución de los problemas no médicos que trae el usuario en el Primer Nivel de Atención..."*[6] Sustenta además, que la participación en la formulación de políticas sociales de salud y la integración a los programas de dicha área del Trabajador Social, es mínima o inexistente, que aún se trabaja a demanda y existen pocos profesionales para grandes extensiones poblacionales.

Desde el punto de vista de dicha asociación, uno de los principales objetivos de los Trabajadores Sociales de la salud es contribuir a asegurar la promoción y protección de la misma, principios que no solo están en la ley 18.211 sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, sino que rigen los lineamientos programáticos del mismo.

Debido a que *"...la búsqueda del bienestar colectivo y de la salud como derecho humano esencial es un proceso de cambios constantes y de equilibrios frágiles para encontrar colectivamente las soluciones con mayor justicia social para todo un pueblo [...] y que la salud está en constante evolución y que depende no sólo de los cambios en el propio sistema de salud sino del contexto en el cual los ciudadanos realizan su vida..."*[7] es conveniente estudiar el Rol del Trabajador Social, enfocado específicamente en el Primer Nivel de Atención del actual Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el actual contexto socio-político del país ha cobrado importancia la implementación de un Modelo de Atención con criterios de integración, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, así como también la

[6] ADASU (2004). Mesa de Salud. Documento de Trabajo. Montevideo – Uruguay.
[7] MSP,(2009). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 – 2009.Montevideo – Uruguay.

de un Sistema Nacional de Salud que funcione como instrumento para llevar adelante una profunda transformación de la atención a la misma, empleando como estrategia de acción, la Atención Primaria en Salud. Ésta contribuirá a la gestión intersectorial para permitir mejorar sustantivamente la situación sanitaria de la población y por lo tanto su calidad de vida.

De acuerdo a este planteo, es necesario ir más allá del discurso, la reformulación de los organigramas de las instituciones, los objetivos y prioridades del Primer Nivel de Atención; hay que modificar la forma en la cual se operacionalizan dichos organigramas y objetivos, hay que fortalecer las funciones de aquellas profesiones que como el Trabajo Social, median entre el saber científico y el saber popular; hay que trabajar de forma interdisciplinaria[8] en lugar de multidisciplinaria[9], para así responder de forma integral a las de demandas de los usuarios.

Hasta donde se tiene conocimiento, no se han encontrado investigaciones que se enfoquen en el Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención específicamente. Sí, se encontraron investigaciones sobre Trabajo Social en el ámbito de la salud y sobre la inserción de Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención.

De lo registrado en la búsqueda bibliográfica, se puede decir que las investigaciones sobre esta temática están centradas en la disciplina en sí misma y no en los sujetos, ni en como estos viven la profesión.

Como referencia se puede citar la Tesis de Maestría de Celmira Bentura (2006), donde se realiza un estudio sobre el Trabajo Social en la salud, que se

[8] "El trabajo en equipo interdisciplinario implica una acción coordinad entre diversas personas, con un alto grado de compromiso hacia la realización de un propósito común, pero desde una forma particular de encuentro entre disciplinas. Interdisciplina viene del latín inter que significa "entre, en medio, entre varios". Es un concepto que se refiere a la capacidad de poder trascender la mirada de cada disciplina generando un nuevo conocimiento. Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, resultando por consiguiente un nuevo esquema". Doménech D. (2007) Monografía de Grado: Modelo de Atención Integral a la Salud. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina UDELAR. Montevideo – Uruguay. Pág. 5

[9] La multidisciplina se refiere a otra forma de encuentro entre disciplinas (multi del latín significa "muchos"); pero es un encuentro donde cada una de ellas participa con su cuerpo teórico y metodológico específico sin modificarlo. No existe un verdadero intercambio, pues cada disciplina aporta individualmente una respuesta. Idem. Pág. 5

propone entender las características de esta disciplina y su situación actual en dicho ámbito.

Esta investigación se centra en los campos académico y el del Trabajo Social en salud; la misma parte de *"la idea de que existe un proceso de desinstitucionalización de la salud en el campo académico lo cual no responde estrictamente a que en el campo profesional no exista una demanda a nuestra profesión".* [10]

La autora considera que el Trabajador Social que se desempeña en el área de la salud posee un espacio *"profesional consolidado a lo largo de la historia y que hoy parece tener mayor fuerza aún, debido a la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención"*[11]

De esta manera, esta investigación puede ser de utilidad para comprender lo que se espera que el Trabajador Social haga en las instituciones, es decir, su rol, base de este proyecto.

La tesis de grado de Gabriela Paz (2008), sobre el Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención, concluye que *"los profesionales insertos en el primer nivel de atención son constructores protagonistas de su inserción, de la definición del rol profesional, de sus funciones y objetivos de intervención"*[12].

La reforma del Modelo de Atención y la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, podría significar que las instituciones relacionadas a la salud tuvieran una apertura a disciplinas que no están tan asociadas a la salud como el Trabajo Social así como revalorizar a los profesionales que estas forman.

---

[10]Bentura C. (2006). Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un Desafío Académico. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay. Pág. 7.
[11]Idem. Pág. 120.
[12] Paz G. (2008). Gente en Obra. Reflexiones en torno a la inserción del trabajo social en el Primer Nivel de Atención de Salud. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay. Pag. 57

Ambos trabajos hacen referencia al Trabajo Social en el campo de la salud y el segundo, más específicamente al Primer Nivel de Atención pero no al Trabajador Social y el rol que este desempeña en las instituciones donde trabaja.

Capitulo 2

Análisis.

Como ya se expuso, el tema central de este trabajo es el rol del Trabajo Social, en el área que corresponde al Primer Nivel de Atención de los Centros de Salud, dependientes del Ministerio de Salud Pública, desde la perspectiva de los actores. Para definirlo se utilizan los enfoques de las Ciencias Humanas.

2.1 El Rol de los Trabajadores Sociales en el Primer Nivel de Atención.

Todos los actores sociales según el lugar que ocupan en la sociedad desempeñan funciones, actúan de acuerdo a normas y conductas esperadas por los demás. En otras palabras, cumplen un rol.

Parsons, expone que el rol son las acciones y tareas que realizan los actores en sus relaciones cotidianas con otros.

"...Hay un aspecto procesal, aquél que se refiere a lo que el actor hace en sus relaciones con otros, visto en el contexto de su significación funcional para el sistema social. Esto es lo que llamaremos su rol" [13]

El rol es la interacción de los actores sociales y el sistema social del cual hacen parte; es la parte dinámica del status, entendido este último como el lugar ocupado por las personas dentro de la estructura social. Es una conducta esperada según el lugar que ocupa el sujeto en la sociedad y como tal genera expectativas acerca de las funciones que este debería realizar.

---

[13] Parsons, T. (1959) El Sistema Social. Capítulo II: Los principales puntos de referencia y componentes estructurales del sistema social. Editorial Revista de Occidente. Madrid - España. Pág. 22.

De acuerdo a lo planteado, se entiende el rol como el desempeño concreto de los individuos en su posición de Trabajadores Sociales en el Centro de salud, o sea, se observa a través del cumplimiento de las tareas que este desempeña en el mismo; así como también de la interacción con los usuarios, los demás técnicos y consigo. Es por medio de dichas interacciones que las situaciones a trabajar son definidas, de igual forma se establecen sus elementos, componentes y los significados que el profesional les da.

Fandiño Rojas[14] señala que en la práctica hay cinco roles que el Trabajador Social puede realizar, de los cuales se considera que el nuevo Sistema Integral de Salud debe fomentar y motivar el cumplimiento de tres de ellos: Rol de conserjería *"... la labor del trabajador social está orientada a dar información adecuada, a facilitar el proceso de reflexión acerca de una determinada situación, a clasificar las metas del sistema cliente, a capacitarlo para que identifique y priorice alternativas de resolución de problemas y a promover el desarrollo de procedimientos para la toma de decisiones.";* Rol de educador *"... el objetivo es que el sistema cliente ejecute las tareas de vida cotidiana eficientemente para lo cual el trabajador social promueve un ejercicio adecuado del rol del sistema cliente mediante el desarrollo de habilidades y destrezas sociales y la adquisición de conocimientos pertinentes a la situación. Para el desarrollo de estos conocimientos y habilidades sociales, es necesario que al sistema cliente se le suministre información relevante, pertinente, concisa y clara que le permita el conocimiento reflexivo de su situación y que se le facilite el desarrollo de habilidades sociales para superar las deficiencias en la ejecución de los roles de vida cotidiana."* y Rol de facilitador de recursos, servicios y oportunidades: *"... su objetivo es vincular a la gente con la fuente proveedora de recursos, servicios y oportunidades que les permite cumplir con las tareas de vida cotidiana. Para esto el trabajador social informa al sistema cliente sobre la existencia de recursos, servicios y oportunidades relativos a su necesidad, negocia la concesión de éstos y capacita al usuario para que sea efectivo en el consumo de los mismos. "*[15]

---

[14] Fandiño Rojas D. (1992). Los "roles" en la práctica directa del Trabajador Social. En: Revista de Ciencias Sociales Nº 56. Universidad de Costa Rica. San José – Costa Rica.
[15] Idem Páginas 35, 35 y 37.

Debido a la naturaleza interventiva y la ambigüedad del objeto de intervención de los Trabajadores Sociales que desempeñan tareas en el Primer Nivel de Atención se espera que resuelvan problemas no médicos, así como aquellos que nadie sabe que hacer para resolverlos. Transformándolos como lo señala Susana Cazzaniga en una suerte de *"todólogos"* [16], que deben dar cuenta de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales de la institución.

Como lo expresa la siguiente entrevista, los Trabajadores Sociales que se desempeñan en los centros estudiados conviven a diario esa mirada del otro y lo que se espera del profesional en su accionar:

> *"Los demás técnicos depositan en nosotros la solución de todos los problemas que trae el paciente, para ellos nosotros somos los que solucionamos los conflictos y todos los problemas que el paciente tenga. (...) Siempre decimos que somos como el agujero negro donde va a parar lo que nadie quiere" (E.nº2)*[17]

Como señala Alayón[18], en el imaginario social y colectivo[19], desde siempre se ha asociado al Trabajo Social con la prestación de servicios y de que su quehacer esta estrechamente relacionado con la problemática social y la intervención en la misma; esta podría ser la razón por la cual todo problema que no sea médico presentado por el usuario del centro de salud se derive al consultorio del Trabajador Social.

---

[16] Cazzaniga S. (2008). Trabajo Social e Interdisciplina: la Cuestión de los Equipos de Salud. En: Colección Cuadernos de Margen Nº1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.

[17] Referencia al número de la entrevista de donde fue tomado el extracto.

[18] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina

[19] "El imaginario social viene a caracterizar las sociedades humanas como creación ontológica de un modo de ser sui generis, absolutamente irreducible al de otros entes. Designa, también, al mundo singular una y otra vez creado por una sociedad como su mundo propio. El imaginario social es un "magma de significaciones imaginarias sociales" encarnadas en instituciones. Como tal, regula el decir y orienta la acción de los miembros de esa sociedad, en la que determina tanto las maneras de sentir y desear como las maneras de pensar. ". Fressard O. (2006). El imaginario social o la potencia de inventar de los pueblos. En: Revista Transversales. Nº2. Edición Digital de la Fundación Andréu Nin Disponible en: www. fundanin.org/fressard.htm Visitada el 01/05/2011.

El nuevo Modelo de Atención propone que el usuario sea atendido de forma integral y que todos los técnicos que lo asistan coordinen su accionar para así lograr mejorar la calidad de vida del sujeto; el trabajo en equipo podría ayudar a que el quehacer del Trabajador Social dejara de ser ese *"agujero negro"* que se plantea en las entrevistas realizadas.

2.2 Interdisciplinariedad y Equipos de Trabajo.

Los cambios en el modelo de atención y de gestión que propone la Ley 18211 sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud orientaron a las políticas de salud hacia la construcción de un modelo bio-psico-social (integral) y participativo de la salud enfatizando la dimensión preventivo – promocional de la misma, teniendo como estrategia, la Atención Primaria en Salud; así como también el trabajo en equipos de salud interdisciplinarios donde cada disciplina ya no impone su conocimiento sobre los demás sino que establece un diálogo entre sabes para así construir un nuevo marco de trabajo.

El artículo 36 de la normativa que hace referencia a la creación, funcionamiento y financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud, establece que *"(...) Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios."*[20]

La puerta de entrada al nuevo sistema es el Primer Nivel de Atención de ahí la importancia de que sus equipos de trabajos sean interdisciplinarios, ya que esto posibilita la incorporación de varias visiones para así lograr diagnósticos socio-culturales que ayudan a tratar de forma eficiente la demanda que plantea el usuario.

[20]Capítulo IV Red de Atención en Salud. Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES BIBLIOTECA

El trabajo interdisciplinario es en una herramienta fundamental en estos escenarios nuevos que plantea este sistema que racionaliza servicios, ahorra recursos y estimula la interacción, la complementariedad y la integración de los profesionales de las instituciones de salud.

Como lo expresan los siguientes testimonios, ya se habría empezado a trabajar de forma interdisciplinaria en de los centros estudiados aunque no en todos:

> *"Si, siento que hay un cambio, muy leve pero hay. (...) No sé si nos consideran igual, no sé como nos pueden considerar perooo... un cambio si, de que ellos no pueden con todo, si."* (E.nº2)

> *"Yo creo que si ha cambiado mucho (...) Creo que hay otra mirada con respecto a los técnicos y las profesiones..."* (E.nº3)

> *"No, yo personalmente no veo diferencias. (...) Para mi se trabaja de la misma manera."* (E.nº4)

De la investigación se desprende que si bien hay un cambio en la forma de trabajo debido a la implementación del nuevo Modelo de Atención en Salud; eso depende del centro y los profesionales que allí trabajan más que de una disposición legal. La estructura piramidal de las instituciones, las relaciones asimétricas que se desarrollan en su interior, así como también la falta de costumbre por parte de los técnicos; contribuye a que en la práctica estos cambios se visualicen poco y hasta generen opiniones contrapuestas de centro a centro, dependiendo de sus vivencias.

Nora Elichiry afirma que *"el vocablo "inter" da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad"*[21], que parte de la situación concreta, de la demanda traída por el usuario y no de las diferentes disciplinas que se encuentran en los centros de salud.

En lo que se refiere a los equipos de trabajo[22] de los centros estudiados en esta investigación estimamos que aún no están consolidados como tal, ya que no es lo mismo trabajar juntos que trabajar en equipo. En el primero, no se requiere más que la voluntad de trabajar en forma conjunta y coordinada. En el segundo, no sólo hay que trabajar de forma armoniosa y coordinada sino que existe un trabajo interdisciplinario, donde los saberes no se imponen sobre otros, dialogan entre si, manteniendo puntos de vistas distintos sobre una misma problemática; implica un trabajo a largo plazo con un objetivo común que a su vez establece responsabilidades para cada miembro del equipo; sentido de pertenencia a un grupo, es decir, cada profesional debe estar emocionalmente vinculado al mismo; una planificación previa de las acciones a desarrollar, quien las va a llevar a cabo; reglas que orienten el accionar profesional, etc.

Los siguientes testimonios ilustran de manera clara lo arriba mencionado:

> *"... Creo que falta mucho por recorrer a nivel de equipos de salud, para trabajo en equipo, en el sentido de equipo deportivo, de trabajar en grupo, para eso falta mucho. (...) Falta mucho por recorrer, en el sentido de trabajar en el equipo como uno lo plantea académicamente, trabajo interdisciplinario..." (E.nº1)*

---

[21] Nora Elichiry en: Cazzaniga S. (2008). Trabajo Social e Interdisciplina: la Cuestión de los Equipos de Salud. En: Colección Cuadernos de Margen Nº1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina. Pág. 162

[22] Equipos de trabajo: "Se trata de un conjunto de personas que tienen un alto nivel de organización operativa de cara al logro de determinados objetivos y a la realización de actividades, que trabajan en un clima de respeto y confianza mutua altamente satisfactorio." Ezequiel ANDER-EGG (1983) El trabajo en equipo. En: Instituto de Ciencias Aplicadas. No.1 Colección Ideas en Acción. Buenos.Aires - Argentina. Pág. 2.

"No, no mira lo que hay son coordinaciones pero no trabajo en equipo. (...) Nos contamos lo que hacemos, (...) pero no existen instancias para sentarse y organizar y demás." (E.nº4)

"... Yo creo que esto es una construcción, la construcción se hace diariamente. (...) Uno construye cosas, a veces construye vínculos positivos, a veces construye vínculos negativos y en ese devenir es que uno como técnico va trabajando." (E.nº2)

En el ámbito de la salud, el Trabajador Social realiza articulaciones con los demás técnicos de la institución, con otras instituciones o con organizaciones de la zona, lo que el trabajo interdisciplinario planteado por la Ley 18.211 busca es lograr trascender esa articulación así como las parcialidades impuestas por las estructuras de trabajo de las instituciones.

"No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones (...)."[23]

En los centros estudiados se evidencia que aún se están cimentando las bases para un trabajo en equipo en el cual todos contribuyan con su conocimiento para así optimizar los recursos de la institución, las respuestas a los problemas que traen los usuarios y de esta manera ser más eficientes y eficaces en la puesta en marcha y mantenimiento de los programas de promoción y prevención.

Recordemos que los recursos disponibles son limitados, por lo cual a la hora de utilizarlos hay que buscar la mejor estrategia para cuidarlos y no desperdiciarlos. Este nuevo sistema se enmarcaría en lo que Morago[24] llama *"la Triple E, economía, eficiencia y efectividad"*, es decir, hoy en día en las

---

[23]Cazzaniga S. (2008). Trabajo Social e Interdisciplina: la Cuestión de los Equipos de Salud. En: Colección Cuadernos de Margen Nº1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina. Pág. 168

[24]Morago P. (2008). De la Medicina al Trabajo Social. Introducción a la Práctica Basada en la Experiencia. En: Colección Cuadernos de Margen Nº1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.

instituciones se busca la economía de los recursos sin que esto signifique bajar la calidad del servicio brindado pero sí cuidarlos; por lo tanto, podemos decir que buscamos la eficiencia y la efectividad en la prestación del servicio.

A tres años de su implementación, el nuevo modelo aún no rompe totalmente con las ataduras del viejo modelo higienista, basado en una perspectiva clínica donde la enfermedad y el saber médico tienen más protagonismo que las demás disciplinas. Es decir, que aún sólo se toma en cuenta el aspecto negativo, la parte enferma, lo que ya esta deteriorado.

Los cambios propuestos por el nuevo sistema de salud, implican no sólo un cambio en el modelo de atención, en las instituciones o en la forma de actuar de los profesionales que allí trabajan sino que también incluyen a toda la sociedad. En otras palabras, estos cambios, son cambios culturales y como tales son lentos pues conllevan un cambio de mentalidad tanto a nivel técnico como a nivel de los individuos en general, como lo expresa el siguiente extracto de una de las entrevistas realizadas:

> *"... los poseedores del conocimiento en la salud son los médicos, bueno, eso es una cuestión cultural pero todos la absorbemos, no sólo los médicos." (E.nº1)*

No podemos negar que históricamente la medicina como disciplina y el médico como profesional formado por la misma, han tenido un mayor protagonismo a la hora de trabajar el tema salud; pero esto no significa que ellos sean los únicos habilitados a hacerlo.

"El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad

de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social (...)"[25]

El nuevo modelo de atención ya no admite un sistema monodisciplinario o en el mejor de los casos bidisciplinario (integrado por la medicina y la psicología). Ahora el objeto de intervención es el individuo y su ecosistema y no sólo la enfermedad. Pasamos de un sujeto receptáculo de la enfermedad, descontextualizado del ambiente en el cual su vida transcurre a uno integral, a un individuo que es tomado en cuenta más allá de la sintomatología de su enfermedad.

Como lo expresa el siguiente testimonio, los cambios que se proponen en el discurso del nuevo Sistema Integrado de Salud, serían más lentos en lo cotidiano de los centros estudiados:

> *"... los médicos aún, no les cambia la cabeza y no sólo a los médicos creo que a todos, aún no nos esta entrando en la cabeza muchos nuevos cambios del modelo. Seguimos bastante estructurados con atender, no con prevenir. (...) Nosotros tenemos una explicación y es que la demanda te desborda, entonces no podemos salir, hacer prevención cuando tenemos la enfermedad instalada."* (E.nº2)

Debemos recordar que vivimos en una sociedad altamente medicalizada, una sociedad que trata problemas sociales como enfermedades. Por lo tanto, se puede decir que los Trabajadores Sociales se desempeñan en una sociedad en la que ha triunfado el paradigma médico, con su modelo biologisista que se origino en el siglo pasado, proceso de un devenir histórico que lo fue forjando y que hoy en día ha incorporado nuevos elementos, como el considerar el medio ambiente en el cual se desarrollan los individuos, lo que puede contribuir a una mirada diferente.

---

[25] Capítulo IV Red de Atención en Salud. Artículo Nº36. Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

2.3 La Medicalización de la sociedad y su relación con los Trabajadores Sociales en el Primer Nivel de Atención.

La medicalización de la vida social, es decir, la influencia de la medicina en todas las acciones y relaciones sociales de la vida cotidiana de los individuos influye en la manera en que los técnicos miran y analizan los problemas planteados por el proceso salud-enfermedad.

Ortega señala que la medicalización de la sociedad Uruguaya comenzó a manifestarse de manera clara a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, con el batllismo a través de su proyecto político que tenia como eje central la consolidación del Estado, *"un Estado expandido que "coloniza" prácticamente todas las dimensiones del espacio social".*[26]

En el período de la primera modernización el área de la salud se vio determinada por un modelo higienista, que llevo a la medicalización de la vida social; la que se caracterizo como lo señala Menéndez por *"la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social".*[27]

Ortega señala que, la nueva sensibilidad instalada en el novecientos a la que Barrán llamo *"civilizada"* [28]y que fue la responsable del disciplinamiento de la población, conjuntamente con la temprana secularización de la sociedad, el pasaje a manos del Estado de espacios que antes eran ocupados por actores vinculados con la caridad y la filantropía, así como el aumento del prestigio del médico, la separación del saber médico y el saber popular que dieron lugar a la legitimación del control de los individuos en nombre de las buenas costumbres

---

[26] Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay. Pág. 24.

[27] Menéndez en: Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay. Pág. 23.

[28]Barrán J.P.(1990). Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo2 *El disciplinamiento.* Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo – Uruguay.

crearon un ambiente favorable para que surgieran profesiones, como el Trabajo Social, que sirvieran de nexo entre las instituciones y las familias pobres. [29]

De esta manera el rol del Trabajador Social estaría influenciado por la medicalización de la sociedad desde el inicio. *"Es Kruse quien encuentra en la visita domiciliaria, instrumentada por los agentes que ocupaban el espacio de "lo social" en el Novecientos, dentro de los procesos de medicalización, el "hilo que podía llevarnos hasta las más profundas raíces de nuestra profesión. (...)".*[30]

El nuevo Modelo de Atención que tiene Uruguay, parte de un enfoque ecológico; el que implica una interrelación entre los individuos y el medio ambiente en el cual viven; y si bien la medicina sigue siendo parte importante dentro del contexto de la salud, es una medicina social, que sitúa al hombre en su contexto social, lo cual hace que las otras disciplinas que se desarrollan en este contexto cobren mayor relevancia.

El Trabajo Social desde la perspectiva de las Ciencias Sociales aporta su visión del otro a partir del estudio de las variables socioeconómicas y culturales lo que permite ver más allá de lo que el usuario demanda en primera instancia.

El Trabajador Social es quien conoce las carencias y necesidades que inciden en el proceso salud-enfermedad, es quien identifica las redes familiares y sociales, promoviendo así la utilización de los recursos disponibles.

De este modo el Trabajador Social se convierte en un vínculo natural de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan los servicios, como bien lo señalan los siguientes testimonios:

---

[29] Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay.

[30] Kruse en: Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay. Pág. 44.

"... primero es la escucha, el pensar con el otro, y el llegar a acuerdos. (...) Y bueno, lo que uno puede es ofrecerle desde nuestro conocimiento que es lo que existe y de acuerdo a lo que la persona trae, Bueno.... A ver cual, que es lo que podemos acordar, que es la mejor solución para él." (E.nº2)

"Las tareas específicas son escuchar a la gente y después orientarlas hacia donde tienen que ir, nosotros no le hacemos trámites, pero si le damos todo servido para que la gente pueda hacerlo." (E.nº4)

"En verdad, espera un lugar de escucha y de reflexión en tanto su situación médica y lo que tiene que ver con su situación médica, si es de prevención de enfermedad o de paliamiento de su situación..." (E.nº1)

Carballeda[31] señala que el Trabajador Social desde su práctica y en el desarrollo de sus tareas con los sujetos aporta la visión que este tiene de los problemas sociales; debido a su formación académica, al desarrollo en profundidad de la palabra, la mirada y la escucha y a que su intervención se realiza en escenarios muy cercanos a la realidad tal cual es vivenciada por los individuos.

Esta visión del otro desde su propia perspectiva permite realizar un diagnóstico sociocultural que aporta a la mejor comprensión de los procesos de salud-enfermedad de los sujetos, lo que significa mayor información a la hora de encontrar posibles soluciones con los usuarios.

[31] Carballeda A. J. M. (2006). El Trabajo Social desde una Mirada Histórica Centrada en la Intervención. Del Orden de los Cuerpos al Estallido de la Sociedad. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.

De esta manera, estaríamos frente a lo que Saforcada[32] denomina *"medicina social"*, es decir, un cuerpo teórico-practico sustentado en la idea de que las prácticas en salud deben considerar el contexto, la realidad y el ambiente en el cual transcurre la vida de los individuos.

En Uruguay el gobierno a través del nuevo Sistema de Salud con su legislación conjuntamente con la OPS están fomentando la promoción de la salud, la prevención más que a la curación, optimizando el medio físico y social, movilizando recursos para el desarrollo local y promoviendo la participación de todos los sectores y todas las edades en actividades comunitarias.

2.4 La Promoción de la Salud y el Trabajador Social.

En esta investigación se entenderá a la Promoción de la Salud como un campo de acción profesional del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención.

La Atención Primaria es el nivel inicial de atención, en ella están comprendidas las actividades de promoción, de prevención sí como la de educación y rehabilitación de las enfermedades: es decir, que contiene tanto las tareas médicas como las no médicas y su posterior seguimiento del sujeto.

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana..."[33].

---

[32]Saforcada en: Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Editorial Paidós. Buenos Aires – Argentina.

[33] Carta de Ottawa. (1986) Artículo 1

La promoción de salud implica hacerse cargo de determinadas áreas como el desarrollo humano[34] y la calidad de vida[35] que según la OMS son fundamentales para el mejorar la salud de todos los pueblos.

La Atención Primaria en salud ve ampliado su marco operativo con la promoción de salud ya que esta contribuye a fortalecer la capacidad que tienen los individuos para elegir y mantener estilos de vida saludables; así como participar en aquellas actividades comunitarias que son necesarias para vivir una vida saludable.

La Declaración de ALMA-ATA[36] establece que todo sistema de salud tendrá como función central la Atención Primaria en Salud; la que se constituye, en el caso de Uruguay, en el primer contacto que los sujetos tienen con el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Ley 18.211 esta orientada a *"...la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población [...] la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población..."*.[37]

El Trabajador Social es uno de los profesionales que académicamente esta preparado para realizar este análisis y cumplir así las siguientes metas de una eficiente Promoción de la Salud *"... 1) satisfacer las necesidades básicas de la población y eliminar la desigualdad en todas sus manifestaciones; 2) adoptar nuevas medidas, especialmente educativas y de participación comunitaria, para combatir el sufrimiento, el atraso y las enfermedades relacionadas con la urbanización y la industrialización; 3) vencer las barreras políticas que limitan el ejercicio de la democracia y luchar contra la violencia y problemas psicosociales, institucionales y de salud pública que ésta genera; 4)*

---

[34]Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el término *desarrollo humano* se aplica a los procesos que amplían las opciones de que disponen las personas para el disfrute efectivo de las capacidades antes citadas (por ejemplo, la posibilidad de optar por un modo de vida saludable).".

[35]Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

[36] Declaración de Alma-Ata. (1978) Artículos 5, 6 y 7.

[37]Capitulo I. Disposiciones Generales. Articulo Nº 3. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa Referente a su creación, funcionamiento y financiación.

eliminar las diferencias que obstaculizan el acceso de ciertos sectores al bienestar; y 5) lograr un desarrollo integral y recíproco...".[38]

Estas afirmaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud del año 1992, funcionarían como motor que nos impulsa a seguir trabajando.

En su accionar diario, en el Centro de Salud, el Trabajador Social contribuiría a satisfacer las necesidades básicas de los usuarios, así como a mejorar las condiciones de vida a través de estrategias que optimizan tanto los recursos de la institución, los de la comunidad, los de los sujetos y los suyos propios.

Cabe destacar que los comportamientos son aprendidos y por lo tanto, pueden ser modificados o sustituidos por otros nuevos. Desde esta perspectiva, comportarse de forma saludable puede ayudar a mejorar la salud y el bienestar general, es decir una mejora en la calidad de vida; cumpliéndose así con los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

De la promoción de la salud hacen parte tanto la transformación de los comportamientos individuales como los familiares y los de la comunidad donde se desarrolla la vida de los sujetos.

Para que la promoción de la salud favorezca al cambio de estilos de vida, es necesario no sólo analizar cuidadosa y exhaustivamente el entorno, los valores, los conocimientos, las actitudes y las prácticas individuales y colectivas que influyen en la salud, las condiciones de vida y el bienestar de los sujetos sino que también es preciso darle las condiciones adecuadas al profesional para que eso suceda. En otras palabras, además de incorporar las "cosmovisiones", su modo de entender sus procesos de salud-enfermedad y articular el saber popular y el técnico-científico; debe existir una motivación por parte de las autoridades sanitarias de los centros donde los Trabajadores Sociales se desempeñan.

---

[38]OPS (1992). Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Informe de Secretaría.

Se entiende motivación como *"...el sentido que mueve la acción y la fuerza impulsora que está constituida por factores que provocan, mantienen y dirigen la conducta hacia un objetivo..."*[39]. Se hace referencia al hecho de propiciar un desempeño acorde, no a lo que por tradición realiza dicho profesional, sino a las nuevas propuestas para enfrentar también nuevas necesidades sociales.

González Serra señala que la motivación *"determina, regula, la dirección (el objeto-meta) y el grado de activación e intensidad del comportamiento"*[40]; esto cobra relevancia si tomamos en cuenta que aún hoy en día en los centros entrevistados existen dificultades para desarrollar ampliamente las actividades de promoción y prevención previstas en la ley 18.211, como lo expresan los testimonios:

> *"... Hay veces que por más que vos quieras instrumentar con todo el equipo tareas de promoción o prevención es más complejo, porque los otros técnicos tienen que cumplir con un número muy alto de atenciones diarias, un médico tiene como 20 lugares o más y las nuestras son mucho más libres. (...) Tratamos que las tareas que aquí se hacen sean más de promoción y prevención, lo que pasa es que esta esto... de que también el equipo de salud tiene la idea de que hay cosas que se hacen de una determinada manera, nosotros hemos tenido encontronazos pero como hemos llegado a acuerdos con el colectivo no lo hacemos." (E.nº3)*

> *"... Seguimos bastantes estructurados con atender, no con prevenir. Porque nosotros tenemos*

[39] Escobar E. (2008) Adultos en la enseñanza media superior. Estudio exploratorio desde un enfoque motivacional según edad y género. Departamento de Sociología. FCS. UDELAR. Montevideo – Uruguay.
[40] González Serra D. (2006) "La motivación: varilla mágica de la enseñanza y la educación". En: Kaleidoscopio, volumen 3, número 6. La Habana – Cuba. Pág. 90

una explicación y es que la demanda te desborda, entonces no podemos salir hacer prevención cuando tenemos la enfermedad instalada." (E.nº2)

En este contexto, los programas de promoción de la salud en los Centros de Salud estudiados se verían afectados en lo que tiene que ver con la cantidad de horas dedicadas a los mismos pero no así en la calidad del servicio prestado.

Los técnicos que se desempeñan en los centros deberían coordinar y articular sus tiempos y tareas para así enseñar las acciones, los hábitos y las habilidades necesarias que llevarán y mantendrán a las comunidades, a las familias y a los individuos *"en el camino de la salud"*.[41]

En lo que refiere al trabajo de los técnicos que se desempeñan en las instituciones de salud estudiadas y en especial a los Trabajadores Sociales las tareas que estos llevan a cabo muchas veces pueden ser consideradas asistencialistas por dar solución a la demanda sin tratar las causas que producen dicha demanda.

2.5 Prácticas Asistenciales o Simple Asistencialismo.

El Trabajo Social como todas las demás disciplinas al momento de ser estudiado, analizado debe ser considerado dentro del contexto económico político y sociocultural del cual es parte y de su función en ese orden social.

De ahí que la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud se torne significativa a la hora de investigar sobre el Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención.

En el ámbito de la salud nos encontramos que a la hora de intervenir los Trabajadores Sociales se encuentra con dos agentes sociales más (institución

[41]OPS (2005). Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Pág. 10.

para la cual trabaja y usuarios) con los cuales debe negociar para lograr una intervención eficaz y eficiente que satisfaga a todos; ya que la brecha existente entre las necesidades sociales y los recursos estipulados para satisfacerlas es muy grande.

Los actos de salud[42] realizados por los Trabajadores Sociales en los centros en una primera instancia tienen carácter asistencial, es decir, atender las demandas planteadas por el usuario; una vez obtenido el bien y/o servicio solicitado por parte del mismo; se logra establecer un vínculo entre el sujeto y el profesional que puede desplegar todo su "*arsenal operativo*"[43] para lograr la potenciación del capital humano y social del individuo.

Como lo expresan los siguientes testimonios asistencia y asistencialismo están presentes en el cotidiano de los Trabajadores Sociales que desempeñan sus tareas en los centros estudiados:

> *"Yo creo que hay un 75% y un 25%, un 75% de tratar de que la otra persona piense su situación y un 25% de asistencialismo, de decir esto es lo que hay para hacer. (...) Me parece que hay mucho más de pensar con el otro a ver cuál es la realidad, la situación que él tiene. Yo lo que intento siempre es hacer una reflexión, que la persona intente reflexionar sobre su situación. (...) Mi intención es esa que la persona de aquí se vaya pensando en sí misma, en cuál es la situación que trajo y como la puede solucionar ella." (E.nº2)*

---

[42] Acto de salud es: "toda acción intencional y racionalmente dirigida a producir un efecto en las condiciones de salud de una o más personas, haya sido ejecutada por médicos o por cualquier otro profesional de la salud". Enrique Saforcada (1999) *"Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud"*. Pág.151.

[43] El arsenal operativo son los:"recursos materiales, teóricos, vínculos, experiencia, capacidad política, miedos, ideales, confianza, etc. (...) En el arsenal están contenidas la fuerzas con las que se cuenta tanto de la institución, como en otras organizaciones, así como el equipo de trabajo y los usuarios, que se ponen de manifiesto en los vínculos que se establecen a partir de intereses comunes, ellos constituyen fuerzas objetivas". Andrea Antonia Oliva (2001) Monografía para la Maestría en Servicio Social: "ANÁLISIS de la PRÁCTICA PROFESIONAL de los TRABAJADORES SOCIALES en el ÁMBITO ESTATAL Buenos Aires – Argentina". Pontificia Universidade Catolica. Sao Paulo – Brasil. Pág. 36.

"Se prioriza por un lado lo asistencial, yo considero que lo asistencial es muy difícil dejarlo de lado, no?! Porque el usuario lo... no es que sea asistencialismo. Desde el punto de vista nuestro lo podes ver como asistencialista pero (...) las personas lo demandan" (E.nº3)

Pero, ¿de qué estamos hablando cuando decimos tareas asistenciales o tareas asistencialistas? En lo que se refiere a los profesionales, hay quienes usan indistintamente los conceptos de asistencia social y asistencialismo; por lo tanto, consideramos pertinente (antes de continuar con el análisis de la investigación) definirlos.

Según el Sistema Integral de Información de la Protección Social del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, la Asistencia Social *"es un mecanismo por medio del cual el Estado busca, por un lado, proteger a los más vulnerables (niños, adultos mayores, discapacitados, etc.), y ofrecerles las condiciones necesarias para un adecuado nivel de consumo de bienes y servicios; y, por otro lado, enfrentar la pobreza, mediante un crecimiento sostenible y equitativo de la sociedad en su conjunto."*[44]

Norberto Alayón sostiene que *"la asistencia social opera como instrumento mediador entre la economía y los efectos y resultados del modelo económico en vigencia. (...) La asistencia involucra dos ideas: el reconocimiento de los derechos sociales conculcados y la reparación de plena cobertura de los problemas sociales."*[45]

El asistencialismo , en cambio, según la enciclopedia digital Wikipedia es *"la deformación de la asistencia , obligación que contraen los gobiernos con sus ciudadanos a través de una constitución por la cual se señala el carácter de dignidad de todo ser humano sin distinticiones de ningún tipo. El*

---

[44]Página Oficial del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Disponible en: www.sispro.gov.co/Paginas/AsistenciaSocial.aspx, visitada el 04/12/2010

[45] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina Pág. 159 y 161.

asistencialismo crea una clara situación de dependencia del individuo o grupos que lo reciben, que no promueve la dignidad, el desarrollo de proyectos, etc."[46]

Alayón señala que *"el asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente han implementado las clases dominantes para paliar mínimamente la miseria que generan y para perpetuar el sistema de explotación."*[47]

El asistencialismo tendría como finalidad atacar los efectos, la parte visible de las problemáticas sociales y se caracterizaría por negar las causas que crean las desigualdades sociales que dan paso a las demandas que el Trabajador Social debe atender.

Ander Egg[48] señala que el asistencialismo está basado en una concepción de sociedad en la cual no existen las contradicciones y en donde las situaciones de carencia son disfunciones atribuidas al individuo y sus circunstancias y hay que corregirlas. En este contexto, las demandas de los usuarios son atendidas como respuesta inmediata a la situación planteada sin ir más allá de lo visible.

En el Primer Nivel de Atención, los Trabajadores Sociales no son técnicos que trabajan para lograr la satisfacción de las necesidades básicas de los usuarios únicamente, es decir, no se limitan a una tarea asistencialista. Por el contrario, son profesionales que tienen que articular en un mismo proceso de intervención, la tarea asistencial con las tareas de educación, promoción y gestión para así optimizar los recursos disponibles en la institución y las capacidades de los usuarios.

La realización de tareas asistenciales por parte de los Trabajadores Sociales no se reduce a la entrega de bienes o servicios sino que es mucho más; es la promoción, la educación, pero también es la escucha, la contención

---

[46]Enciclopedia Digital Wikipedia, visitada el 26/ 11/2010

[47] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina Pág. 46.

[48]Ander Egg, E. (1988) Diccionario de Trabajo Social. Editorial Humanitas.Buenos Aires - Argentina.

emocional, que el individuo necesita sin caer en una actitud paternalista por parte del técnico.

Por momentos esta tarea resulta compleja debido a que en el imaginario de algunos de los usuarios dicha prestación es tomada como una dádiva, concepción que debe ser cambiada por la acción del profesional que se desempeña en el centro.

Cuando se les pregunta a los profesionales sobre lo que los usuarios esperan del Trabajador Social, lo que demandan del técnico, los mismos responden:

> *"Vienen a que le solucione lo que alguien le dijo que el Asistente Social le iba a solucionar. Por eso a veces vivo desmitificando el rol." (E.nº2)*

> *"Vienen a plantear situaciones diferentes, creo que también está la visión de que cuando la entrevista marcarle uno que es lo que está en condiciones de dar, no?! No crear falsas expectativas, claro porque ellos vienen con expectativas de que hasta el médico les dijo que nosotras le íbamos hacer tal cosa y no es así. Entonces vos tenes que traerlos a tierra muchas veces, contextualizar, es un poco el trabajo." (E.nº3)*

En lo que se refiere a los profesionales, hay quienes usan indistintamente los conceptos de asistencia social y asistencialismo, por lo tanto, hay que superar también los prejuicios que estos tienen de dichas tareas a la hora de realizar una intervención.

Ante la pregunta de que si en el centro se realizaban tareas asistencialistas, la respuesta no se hizo esperar como lo expresan ambos testimonios:

"No. no, la verdad que no." (E.nº1)

"En el centro no hacemos tareas asistencialistas, de ninguna manera, nosotros sobre todo tratamos de educar." (E.nº4)

Cabe aclarar que si bien el asistencialismo es una actividad que hace parte de la historia del Trabajo Social, las protoformas (caridad, filantropía, beneficencia, asistencia social) se caracterizaban por brindar un servicio que tenía carácter de dádiva y dar solución a los efectos de las situaciones de carencia sin atacar sus causas; hoy en día la reducción del llamado "gasto social"[49] hace que las demandas deban ser atendidas antes de si quiera intentar iniciar un proceso en el cual el individuo logre desarrollar sus capacidades y apoderarse de las herramientas que le permitirán mejorar su calidad de vida pero esto no significa que esté haciendo asistencialismo.

Los testimonios que se presentan a continuación señalan que para que el Trabajador Social tenga la posibilidad de seguir trabajando con los usuarios, es necesario satisfacer las demandas que ellos traen, aunque parezca que estemos haciendo asistencialismo:

"La persona viene con esa demanda si vos no se la satisfaces, evidentemente no vas a poder seguir trabajando nada más." (E.nº3)

"La persona viene con una demanda concreta, requiere una respuesta mía concreta, entonces eso me condiciona sí, después vos entablas una relación con el usuario y podes seguir trabajando." (E.nº4)

---

[49]Según el Informe "Cuenta General de la República 2003" del Ministerio de Economía del Perú el gasto social es: "aquel que ejecuta el Estado orientado a formar las capacidades básicas de las personas y hace posible su posterior perfeccionamiento y explotación. Estas capacidades son indispensables para lograr una vida digna, sana, prolongada, creativa y productiva.
El Gasto Social constituye el instrumento de gestión más importante para coadyuvar al logro de la igualdad de oportunidades que merecen los peruanos, principalmente aquellos que se encuentran en niveles de pobreza y extrema pobreza, esto significa acceso universal y oportuno a servicios de buena calidad." Página Oficial del Ministerio de la Protección Social de la República del Perú. Disponible en: www.mef.gob.pe/contenidos/conta_pub/2003/tomo1 Visitada el 01/05/2011

Como podemos ver la demanda de asistencia partiría en primera instancia de los usuarios; por lo tanto, es importante tener en cuenta el impacto que genera ese beneficio que es recibido por más que sea un simple paliativo y que no dé solución a la situación de carencia en su totalidad.

La satisfacción de esa demanda inicial es el primer paso para seguir trabajando con el usuario; ya que como lo señala Alayón, *"¿quién estará en condiciones de reflexionar y actuar a favor de una organización barrial, sindical o política, si se halla enfermo o hambriento?"*[50]

Desde su profesionalización el Trabajo Social ha estado asociado con dar soluciones a los problemas sociales; debido a su formación académica se considera que el Trabajador Social es capaz de reconocer los elementos que integran la realidad social, especialmente aquellos que determinan la desigualdad social y actuar sobre los mismos e ignorar eso solo nos alejaría de la realidad social.

Alayón sostiene que, *"no hay Trabajo Social posible con los sectores populares, sin respuestas concretas a las carencias brutales que padecen."*[51]

La negación a ejecutar acciones de asistencia puede explicarse debido a que erróneamente se asocia la asistencia con el asistencialismo y una acción de carácter caritativo, de ayuda que deriva de un paradigma funcional a las clases dominantes y que *"perpetua el sistema de explotación"* [52]; para la cual no sería necesario la formación académica sino buena voluntad y sentido común[53].

---

[50]Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina. Pág. 57.
[51] Idem. Pág. 58.
[52]Idem. Pág. 6.
[53] Para Trout y Rivkin, el sentido común es «una facultad que posee la generalidad de las personas, para juzgar razonablemente las cosas». En: Enciclopedia Digital Wikipedia. Disponible en: www.wikipedia.com visitada el 04/ 12/2010

Según Alayón[54] el que el quehacer profesional se caracterice por una ejecución de una práctica asistencialista o una práctica asistencial dependerá tanto del paradigma teórico como de la posición ideológica - política que tenga el Trabajador Social. Es decir, que si la noción de lo asistencial está ligado al reconocimiento y reapropiación de los derechos sociales, al buscar y tratar no solo los efectos sino las causas de la desigualdad social no será asistencialismo sino una práctica asistencial pero si en cambio, obedece a los intereses de las clases dominantes, da respuesta a los efectos y no a las causas de las situaciones de carencia y es tomada como ayuda a los necesitados estaremos frente a una práctica asistencialista.

Como lo señala Oliva *"La asistencia, nos remite a los recursos-prestaciones que están delineadas por políticas públicas que se presentan a través de distintos planes, programas y proyectos."*[55] Pero eso no significa que el Trabajador Social como encargado de llevarlas a cabo se limite a ellas. Ese primer contacto con el usuario, ese escuchar con atención permite hilar y analizar relatos que contienen diferentes problemas que en un principio parecían no tener conexión alguna.

Alayón considera que debido a que el Trabajador Social está en contacto directo con los sectores populares y su accionar está dirigido a los mismos, se *"debe fortalecer la práctica asistencial, como eje articulador de un proceso de promoción y educación social."*[56]

El autor señala que los Trabajadores Sociales no deben desconocer las necesidades de la población con la que trabajan, así como tampoco dejar de atender los problemas concretos que estos presentan por miedo a caer en el asistencialismo. Hay que atender, brindar servicios sociales concretos para después promover, educar y prevenir.

---

[54] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina

[55] Oliva Andrea Antonia (2001) Monografía para la Maestría en Servicio Social: "ANÁLISIS de la PRÁCTICA PROFESIONAL de los TRABAJADORES SOCIALES en el ÁMBITO ESTATAL Buenos Aires – Argentina". Pontificia Universidade Catolica. Sao Paulo – Brasil. Pág. 78.

[56] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina. Pág. 39.

"Las necesidades concretas tienen que ser el punto de partida; y a partir de ello entonces se podrá impulsar la organización y el proceso de luchas por sus reivindicaciones"[57]

Según Rivero y Vecinday la asistencia es una de los cuatro tipos de modalidad de intervención presentes en el accionar de los Trabajadores Sociales; es relevante destacar además que, no es una intervención secundaria, sino que *"constituye uno de los pilares dentro del ejercicio profesional"*[58] [59]

El ejercicio profesional, las funciones que los Trabajadores Sociales realizan en los centros, las modalidades de intervención utilizadas en la práctica así como la visión que tienen de los usuarios, de los demás técnicos y de sí mismos y la interacción, son componentes de la identidad.

2.6 El Trabajador Social y su Identidad.

Se considera identidad, (relacionado con status-rol), en el sentido de identificarse con el desempeño del rol dado que el mismo se corresponde con la formación académica que recibieron para tal fin.

Según Jiménez y Pozos se considera identidad como *"...el resultado de la autopercepción de un "nosotros" relativamente homogéneo, en contraposición con los "otros", con base en atributos, marcas o rasgos distintos subjetivamente y colectivamente seleccionados y valorizados que a su vez funcionan como símbolos que delimitan el espacio de la misma identidad."*[60]

---

[57] Idem. Pág. 57.

[58]"El ejercicio profesional consiste en la aplicación de los conocimientos adquiridos en los años de formación académica a unas actividades concretas que, a su vez, estimulan una mayor maduración y profundización de dichos conocimientos." Pérez Rivero, Alonso Quijada, Gómez Olave y Santos Aguado. (1987). El Ejercicio Profesional del Trabajador Social. En: Cuadernos de Trabajo Social Nº9. Ediciones UCM. Madrid – España.

[59]Oliva Andrea Antonia (2001) Monografía para la Maestría en Servicio Social: "ANÁLISIS de la PRÁCTICA PROFESIONAL de los TRABAJADORES SOCIALES en el ÁMBITO ESTATAL Buenos Aires – Argentina". Pontificia Universidade Catolica. Sao Paulo – Brasil. Pág. 80.

[60]Jiménez y Pozos (1994) Modernización e identidades sociales. UNAM/Instituto Francés de América Latina. México. Pág. 170.

La construcción de la identidad de Trabajador Social es un proceso que está íntimamente relacionado con las interacciones de este consigo y con el medio (el centro de salud, la comunidad, los usuarios y los demás profesionales).

"la identidad no es otra que el resultado a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de los diversos procesos de socialización que, conjuntamente, construyen los individuos y definen las instituciones."[61]

La identidad se construye culturalmente, por lo tanto, el imaginario social y colectivo que exista sobre la figura del Trabajador Social también contribuirá a la construcción de la misma.

En lo que refiere a las herramientas que los profesionales deben utilizar a diario, como señala Alayón *"una misma técnica puede servir a objetivos significantemente distintos"* [62], por lo tanto, más que la técnica serán los objetivos que los Trabajadores Sociales se planteen los que contribuirían a definir su identidad profesional; en este caso, como profesional de la salud.

Este constructo es definido por tipificaciones y responsabilidades que proveen a los individuos de un marco en el cual pueden establecer que se debe hacer, lo que se aprueba o no, lo que bueno o malo, etc. El marco funciona como límite que los grupos que interactúan han puesto para organizar los sentidos.

Cabe destacar que, de las entrevistas realizadas se desprende que los Trabajadores Sociales están identificados con su rol en los centros de Salud donde trabajan; haciendo que su identidad se reafirme, favoreciendo su accionar en lo cotidiano.

---

[61] Dubar, C. (1991). La socialisation. Editorial Armand Colin. París-Francia. Pág.111

[62] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina. Pág. 31.

Castells señala que si bien hay que diferenciar el rol y la identidad, ambas cuestiones trabajan de igual manera pero en niveles diferentes; mientras que el rol organiza las tareas, las actividades que los individuos han de llevar a cabo, la identidad organiza el sentido de ser (en este caso) Trabajador Social.[63]

"Para Castells el conocimiento del "yo" es siempre una construcción hecha para encontrarse con otros, señala que las identidades son fuentes de significado para los actores mismos, significados que son construidos tomando como referencia los atributos culturales que le son otorgados por fuentes primarias como las instituciones y los roles sociales." [64]

La identidad profesional de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en las instituciones estudiadas estaría construida por su formación académica, las tareas que deben realizar en los centros (definidas institucionalmente), el imaginario colectivo de otros técnicos y de la comunidad de lo que hace un Trabajador Social y el suyo propio una vez que se le confiere a estos un sentido y pasan a constituir representaciones que guían el accionar diario del profesional.

---

[63] Castells según Ramírez Rosales V. (2008). Tesis de Doctorado en Estudios Sociales, en la Línea de Estudios Laborales: LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LAS NORMALISTAS TLAXCALTECAS. Un estudio sobre los imaginarios y los procesos sociodiscursivos que definen el ser maestra en dos contextos culturalmente diferenciados: la Normal Urbana "Lic. Emilio Sánchez Piedras" y la Normal Rural "Lic. Benito Juárez". Universidad Autónoma Metropolitana. México.

[64] Idem. Páginas 22 y 23.

Capítulo 3

Consideraciones Finales

De acuerdo a esta investigación para los Trabajadores Sociales seleccionados que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención, según las entrevistas realizadas, se puede decir que con la implementación del nuevo modelo de atención en salud se ha iniciado un proceso de cambio pero este hecho no ha modificado las estructuras piramidales de los centros de salud. El status que el Trabajador Social tenía antes de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud es el mismo, es un técnico que aporta desde su saber las herramientas necesarias para dar cuenta de las problemáticas sociales que a diario aparecen en el centro.

El Sistema Nacional Integrado de Salud implica como señala Alayón *"un reacomodamiento significativo del quehacer del Trabajo Social"*[65] , en el caso de los centros investigados ese *"reacomodamiento"* se está dando de manera gradual; ya que como todo cambio implica no sólo una nueva manera de hacer las cosas sino una nueva manera de pensar, de interactuar con los demás sean ellos técnicos o usuarios.

"Hoy el objetivo de trabajo teórico – técnico de la Salud Pública es el proceso de salud – enfermedad y todos sus emergentes, priorizando cada vez más los de la salud positiva y su campo de acción es el conjunto social (sociedades, agregados sociales, comunidades, vecindarios, etc)."[66]

Cabe destacar que el Trabajador Social es un profesional que se ocupa del sector más vulnerado de la sociedad y que su esencia como lo señala Alayón[67] es lo social. Por lo tanto, su accionar en el campo de la salud, en el

---

[65] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina. Pág. 18

[66] Safocada, E. (1999). Psicología Sanitaria. Análisis Crítico de los Sistemas de Atención en Salud. Ediciones Paidós. Buenos Aires – Argentina. Pág. 79

[67] Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina.

Primer Nivel de Atención estaría relacionado a las demandas no médicas que presentan los usuarios de los centros de salud en los cuales se realizo esta investigación y en toda tarea de promoción y prevención que contribuya a mejor la calidad de vida de los mismos.

En lo que se refiere a primera línea hipotética planteada en esta investigación, podemos decir que el lugar que ocupa el Trabajador Social dentro del equipo de salud, dependería de las relaciones que se establezcan entre los técnicos; la posición de cada técnico no estaría dada por la disciplina de donde proviene el profesional sino por el grado de cercanía de los mismos.

Por otra parte, la interdisciplinariedad y el trabajo de equipo promulgados por la ley 18.211, no se han desenvuelto plenamente en la práctica. En los centros estudiados existe multidisciplinariedad, es decir, muchas disciplinas se encuentran trabajando en el mismo centro pero cada una aporta la respuesta desde su conocimiento sin trascender la mirada de su propio cuerpo teórico-metodológico. En cuanto al trabajo en equipo, los centros de salud están organizados de manera tal que la relación entre las disciplinas aparece como coordinaciones o derivaciones y no se trata de manera global la problemática social sino que se la fragmenta para luego trabajarla, no hay trabajo en grupo.

En cuanto a la segunda línea hipotética, en la práctica el rol del Trabajador Social no seria asistencialista sino que el profesional realiza tareas asistenciales que les permiten dar cuenta de los problemas planteados por los usuarios y luego establecer un vínculo para así seguir trabajando y desarrollando actividades que potencien el capital humano de los sujetos.

Al igual que Alayón[68] creemos que el Trabajador Social que desempeña su rol en el ámbito de la salud, en el Primer Nivel de Atención debería fortalecer la práctica asistencial aún corriendo el riesgo de caer en el asistencialismo; ya que ella medida puede ser la puerta de entrada a un proceso de promoción, educación y prevención que contribuiría tanto al fortalecimiento del individuo como a mejorar su calidad de vida.

[68] Idem.

Por otra parte, la motivación para desarrollar actividades vinculadas a la promoción de la salud se ve limitada por el hecho de que la demanda directa es muy alta, que los recursos de los centros son limitados y que la carga horaria de los Trabajadores Sociales en los mismos resulta insuficiente.

El Trabajador Social que se desempeña en los centros estudiados debe identificar las limitaciones de los recursos disponibles, así como las contradicciones que se le pudieran presentar en lo cotidiano de su quehacer profesional para así desempeñar de forma eficiente y eficaz su rol.

El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención, en la práctica concreta es un rol heterogéneo, variando de acuerdo a las problemáticas sociales que el usuario trae en su demanda inicial y el posterior trabajo que el profesional logre realizar con el mismo y a las actividades que realiza en la comunidad.

Con referencia a la tercera línea hipotética se podría decir que el rol del Trabajador Social estaría influenciado por la manera como la medicina trata los procesos de salud-enfermedad, así como las nuevas situaciones sociales, y el accionar de los mismos, más allá de que los Trabajadores Sociales actuarían de acuerdo a su formación académica.

A través del material recogido en las entrevistas, los Trabajadores Sociales de los centros estudiados se sienten identificados con su rol en la institución; lo cual no significa que no existan aspectos que puedan ser mejorados para una intervención más eficiente y eficaz, que optimice tanto los recursos de la institución como los de la comunidad.

Como señala Alayón el Trabajador Social, *"se desenvuelve como operador institucional ante los sectores de población con escasos recursos"*[69] y su rol en los centros de salud donde se llevo a cabo esta investigación se

[69]Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina. Pág. 138

realizaría articulando los intereses de tres agentes sociales; el Trabajador Social, el usuario del servicio y la institución para la cual trabaja el profesional.

Finalizada esta investigación y de acuerdo al material obtenido, se puede concluir que en este tiempo de cambios en el modelo de atención introducidos por el Sistema Nacional Integrado de Salud el rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención, es un rol que va más allá dar solución a los problemas no médicos que trae el usuario. En otras palabras, es un rol complejo que está compuesto por sub-roles complementarios donde algunos son permanentes y otros son determinados por el medio y la problemática social.

De esta manera, el Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención, en los centros estudiados no sería un rol único y estático; sino que sería un rol dinámico y que articula saberes.

BIBLIOGRAFÍA.

- Acosta, L. (1997). Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en Uruguay. Universidad Federal de Río de Janeiro. Centro de Filosofía y Ciencias Humanas. Escuela de Servicio Social. Coordinación de post- graduación. Río de Janeiro – Brasil.
- ----------. (1998). La génesis del Servicio Social y el "higienismo". En: Revista Fronteras Nº 3. Fondo Cultural Universitario. Montevideo – Uruguay.
- ADASU (2004). Mesa de Salud. Documento de Trabajo. Montevideo – Uruguay.
- Alayón N (2000) Asistencia y Asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza? Grupo Editorial Lumen Humanitas Buenos Aires – Argentina
- Alsina M. R. (1998). Las estrategias identitarias: entre el *ser* y el *hacer.* En: Revista CIDOB d`Afers Internacionals, núm. 43-44 Ediciones Bellaterra Barcelona – España.
- Ander Egg, E. (1988) Diccionario de Trabajo Social. Editorial Humanitas.Buenos Aires - Argentina.
- Barran J. P. (1993). La Medicalización de la Sociedad. Editorial Nordan. Montevideo – Uruguay.
- ----------. (1995). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3 *La Invención del Cuerpo.* Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo – Uruguay.
- ----------. (1990). Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomo2 *El disciplinamiento.* Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo – Uruguay.
- Bentura C. (2006). Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un Desafío Académico. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay.
- Boudon (1981). La lógica de lo social. Ediciones RIAF. Madrid – España.
- Carballeda A. J. M. Barberena M. Belziti M. C. Mendoza M. y Capello M. (2001). Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la

Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación. En: Margen Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Buenos Aires - Argentina.

- Carballeda A. J. M. (2003). Los nuevos escenarios y la intervención del Trabajo Social. En: Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires - Argentina.
- ----------. (2006). El Trabajo Social desde una Mirada Histórica Centrada en la Intervención. Del Orden de los Cuerpos al Estallido de la Sociedad. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.
- Cazzaniga S. (2008). Trabajo Social e Interdisciplina: la Cuestión de los Equipos de Salud. En: Colección Cuadernos de Margen N°1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.
- Contandriopoulos A. P. (1999). La Salud entre las Ciencias de la Vida y las Ciencias Sociales. En: Cuadernos médicos – sociales n° 77. CESS. Rosario – Argentina.
- Doménech D. (2007) Monografía de Grado: Modelo de Atención Integral a la Salud. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina UDELAR. Montevideo – Uruguay.
- Dubar, C. (1991). La socialisation. Editorial Armand Colin. París-Francia.
- Escobar E. (2008) Adultos en la enseñanza media superior. Estudio exploratorio desde un enfoque motivacional según edad y género. Departamento de Sociología. FCS. UDELAR. Montevideo – Uruguay.
- Fandiño Rojas D. (1992). Los "roles" en la práctica directa del Trabajador Social. En: Revista de Ciencias Sociales N° 56. Universidad de Costa Rica. San José – Costa Rica.
- Flores, M. E. (2004). La Intervención del Trabajo Social en el área de Salud Pública. En: Revista Trabajo Social N°31. EPPAL Ediciones. Montevideo – Uruguay.
- Garabito Ballesteros G. (2003). El trabajo en la identidad y la identidad en el trabajo. UAM. México D.F – México.

- Graffigna M. (2004) Identidad laboral e identidad social: La construcción simbólica del espacio social. En: Revista de Estudios Sobre Cambio Social año IV. Número 14. Editado por la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires – Argentina.
- Gonzáles Serra D. (2006). La Motivación: varilla mágica de la enseñanza y la educación. En: Kaleidoscopio, volumen 3, número 6. La Habana – Cuba.
- Jiménez y Pozos (1994). Modernización e identidades sociales. UNAM/ Instituto Francés de América Latina. México.
- Jiménez, M. Pobrete M. Cárdenas G. Milessi , F. Oyarzún, E. Soto, E y Valdés C. (1978). Perspectiva para Definir al Rol del Trabajador Social en Salud. En: Revista Trabajo social. Editada por la Escuela de Trabajo Social. Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile – Chile.
- Kruse, H. (1994). En procura de nuestros orígenes. En: Cuadernos de Trabajo Social Nº 3. FCS. Montevideo – Uruguay.
- Librillo Informativo (2009). FCS. UDELAR. Montevideo – Uruguay.
- Márquez, S.; Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. En: Eikasia. Revista de Filosofía Nº 8.
- Menendez, E. (1985). El Modelo Médico Dominante y las Limitaciones y Posibilidades de los Modelos Antropológicos. En: Revista Desarrollo Económico, V 24, Nº96.
- Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Editorial Paidós. Buenos Aires – Argentina.
- Morago P. (2008). De la Medicina al Trabajo Social. Introducción a la Práctica Basada en la Experiencia. En: Colección Cuadernos de Margen Nº1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.
- Naranjo, C. Edihovert, N. Muñoz N. y González W. (2008). Rol del Trabajador Social en la Atención del Niño desnutrido. En: Colección Cuadernos de Margen Nº1 Salud e Intervención en lo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires – Argentina.
- Oliva, A. A. (2001) Monografía para la Maestría en Servicio Social: "ANÁLISIS de la PRÁCTICA PROFESIONAL de los TRABAJADORES

SOCIALES en el ÁMBITO ESTATAL Buenos Aires – Argentina". Pontificia Universidade Catolica. Sao Paulo – Brasil.

- Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay.
- Parsons (1959). El Sistema Social. Capítulo II: Los principales puntos de referencia y componentes estructurales del sistema social. Editorial Revista de Occidente. Madrid - España.
- Pastorini - Montaño, (1989) Reflexiones sobre Rol Profesional en Trabajo Social. Síntesis del Seminario. Nivel I. Taller B. Escuela Universitaria de Servicio Social. Montevideo – Uruguay.
- Paz G. (2008). Gente en Obra. Reflexiones en torno a la inserción del trabajo social en el Primer Nivel de Atención de Salud. DTS/FCS/UDELAR, Montevideo-Uruguay.
- Pereira, S. (2005). Segundo Parcial: desarrollando la categoría analítica empoderamiento. MIP II. FSC/UDELAR. Montevideo – Uruguay.
- Pérez Rivero, Alonso Quijada, Gómez Olave y Santos Aguado. (1987). El Ejercicio Profesional del Trabajador Social. En: Cuadernos de Trabajo Social Nº9. Ediciones UCM. Madrid – España.
- Ramírez Rosales V. (2008). Tesis de Doctorado en Estudios Sociales, en la Línea de Estudios Laborales: LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LAS NORMALISTAS TLAXCALTECAS. Un estudio sobre los imaginarios y los procesos sociodiscursivos que definen el ser maestra en dos contextos culturalmente diferenciados: la Normal Urbana "Lic. Emilio Sánchez Piedras" y la Normal Rural "Lic. Benito Juárez". Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Safocada, E. (1998). El "Factor Humano" en la Salud Pública. Una Mirada Psicológica Dirigida hacia la Salud. Proa XXI Editores. Buenos Aires – Argentina.
- ---------- (1999). Psicología Sanitaria. Análisis Crítico de los Sistemas de Atención en Salud. Ediciones Paidós. Buenos Aires – Argentina.

- Tani, R. Carrancio, B. Pérez, E. y Núñez M. (2004). Teoría, Práctica y praxis en la Obra de José Luis Rebellato. Ediciones Ideas. Montevideo – Uruguay.

FUENTES DOCUMENTALES.

- Dra. Mariela Licha Vargas. (2003). Propuesta de la OPS/OMS ante el desafío de los Objetivos del Milenio. XVI Reunión de Directores de Cooperación Internacional. Panamá.
- Ley 18.211(2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Montevideo – Uruguay.
- OMS (1978).Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.
- ....., (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
- ....., (2000) 53ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría.
- ....., (2003) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma- Ata 25º aniversario. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría.
- ....., (2008) Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud, más necesaria que nunca.
- ....., (2009). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005 – 2009.Montevideo – Uruguay.
- ....., (s/d) Celebrando 100 años de salud. Promoción y protección de la salud de las personas.
- OPS (1990) Conferencia Sanitaria Panamericana. Informe de Secretaría.
- ....., (1992) Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Informe de Secretaría.
- .....,(2003) Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44º Consejo Directivo, 55ª Sección del Comité Regional.
- ....., (2003) Promoviendo la salud en las Américas. Atención Primaria de Salud. Presentación en Guatemala.
- ....., (2005) Mejoremos la salud a todas las edades. Manual para el cambio de comportamientos.

- ....., (2006) 47º Consejo Directivo, 58ª Sección del Comité Regional. Informe de la Secretaría.
- ....., (2009) Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. USAID. HSS-SP. Washington – Estados Unidos de América.

Páginas Web consultadas.

- www.definiciones.de.com/rol Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.electroneubio.secyt.gov.ar Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.elricondelvago.com/asistenciasocial Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.eumed.net/libros/2010a/668/asistencialismo Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.equiposalud.blogspot.com Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.inau.gub.uy/biblioteca/ander.pdf Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.kaleidoscopio.uneg.edu.ve/numeros/k06/k06_art01.pdf Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.lavanguardia.es/web/20051105/51196911420.html Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.margen.org./catedras/apunte24 Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.medicina.uach.cl/saludpublica Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.monografias.com/trabajos6 Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.monografias.com/trabajos11 Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.msp.gub.uy Página visitada el 27 de noviembre de 2010.

- www.mundosocial.galeon.com Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.oei.es/valores2/molina.htm Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.prosol.es/main/escritos/castells.htm Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.rau.edu.uy/fcs/dts/mip1/intervencionts.pdf Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.seadpsi.com.ar/saludpublica Página visitada el 27 de noviembre de 2010.
- www.sispro.gov.co/Paginas/AsistenciaSocial.aspx Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www.wikipedia.com/asistencialismo Página visitada el 26 de noviembre de 2010.
- www.wikipedia.com/sentidocomun Página visitada el 4 de diciembre de 2010.
- www. fundanin.org/fressard.htm Página visitada el 1 de mayo de 2011.
- www.mef.gob.pe/contenidos/conta_publ/2003/tomo1/12_GASTO_SOCIAL.pdf Página visitada el 1 de mayo de 2011.

ANEXO 1

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo parte de un enfoque metodológico desde la perspectiva cualitativa, a través de un estudio de caso y como técnica se utilizará la entrevista individual y el análisis de Fuentes secundarias.

TÉCNICA

Se seleccionó la entrevista individual y en profundidad dado que se plantea realizar un estudio exploratorio del papel del Trabajador Social desde su perspectiva, por lo que se coloca el énfasis en el análisis del discurso de los actores.

La otra técnica seleccionada fue el análisis de Fuentes Secundarias, ya que el estudio de las mismas además de permitirnos conocer los estudios que ya se han realizado sobre la temática; también contribuirá en realización de la investigación.

UNIVERSO Y UNIDADES

El trabajo se llevará a cabo a través de entrevistas individuales a los Trabajadores Sociales de los Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el Departamento de Montevideo.

La Red Asistencial del departamento de Montevideo cuenta con doce Centros de Salud que dependen del Ministerio de Salud Pública. Dichos centros están organizados en tres regiones; las mismas son Región Oeste que cuenta con tres Centros de Salud, Región Centro Sur que también cuenta con tres Centros de Salud y Región Este que núclea los seis Centros de Salud restantes.

La selección de los Trabajadores Sociales ha ser entrevistados se hará de forma aleatoria pero teniendo en cuenta esta división por regiones. En los casos de las regiones Oeste y Centro Sur seleccionarán un centro por región y en lo que respecta a la región Este serán dos debido a su mayor tamaño.

CATEGORÍAS ANALÍTICAS

En el presente estudio para dar cuenta del objeto de investigación, el rol del Trabajador Social, se utilizarán las siguientes categorías analíticas: status-rol (en relación con el status de la profesión médica en los centros seleccionados), promoción de la salud, medicalización asistencialismo y asistencia e identidad.

El lugar ocupado, es decir el status dentro de los centros de salud, se observará a través de las manifestaciones de los actores en cuanto perciban o no, estar al mismo nivel profesional que el personal médico. Se espera que quienes consideren que su aporte, por estar respaldado por la formación académica, cuenta con igual importancia jerárquica, expresarán no encontrar diferencias entre las profesiones; en cambio si se percibe que el status del médico es superior, habrá una contradicción en lo que tiene que ver con la interdisciplinaridad pretendida por el nuevo sistema.

El desempeño del rol del Trabajador Social será observado a través del discurso de los mismos. Si dicho desempeño está ligado a tareas asistencialistas, es decir a la solución de problemas inmediatos de los usuarios, estaremos frente a un rol que no ha cambiado en el enfoque de sus tareas en este nuevo sistema, por lo que se podrá afirmar que está ligado al modelo higienista, no siendo motivado para llevar adelante tareas de educación sanitaria en la población, enfocadas a la promoción en salud en mejora de su calidad de vida.

Estamos frente a una sociedad Medicalizada, una sociedad que trata problemas sociales como enfermedades, donde el rol del Trabajador Social está dirigido principalmente hacia la tarea de fiscalizar y, controlar que se cumplan las indicaciones médicas.

En su práctica profesional el Trabajador Social se encuentra en una diyuntiva; la de llevar a cabo tareas asistenciales que si bien satisfacen la demanda de los usuarios, establecen vínculos que posteriormente le permitan ayudarlos a que se valgan por si mismos y el asistencialismo que no es más que dar el pescado pero no enseñar a los individuos a pescar.

El nuevo Sistema de Salud apunta en su legislación a promover como ya se mencionó, el cuidado y la prevención más que la curación; siendo que el Trabajador

Social está formado para ello se debería fomentar que la práctica de su rol fuera de hecho el "deber ser" de éste y, así lograr correspondencia entre el desempeño efectivo y la percepción de tal identidad.

Para observar la misma, es pertinente explorar si perciben que las tareas desempeñadas coinciden con los principios operativos de la profesión, es decir para lo que es formado el Trabajador Social.

Se destaca que los hallazgos tendrán validez para los centros estudiados y en el momento de realizada la investigación, sin pretensión de generalizar los resultados más allá de dicho tiempo-espacio.

ANEXO 2

Pauta de entrevista

1. Como Trabajador Social, ¿cómo define su relación con los demás profesionales del centro? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social se siente parte constitutiva del equipo de salud)
2. En lo que refiere a la jerarquía de los profesionales en la práctica real, ¿considera que hay un antes y un después de la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social percibe o no que su posición en el centro esta subordinada al personal médico)
3. ¿Cuáles diría usted que son las tareas específicas que realiza como Trabajador Social en el centro? ¿Considera que dichas tareas difieren de las que usted cree deberían ser realizadas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social esta conforme con la tarea que realiza y si cree que son pertinentes)
4. ¿Considera que las tareas que realiza en el centro son asistencialistas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social cree que su accionar en la práctica es solamente asistencialista o si recibe motivación por parte del centro para ir más allá del asistencialismo)
5. ¿Cree usted que su accionar esta condicionado por lo que el personal médico espera de su actuación? (el objetivo es determinar si en la práctica, el rol del Trabajador Social se ve limitado por la expectativa de estos profesionales)
6. Respecto a los usuarios, ¿Qué tipo de atención cree que esperan recibir del Trabajador Social?
7. ¿cree que ese punto de vista determina su trabajo? (el objetivo es determinar si la visión que tienen los usuarios del quehacer profesional restringe el rol del Trabajador Social)
8. ¿Qué tareas dejaría de cumplir y cuales incorporaría a su trabajo profesional en el centro para sentirse totalmente identificado con el? (el objetivo es determinar como el Trabajador Social percibe su rol y por ende su accionar en el ejercicio de su profesión)

ANEXO 3

ENTREVISTAS

Entrevista N°1

1. *Como Trabajador Social, ¿cómo define su relación con los demás profesionales del centro? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social se siente parte constitutiva del equipo de salud)*

Es buena, muy buena. Mmm... Yo acá estoy por relación de trabajo y yo la catalogo de muy buena.

2. *En lo que refiere a la jerarquía de los profesionales en la práctica real, ¿considera que hay un antes y un después de la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social percibe o no que su posición en el centro esta subordinada al personal médico)*

En verdad, yo entre al sistema del primer nivel en el 2005, entonces este... lo que yo creo es que no es cuestión de perfil de rol profesional del trabajo social sino en mecanismos de aprehensión a nivel de equipos de atención. En eso si creo que falta mucho por recorrer, a nivel de equipos de salud, para trabajo en equipo, en el sentido de equipo deportivo, de trabajar en grupo; para eso falta mucho. Pero en verdad, no sólo falta en el primer nivel sino que falta en toda la sociedad.
Falta mucho por recorrer, en el sentido de trabajar en el equipo como uno lo plantea académicamente, trabajo interdisciplinario por que en verdad la única facultad que forma para ese tipo de trabajo es la facultad de ciencias sociales y lo forma a nivel teórico. Entonces, los profesionales que salen a campo, los profesionales, todo profesional que salimos a campo, algunos tenemos capacidades adquiridas por fuera de la universidad. Eh... pero creo que no tiene que ver sólo con esto sino con el hecho de compromiso ético con la profesión, con cada profesión no sólo con las del equipo; algunas cosas ayudan más y otras no, este.... por ejemplo los poseedores del conocimiento en matemática son los de ingeniería, los poseedores del conocimiento en la salud son los médicos; bueno eso es una cuestión cultural pero todos la absorbemos, no sólo los médicos.

3. *¿Cuáles diría usted que son las tareas específicas que realiza como Trabajador Social en el centro? ¿Considera que dichas tareas difieren de las que usted cree deberían ser realizadas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social esta conforme con la tarea que realiza y si cree que son pertinentes)*

El abordaje, consulta individual, armar proyectos de trabajo, coordinar con los programas que se están implementando, integrar los programas.
Eh... necesito mayor cantidad de horas, siempre hay horas disponibles para aumentar la carga horaria de los médicos y no del trabajador social y a su vez trabajo social no tiene una posición respecto a, bueno... eh...

asumamos más horas en el centro o no se ha dado la discusión, la verdad sea dicha.

4. *¿Considera que las tareas que realiza en el centro son asistencialistas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social cree que su accionar en la práctica es solamente asistencialista o si recibe motivación por parte del centro para ir más allá del asistencialismo)*

No, no, en verdad no.

5. *¿Cree usted que su accionar esta condicionado por lo que el personal médico espera de su actuación? (el objetivo es determinar si en la práctica, el rol del Trabajador Social se ve limitado por la expectativa de estos profesionales)*

No.

6. *Respecto a los usuarios, ¿Qué tipo de atención cree que esperan recibir del Trabajador Social?*

En verdad espera un lugar de escucha y de reflexión en tanto su situación médica y lo que tiene que ver con su situación médica, este, si es de prevención de enfermedad o de paliamiento de su situación este.... en verdad es bueno ver que pasa y hacia donde ir. Tiene claro además porque es un mecanismo que en general empleo acorde a la mirada que venga en el momento y bueno, que espera usted de esta consulta antes de yo decir nada más y ahí vamos sacando, despejando incógnitas.

7. *¿cree que ese punto de vista determina su trabajo? (el objetivo es determinar si la visión que tienen los usuarios del quehacer profesional restringe el rol del Trabajador Social)*

A mi me orienta, no me condiciona.

8. *¿Qué tareas dejaría de cumplir y cuales incorporaría a su trabajo profesional en el centro para sentirse totalmente identificado con el? (el objetivo es determinar como el Trabajador Social percibe su rol y por ende su accionar en el ejercicio de su profesión)*

La tarea sería buscar un lugar, de hecho no tengo un lugar físico, esto es un salón que si lo necesitan tengo que salir; los miércoles en general me pasa eso y no tengo lugar donde estar. Siempre tengo que estar buscando, negociando. Entonces, eso necesito dejar de hacerlo, eh... para asumir que cosas podría hacer, asumir más tareas de coordinación, capaz externa, no?!
En verdad yo tengo sólo dos días para estar acá, eso reduce bastante y dos días que no siempre son dos días, a veces es uno sólo. Entonces, bueno, reduce bastante mis posibilidades de armar proyectos más a largo plazo, de igual manera los tengo. Pero de tener más horas para estar acá podría dedicar más horas a eso, no?! Atender los programas de forma más activa,

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES BIBLIOTECA

que el médico también se acostumbre a verme, a veces ni saben que estoy o piensan que estoy y no estoy.

Entrevista N°2

1. *Como Trabajador Social, ¿cómo define su relación con los demás profesionales del centro? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social se siente parte constitutiva del equipo de salud)*

Sabes lo que pasa, yo creo que esto es una construcción, la construcción se hace diariamente. El trabajador social es una profesión, parece mentira pero pensamos que todavía es nueva dentro del contexto de la salud, entonces hay algunos mitos y se deposita en nosotros un imaginario que a veces no es.
Los demás técnicos depositan en nosotros la solución de todos los problemas que trae el paciente, para ellos nosotros somos los que solucionamos los conflictos y todos los problemas que el paciente tenga, ya sea que no puede comer, que no tiene vivienda, que se peleo con el marido, que no puede con los hijos, que no viene a la consulta, que no toma la medicación, todo lo que para el profesional es un problema lo deriva al asistente social. Siempre nosotros decimos que somos como el agujero negro, donde va parar todo lo que nadie quiere.
Como lo percibimos, como lo percibo yo, como lo perciben los demás compañeros es una construcción diaria y que a veces nos enojamos desde nuestro interior con el técnico que nos dice, esto no tiene solución para vos y tampoco tiene solución para mí, no hay respuesta desde el punto de vista del Estado de problemas serios que hay, este... y bueno nos quedamos con la misma angustia que todo técnico que no puede solucionar los problemas. Nuestro objetivo tampoco es solucionar los problemas sino también tratar que el otro piense sobre sus problemas a ver que otras soluciones este sujeto puede encontrar a la situación que esta viviendo. Más que nada es un pensar con el otro, ta... Y con respecto a los otros profesionales ya te digo uno construye cosas, a veces construye vínculos positivos, a veces construye vínculos negativos y en ese devenir es que uno como técnico va trabajando.

2. *En lo que refiere a la jerarquía de los profesionales en la práctica real, ¿considera que hay un antes y un después de la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social percibe o no que su posición en el centro esta subordinada al personal médico)*

Creo que hay algunos avances, creo que si, hay algunos avances. Yo no sé si es parte de la Facultad de Medicina que también le ha dicho que no pueden con todo. Este.... también pasa mucho por el otro, no?!, hay médicos que se creen que ellos son Dioses y que todo pasa por la medicina y hay otros que piensan que los problemas no solamente son médicos y que hay problemas sociales que ellos no pueden, no tienen forma de hincarle el diente.

Si siento que hay un cambio, muy leve pero hay, en las cabezas de los técnicos, ta; en que los problemas, la problemática social es tan grande que realmente han dicho, bueno con esto no podemos. Entonces, han dejado, han mandado todo al agujero negro, todo lo que no pueden.
No sé si nos consideran igual, no sé como nos pueden considerar pero... un cambio si, de que ellos no pueden con todo, si.
Es un proceso, no hubo algo que de un día para otro, este... los médicos aun, no les cambia la cabeza y no son sólo a los médicos creo que a todos, aun no nos esta entrando en la cabeza muchos nuevos cambios del modelo. Seguimos bastante estructurados con atender, no con prevenir. Este.... por que nosotros tenemos una explicación y es que la demanda te desborda, entonces no podemos salir hacer prevención cuando tenemos la enfermedad instalada. Entonces, o sea, no nos queda mucho técnico para cubrir la prevención, en el sentido de que hay otros organismos de que están haciendo prevención. Hay otros organismos que hacen más prevención, la parte educativa creo que esta tratando de hacer más prevención a nivel de escuela en el área de la salud, más que nosotros mismos, nosotros la podemos hacer más a nivel individual. Hay cosas, hay espacios de escucha para distintas situaciones que antes no habían, se están formando gente para el tema de la violencia, el tema de drogas, de abuso pero no te digo que hay como una cosa de ta!, ahora salimos, no, todavía no. Pero además es porque tenemos, los casos de abuso los tenemos que seguir atendiendo porque somos las mismas personas que hacemos, que podemos hacer la prevención las que hacemos la atención; ahí me parece que hay como un debe. Me parece que se pasa un poco, los técnicos seguimos siendo los mismos.

3. *¿Cuáles diría usted que son las tareas específicas que realiza como Trabajador Social en el centro? ¿Considera que dichas tareas difieren de las que usted cree deberían ser realizadas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social esta conforme con la tarea que realiza y si cree que son pertinentes)*

Son los pacientes, primero es la escucha, el pensar con el otro, este... y el llegar a acuerdos. Creo que son estas tres cosas que hago en cada entrevista.
Y.. bueno, yo no he podido hacer otra cosa que esto (risas). Si, yo que sé... me parece este... que hay que escuchar lo que el otro trae, hay que pensar con el otro alguna estrategia y bueno, lo que uno puede es ofrecerle desde nuestro conocimiento que es lo que existe y de acuerdo a lo que la persona trae, este... bueno.... a ver cual, que es de lo que podemos acordar, que es la mejor solución para él. Otra cosa no he podido.

4. *¿Considera que las tareas que realiza en el centro son asistencialistas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social cree que su accionar en la práctica es solamente asistencialista o si recibe motivación por parte del centro para ir más allá del asistencialismo)*

No. Yo creo que hay como un 75% y un 25%, un 75% de tratar de que la otra persona piense su situación y un 25% de asistencialismo, de decir esto

es lo que hay para hacer. Me parece que ni siquiera es un 50% y 50%, me parece que hay mucho más de pensar con el otro a ver cual es la realidad, la situación que el tiene. Yo lo que intento siempre es hacer una reflexión, que la persona intente reflexionar sobre su situación, si lo logro si a veces me queda mejor o peor no sé, pero mi intención es esa que la persona de aquí se vaya pensando en si misma, en cual es la situación que trajo y como la puede solucionar ella.

5. *¿Cree usted que su accionar esta condicionado por lo que el personal médico espera de su actuación? (el objetivo es determinar si en la práctica, el rol del Trabajador Social se ve limitado por la expectativa de estos profesionales)*

A veces si, a veces me siento muchas veces embretada en cuestiones que otro dijo que se debería hacer. A veces empiezo una entrevista con ese supuesto, cuando estoy en medio de la entrevista me doy cuenta que el supuesto que trajo el otro profesional no tiene nada que ver con la realidad pero yo me condiciono a eso que me dijeron, que después en el baile yo diga eso no va por ese lado es otra cosa pero yo me condiciono.

6. *Respecto a los usuarios, ¿Qué tipo de atención cree que esperan recibir del Trabajador Social?*

Vienen a que le solucione lo que alguien le dijo que el Asistente Social le iba a solucionar. Por eso a veces vivo desmitificando el rol.

7. *¿cree que ese punto de vista determina su trabajo? (el objetivo es determinar si la visión que tienen los usuarios del quehacer profesional restringe el rol del Trabajador Social)*

Y si, todo te determina, si, si. Ya te digo el viene demandando algo y lo que primero yo hago es responder a la demanda, que una vez que responda a esa demanda pueda volver a pensar sobre su familia, a ver que otras estrategias, que otras cosas pero lo primero es solucionar, solucionar no, escucharle la demanda.

8. *¿Qué tareas dejaría de cumplir y cuales incorporaría a su trabajo profesional en el centro para sentirse totalmente identificado con el? (el objetivo es determinar como el Trabajador Social percibe su rol y por ende su accionar en el ejercicio de su profesión)*

Dejar de cumplir una tarea yo acá no, no, creo que lo que tendría que hacer yo acá son más visitas, es una tarea que la he dejado de lado por la otra función (Coordinadora del Anexo de Salud Mental); eso es un debe a nivel personal, yo Marina deje de hacer visitas y es necesario. Ese es el debe, creo que tendría que hacer más visitas.

Entrevista Nº3

1. *Como Trabajador Social, ¿cómo define su relación con los demás profesionales del centro? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social se siente parte constitutiva del equipo de salud)*

Fluida, nos sentimos integradas al equipo de salud.

2. *En lo que refiere a la jerarquía de los profesionales en la práctica real, ¿considera que hay un antes y un después de la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social percibe o no que su posición en el centro esta subordinada al personal médico)*

Yo creo que si ha cambiado mucho, por ejemplo de pronto este... para ser subdirector o director tenías que ser necesariamente médico, con el nuevo modelo de salud han accedido a la dirección y subdirección parteras, colegas nuestras. Yo creo que hay otra mirada con respecto a los técnicos y a las profesiones. Como que la hegemonía, es lo que se tiende por lo pronto, se esta dando no solamente quedo en el discurso, yo creo que se ha dado. Ahora por supuesto siempre hay un manejo de poder entre comillas, que lo va tener por lo general el médico, no?! y viste, que esta muy arraigado pero hay apertura. Ahora esta todo lo de los médicos de familia, que van a ver se esta haciendo mucho hincapié en eso pero en los equipos de salud también, a todos los equipos. Y con respecto a nuestro trabajo nosotras trabajamos hacia la comunidad y con la comunidad, no?! pero ahora como que se oficializó más y se extendió más a otros profesionales que antes vivían más en el consultorio. Son procesos lentos pero que ya se ve un cambio, nosotros siempre fuimos de salir, siempre estuvo de nuestro rol y trabajamos en la atención primaria siempre, digo más bien un nivel preventivo y de promoción hace años, este.... pero ahora se esta generalizando a todo el equipo, una nueva óptica, una nueva mirada, digo que nos ta teniendo en cuenta. Ahora el otro escuche que, no lo sabia yo, que van a tomar parteras que hagan exclusivamente visitas.

3. *¿Cuáles diría usted que son las tareas específicas que realiza como Trabajador Social en el centro? ¿Considera que dichas tareas difieren de las que usted cree deberían ser realizadas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social esta conforme con la tarea que realiza y si cree que son pertinentes)*

Concretamente, por ejemplo técnicas, entrevistas a las situaciones que nos derivan otros técnicos dentro del equipo, son visitas domiciliarias cuando la situación lo amerita, en caso de que haya un alto riesgo social o en el caso que el técnico o nosotros cuando hagamos el pre-diagnostico o el diagnostico consideremos que hay que hacer un conocimiento del domicilio, del contexto donde vive la persona, este... bueno lo otro sería trabajar en la comunidad, que se trabaja con la comisión de usuarios y con la red de ciudad vieja.
No, no considero que difieran. Este... de pronto hacer más de promoción y prevención. No creo que difiera, al contrario.

4. *¿Considera que las tareas que realiza en el centro son asistencialistas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social cree que su accionar en la práctica es solamente asistencialista o si recibe motivación por parte del centro para ir más allá del asistencialismo)*

Se prioriza por un lado lo asistencial, yo considero que lo asistencial es muy difícil dejarlo de lado, no?! porque el usuario lo, no es que sea asistencialismo. Desde el punto de vista nuestro lo podes ver como asistencialista pero que se prioriza más lo asistencial de los demás técnicos, de los médicos, de las parteras, las nutricionistas porque claro, este... las personas lo demandan. Entonces hay veces que por más que vos quieras instrumentar con todo el equipo tareas de promoción o de prevención es más complejo, porque los otros técnicos tienen que cumplir con un número muy alto de atenciones diarias, un médico tiene como 20 lugares o más y las nuestras son mucho más libres, nosotros tenemos 5 para ver como máximo, el resto nosotros nos dividimos como lo hacemos, si trabajamos en la comunidad, si hacemos reuniones, si vamos hacer visitas, reuniones intra y extra centros, con otros efectores para abordajes en conjunto de situaciones, digo... que eso se hace mucho acá. Tratamos que las tareas que aquí se hacen sean más de promoción y prevención; lo que pasa es que esta esto... de que también el equipo de salud tiene la idea de que hay cosas que se hacen de una determinada manera, nosotros hemos tenido encontronazos pero como hemos llegado a acuerdos con el colectivo no lo hacemos.

5. *¿Cree usted que su accionar esta condicionado por lo que el personal médico espera de su actuación? (el objetivo es determinar si en la práctica, el rol del Trabajador Social se ve limitado por la expectativa de estos profesionales)*

No, vos sabes que eso ha cambiado bastante. En muchas cuestiones esta instaurado protocolarmente, como los protocolos están armados con una mirada médica evidentemente, entonces, claro a veces medio que choca, no?! De repente se espera de nosotros soluciones mágicas o es que ellos no saben, por supuesto ellos no saber que hacer con una situación que se les plantea van a nosotros como para ya... los que te conocen no lo hacen pero a los que todavía no les has marcado la cancha, claro...digo... son situaciones que nosotras después las vamos manejando.

6. *Respecto a los usuarios, ¿Qué tipo de atención cree que esperan recibir del Trabajador Social?*

Vienen a plantear situaciones diferentes, creo que también esta la visión de que cuando la entrevista marcarle uno que es lo que esta en condiciones de dar, no?! No crear falsas expectativas, claro porque ellos vienen con expectativas de que hasta el médico les dijo que nosotras le íbamos hacer tal cosa y no es así. Entonces vos tenes que traerlos a tierra muchas veces, contextualizar, es un poco el trabajo. Claro... un tema que siempre se da mucho es con el tema de la alimentación, que por ejemplo vienen personas carenciadas, solicitarnos un informe para después llevarlo a INDA y nosotros lo

hacemos entender que para otorgar la canasta en caso puntual tienen que cubrir ciertos criterios de inclusión, tienen que ser pacientes oncológicos, diabéticos, renales que no es por situaciones de alto riesgo social como antes, si se les puede orientar para la tramitación de la tarjeta del comedor, para la tarjeta del MIDES.

7. *¿cree que ese punto de vista determina su trabajo? (el objetivo es determinar si la visión que tienen los usuarios del quehacer profesional restringe el rol del Trabajador Social)*

Y... a veces, si. Porque si la persona viene con esa demanda si vos no se la satisfaces, evidentemente no vas a poder seguir trabajando nada más; hay que hacerla pero si marcando... Por ejemplo MIDES creía que nosotros teníamos que hacer el informe, como ustedes los conocen y ellos eran los que hacían las visitas, entonces en eso tuvimos como un ida y vuelta.

8. *¿Qué tareas dejaría de cumplir y cuales incorporaría a su trabajo profesional en el centro para sentirse totalmente identificado con el? (el objetivo es determinar como el Trabajador Social percibe su rol y por ende su accionar en el ejercicio de su profesión)*

Trabajar un poco más la parte preventiva con grupos como lo hemos pensado, que se nos resulta difícil porque no es solo el dicho, tenemos que hacer muchos registros, que nos llevan mucho tiempo, registrar en la historia, por supuesto hacer el informe, este... hacer los partes, codificar los partes, valorar violencia doméstica si o no, todo viste... entonces al final somos depositarios de un montón de programas y a mi me gustaría estar en exclusividad para un programa, para mi eso sería lo ideal. Estar en exclusividad trabajando para un programa solo, entonces abocarte ahí, dedicarte a eso, porque como que abarcas un poco de todo y es complejo.
El abordaje son todo un proceso, una primera entrevista puede venir con un montón de... y nosotras acá muchas veces vemos una sola vez a la persona, porque la demanda es esa, se atiende la demanda. Hay personas que vuelven mucho, pero de pronto adultos vienen por casos puntuales y tampoco te podes poner hacer trabajo con cada uno, viste?! Es imposible.

Entrevista N°4

El primer nivel es fundamental porque es un filtro adecuado, si es bien llevado es un filtro adecuado porque para en cuanto a los recursos económicos, recursos humanos, en fin y además hay cosas propias del primer nivel; yo que sé a ti te duele un brazo y no vas a ir a un hospital para que te un traumatólogo cuando de pronto es un dolor muscular debido a que hiciste algún esfuerzo. Es decir, hay muchas razones que están todas en la teoría para lo que sirve la atención primaria, no?! Este... entonces en nosotros recaen muchas expectativas y en lo que nos cabe a nosotros hay mucha frustración, yo te hablo desde el punto de vista del centro de salud, no?!.
No, no mira lo que hay en sí son coordinaciones pero no trabajo en equipo. Para que hubiera trabajo en equipo nos tendríamos que reunir con el médico tratante, con especialista si lo hay, la nurse de turno y entonces hacer un trabajo elaborado; por ejemplo hay pacientes que se atienden tanto en la parte digamos más biológica y que se atienden en salud mental, bueno salud mental es un feudo que según ellos trabajan en equipo, me parece bárbaro, genial, pero al cual tu no podes penetrar. Si tu tenes, obviamente porque la práctica te dice, una persona descompensada, una persona que te habla de suicidio, ellos te dicen que vaya a la emergencia del Vilardebó, esta bien, pero.... tampoco hay nada que nos permita a nosotros por ejemplo acelerar algo que tiene que ver con lo social. Te explico, para ingresar al Piñeiro del Campo la persona tiene que llenar un formulario, la persona no, en realidad quien llena el formulario es el Asistente Social y el médico que lo atiende en cuanto a todas sus características y todas sus patologías, es el que le manda hacer las rutinas y además tiene una parte de atención exclusivamente en salud mental porque son test que deben hacerlo para evaluación para el ingreso al Piñeiro, entonces hay un desfasaje brutal porque mientras la persona viene saca número o es una consulta espontánea y yo con los documentos en la mano, si ya la conozco, si ya la he visitado y demás, le lleno el formulario, en salud mental tienen sus días, repetidoras, sus horas de consulta, sus horas para salir, es decir, son mucho mejor estructurados que nosotros. Yo no critico el sistema a la interna, pero, es decir, es como que nosotros no tenemos un trabajo en coordinación, para nada, es más, ya te digo, así vea un a persona en pleno delirio, tu no se la podes mandar a ellos porque si no tienen orden de un médico de medicina general sabes que no pueden sacar hora en salud mental.

1. *Como Trabajador Social, ¿cómo define su relación con los demás profesionales del centro? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social se siente parte constitutiva del equipo de salud)*

Ya te dije, acá no existe un equipo de salud, lo que hay son coordinaciones, yo coordino muy bien con tal médico, con tal otro, el otro me odia y yo lo odio (risas), me llevo bárbaro con el fisiatra y el se lleva bárbaro conmigo; entendes?! Tenemos ese tipo de vínculo referidos al mismo paciente pero no existen instancias, salvo en el programa "embarazo adolescente", que funciona como un programa, no existen trabajos en equipo. Nos contamos lo que hacemos, mira que te mande a fulano, si ta y mira que yo le hice tal cosa pero digo, no existen instancias para sentarse y organizar y de más; porque esta el multi empleo, en primer lugar, en segundo lugar a ti te exigen, no te exigen pero hay un cierto elemento que se llama productividad, entonces cuanto más atendes, mejor sos entre comillas, no?! A mi me parece que es más importante

la calidad que la cantidad pero bueno en fin. Este... en realidad nuestro rol acá, especifico, mi compañera es joven, tiene 28 años, divina, una excelente Asistente Social, perdón, Licenciada (risas) una excelente Licenciada, este... esta en el programa adolescente y bueno es muy activa y esta trabajando en eso y yo hago más el trabajo de adultos y adultos mayores, es decir, hay problemáticas que si esta mi colega y son problemáticas de las que trabajo yo no les dice vengan mañana, la atiende ella de la misma manera que si viene una chiquilina embarazada, le tomo todos los datos, le hago la ficha y le digo que la va seguir atendiendo la otra asistente social, que es la que te va seguir en tu embarazo.

2. En lo que refiere a la jerarquía de los profesionales en la práctica real, ¿considera que hay un antes y un después de la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social percibe o no que su posición en el centro esta subordinada al personal médico)

No, yo personalmente no veo diferencias. No veo diferencias en la medida de que desde que yo los conozco están atendiendo numéricamente no en calidad por que eso yo no lo puedo saber, igual, dan los mismos números, ta, ta, ta.... Para mi se trabaja de la misma manera. Lo que si he notado es que hay un cambio, quizás muy sutil en el vínculo con el usuario, el usuario se hace oir más y el técnico escucha más. Pero la relación entre nosotros es por amiguismo, si te llevas bien con fulano estas en la misma posición si no te llevas bien, no te llevas y punto. Yo nunca trabaje en Salud Pública siendo secretaria de ningún médico.

3. ¿Cuáles diría usted que son las tareas específicas que realiza como Trabajador Social en el centro? ¿Considera que dichas tareas difieren de las que usted cree deberían ser realizadas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social esta conforme con la tarea que realiza y si cree que son pertinentes)

El trabajo acá adentro consiste primero en tener mucha paciencia y grandes orejas, tener toda la buena disposición para escuchar lo que la gente quiera decir, porque muchas veces la demanda es una pero en realidad empezas a rascar un poquito y se abre todo un... entonces, hay que saber escuchar eso es lo fundamental y después que podemos hacer por esa gente? Podemos derivarla a INDA, podemos hacerle una carta al MIDES, lo cual hasta ahora no ha tenido mucha respuesta. El MIDES como que no nos da bola.
Las tareas específicas son escuchar a la gente y después orientarlas hacia donde tienen que ir, nosotros no le hacemos trámites, pero si le damos todo servido para que la gente pueda hacerlo.

4. *¿Considera que las tareas que realiza en el centro son asistencialistas? (el objetivo es determinar si el Trabajador Social cree que su accionar en la práctica es solamente asistencialista o si recibe motivación por parte del centro para ir más allá del asistencialismo)*

En el centro no hacemos tareas asistencialistas, de ninguna manera, nosotros sobre todo tratamos de educar, en lo que tiene que ver con violencia doméstica, lo que tiene que ver con los derechos de las mujeres, en lo que tiene que ver por ejemplo con el tratamiento de los ancianos.

5. *¿Cree usted que su accionar esta condicionado por lo que el personal médico espera de su actuación? (el objetivo es determinar si en la práctica, el rol del Trabajador Social se ve limitado por la expectativa de estos profesionales)*

No, yo recibo pases de médicos, ta?, yo hago pases para médicos. Que no son pases en realidad, son cartas, solicitudes para observar su conducta, su discursos en ciertos temas que pueden llegar a ser significativo; después si el médico lo hace o no lo hace, no lo sé.

6. *Respecto a los usuarios, ¿Qué tipo de atención cree que esperan recibir del Trabajador Social?*

La mayor parte viene por recursos comunitarios. Esos recursos comunitarios incluyen, lo que le pueda brindar INDA, comedor, canasta según sea el caso o la edad, información sobre problemas domésticos como *"mi marido me pega, ¿qué hago?"*.
Bueno, tu me preguntabas que vienen a buscar, a veces están ahí sentados esperando un médico, vacunación lo que sea y me sienten despedirme de la gente, entonces, la gente mira porque no sabe bien para que le puede servir el trabajador social, sobre todo el adulto mayor y entonces entra y dice *" puedo hacerle una preguntita"* y las preguntitas por lo general son casos, y puede derivar en un mundo. Y también vienen demandando auxilio en asuntos legales, entonces ahí los orientamos hacia los centros de mediación, defensoria de oficio, juzgados especiales de familia, depende de lo que se trate. Este, ya te digo, recursos comunitarios, ingreso al Piñeiro, recursos comunitarios desde el punto de vista legal, refugios por que tan en situación de calle.

7. *¿cree que ese punto de vista determina su trabajo? (el objetivo es determinar si la visión que tienen los usuarios del quehacer profesional restringe el rol del Trabajador Social)*

Si y no, por que si la persona viene con una demanda concreta, requiere una respuesta mía concreta, entonces eso me condiciona sí, después vos entablas una relación con el usuario y podes seguir trabajando.

8. *¿Qué tareas dejaría de cumplir y cuales incorporaría a su trabajo profesional en el centro para sentirse totalmente identificado con el? (el objetivo es determinar como el Trabajador Social percibe su rol y por ende su accionar en el ejercicio de su profesión)*

Bueno, como dejar de hacer, dejaría de atender los casos de violencia sexual contra niños, eso es algo que a pesar de mis años, que son unos cuantos, todavía y no voy a poder nunca, poner la suficiente distancia emocional para

actuar desde lo profesional, aun hoy me modifica mi estado afectivo. Y como hacer, me gustaría ser parte de un grupo de adultos mayores que funciona acá en el centro.