

TRABAJO FINAL

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL MODALIDAD A DISTANCIA

*Bloj Noguera, Karina Judith
Gómez, Nora Lilián Elba*

AÑO 2.000

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO
FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIALES Y DE
LA SALUD

INDICE

INDICE

	Pags.
TEMA	1
FUNDAMENTACION	2
OBJETIVOS	
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	
METODOLOGIA	4
MARCO TEOPICO	
Historia Provincia del Chaco	5
Caracterización Económica Social	6
El Trabajo Social	11
Funciones del Trabajador Social	18
Políticas Sociales en la Prov. Chaco	63
HISTORIA Y CONTEXTO DE LOS PROGRAMAS DESARROLLO Y ASISTENCIALES	
Programa Fopar	66
Programa de Salud Mental	74
DESARROLLO	
Programa FOPAR	80
Definición de Funciones	86
Cuadro N°1:Datos Procesados	88
Análisis	95
Cuadro N°2:Datos Procesados	96
Análisis	102
Interpretación	104
Programa Salud Mental	107
Definición de Funciones	112
Cuadro N°1:Datos Procesados	114
Análisis	124
Cuadro N°2:Datos Procesados	125

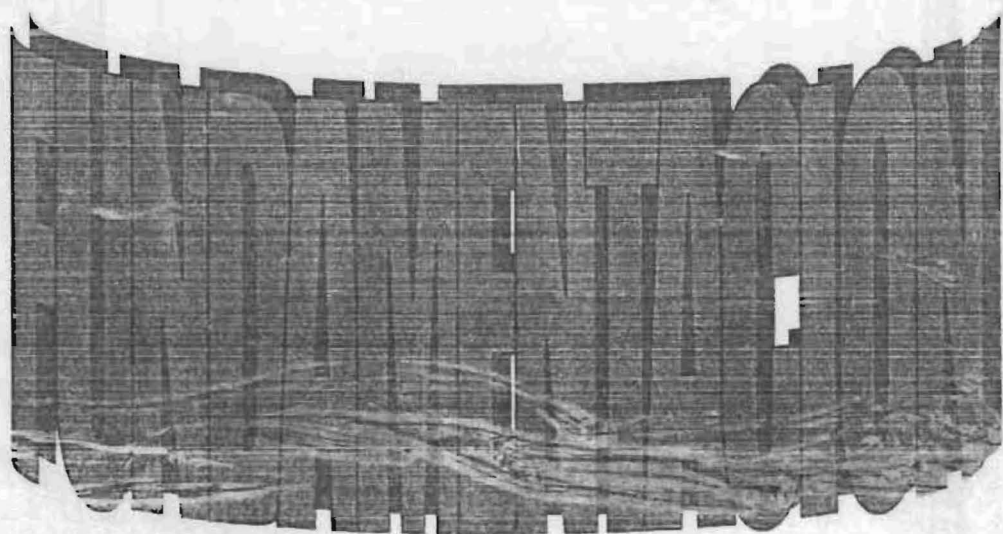
INDICE

Pags.

Análisis	133
Interpretación	134
CONCLUSIONES	
Conclusiones Generales	137
Propuestas Resaltadoras de Potencialidades	141
BIBLIOGRAFÍA	
Referencias Bibliográficas	143
Bibliografías Consultadas	145
ANEXO	

TEMA

**“Limitaciones
y
Potencialidades
del Trabajador Social
en los ámbitos de Programas
de Desarrollo y Asistenciales”
Resistencia – Chaco -
1.997 - 2000**



1- INTRODUCCION

Históricamente el rol del Trabajo Social ha pasado por diversas etapas que tuvieron que ver con los diferentes momentos históricos sociales, económicos y políticos, lo que produjo cierta indefinición en el quehacer profesional.

Por lo que, la práctica concreta de los trabajadores sociales implica la definición de esta realidad. Lo que requiere un análisis institucional y no institucional donde estos operan desde el "como se llevan a cabo" las actividades.

El interés por la temática que se plantea, constituye una preocupación constante del accionar del profesional dentro de los diferentes ámbitos laborales, considerando que las limitaciones existentes pueden ser compartidas, posibilitando por medio de un análisis rescatar las potencialidades del Trabajador Social.

Es importante socializar las miradas desde dos puntos de vistas, apoyadas en prácticas profesionales en ámbitos diferentes.

El trabajo es desarrollado por las alumnas Nora L.E. Gómez , quien se desempeña en el área de la Salud Mental y Karina J. Bloj Noguera en el ámbito del programa FOPAR.

BIENOS

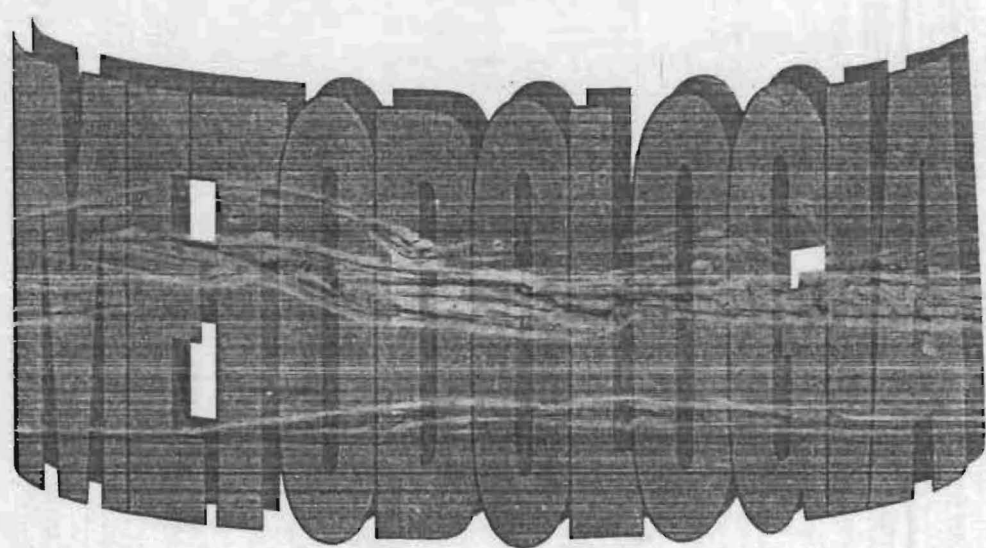
2- OBJETIVOS

Objetivo General

- ♦ Conocer las funciones y prácticas del Trabajador Social en ámbitos de programas sociales.

Objetivos Específicos

- Contextualizar los Programas Sociales.
- Describir las funciones y prácticas del Trabajador Social.
- Reflexionar sobre los obstáculos y posibilidades de las practicas de los Trabajadores Sociales en los Programas Sociales.



3- METODOLOGIA

Este trabajo tiene por objetivo realizar un análisis exploratorio y descriptivo de las limitaciones y potencialidades que tiene el Trabajador Social como profesional dentro de un marco Institucional y como ejecutor de las Políticas Sociales.

Primeramente se aborda la teoría a través de un recorrido bibliográfico de fuentes secundarias cuya información es compartida.

No se pretende realizar una recopilación bibliográfica exhaustiva de la teoría existente, sino desarrollar solo textos acotados a la temática.

Debido a que el tema a considerar es de naturaleza compleja, no se desea realiza un análisis profundo de las causas, sino plantear situaciones que servirían a futuras investigaciones.

Para lo cual se emplea como instrumento de recolección de datos, una planilla, confeccionada a los efectos de relevar la información necesaria para constatar como se dan en la práctica, las funciones y actividades escritas en los: Programa FOPAR (Fondo Participativo de Inversión Social) enfocado a trabajos comunitarios y del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

La confección de cuadros facilitará el análisis y posteriormente la interpretación, entre lo escrito en los programas y el como se lleva a cabo en la práctica.

El instrumento se aplica a los trabajadores sociales que intervienen en cada programa.

Lo que resulte de la experiencia del trabajo, servirá para delinear potencialidades que redunden para el desarrollo personal y profesional del Trabajador Social.

MARCO

GEORICO

4- MARCO TEORICO

4-1- HISTORIA

PROVINCIA DEL CHACO

"Los orígenes de la Provincia del Chaco, son recientes con relación a los asentamientos de la región del NEA, como por ejemplo: la vecina provincia de Corrientes.

Estos orígenes explican el estado de utilización del espacio urbano, por parte de la población y sus condiciones de vida.

En el censo de 1.895, el territorio Nacional del Chaco, poseía sólo 10.422 habitantes, de los cuales 2.342 eran urbanos y 8.080 rurales.

El período intercensal 1.895 – 1.914 se caracterizan por la implementación de una importante red ferroviaria a partir de las operaciones militares que se realizan entre 1.991 y 1.912, eliminan definitivamente la resistencia de los indígenas.

Para 1.914 la población se ha cuadruplicado.

La actividad económica principal fue la explotación forestal, orientándose paulatinamente hacia la producción taninera, instalándose en 1.906 la primera fábrica de éste producto.

En 1.926, se produce un significativo incremento en el cultivo del algodón que en ése año alcanza las 100.000 hectáreas cultivadas.

En éste período intercensal, el chaco se coloca a la cabeza de todas las jurisdicciones por su crecimiento con una tasa del 48,8 por mil anual, no sólo por el crecimiento vegetativo sino por el aporte inmigratorio de países europeos (polacos, yugoeslavos, búlgaros, checos, etc).

En el período que alcanza hasta 1.960, evidenciando el pico del crecimiento económico, comienza un ciclo recesivo, y se acompaña de un crecimiento anual medio del 17,4 por mil que preludia el éxodo que se produciría en los años subsiguientes." (2)

"La distribución de la población en el territorio muestra la firme tendencia al asentamiento en centros urbanos y a la consecuente disminución de la población rural.

Con relación a la situación de la ciudad de Resistencia, en éste breve comentario sobre el proceso de urbanización del territorio puede aseverarse que al coincidir el asentamiento con la sede del gobierno provincial, se ha expandido notoriamente el sector servicios, generando una demanda significativa de mano de obra y colaborando, de ésta manera en la atracción de población del interior.

Por otra parte, éste asentamiento de ha constituido en una plaza natural de las inversiones oficiales, lo que se ha traducido en la presencia de una acumulación de infraestructura y equipamiento de mayor nivel y capacidad que el resto del sistema urbano.

Esta situación incide que la ciudad se transforme en el medio de vinculación natural con el resto del país.

El proceso de inmigración y desplazamiento de la población del interior a la ciudad capital generó como en otras partes del país, un grave problema social, al dar lugar en un primer momento a la proliferación de asentamientos precarios, en condiciones deficitarias de vida para amplios sectores de la población."(2)

"Como en la totalidad del territorio nacional la forma de dar respuestas a la grave situación planteada, la constituye la política habitacional desarrollada a través de la implementación de los planes de viviendas FONAVI, que fueron acelerados al máximo como modo de sustentar el sistema de construcción y empleo.

Esto significa:

- ♦ Implementar proyectos de viviendas pensados para sistemas urbanos de mayor dimensión y construirlos en terrenos carecientes de infraestructuras adecuadas."(2)

4-2- CARACTERIZACION

Base económica – Social

"La provincia del Chaco está ubicada en la región NEA, limita al norte con la provincia de Formosa; al este con la República del Paraguay y la provincia de Corrientes, al sur con la provincia de Santa Fe y al oeste con las provincias de Santiago del Estero y Salta.

La población total de la provincia es de 918.711 personas (según datos aportados por la Junta Provincial de Defensa Civil).

La mayoría de las ciudades del Chaco se caracterizan por tener una base urbana industrial reducida, con un sector terciario compuesto por el sector público, sectores de intermediación de baja productividad que se constituyen en las autoridades receptoras de la mano de obra que no emplea el complejo agroindustrial.

La provincia revela una economía de base eminentemente agraria con predominio del cultivo del algodón, reproduciendo en su espacio interno vínculos de inserción marginal con heterogeneidades al interior de su propio espacio.

El espacio provincial se caracteriza por la resistencia de agentes económicos vinculados a procesos productivos con eslabonamientos de carácter horizontal y vertical, cuyos excedentes económicos no se traducen en inversión, colocando a la provincia como exportadora primaria esencialmente.

El modelo de funcionamiento, traduce rigidez ante la incapacidad de generar dentro de su propio espacio adaptaciones que dinamicen el sistema, como así también, dificultades para reposicionarse ante una catástrofe, evidenciando el alto grado de vulnerabilidad al que está sometido el sistema productivo global."(3)

"Al nivel poblacional se presenta un fuerte desplazamiento interno manteniéndose el éxodo rural hacia los sectores urbanos en busca de trabajo estable y mejores condiciones económicas. Esta expulsión demográfica que se ha ido agudizando en los últimos años, se agravó con la actual crisis climática" (3)

"Un pilar importante en la reconversión económica se encuentra en el sistema cooperativo.

La población evoluciona por sus propios medios, compuesta por familias de escasos recursos, crece por su expulsión de las áreas rurales y se localiza en terrenos fiscales o privados (no habitados) conformando numerosos asentamientos.

Los asentamientos precarios conforman verdaderos bolsones de pobreza donde el hábitat deteriorado se le suma la inestabilidad laboral de ingresos.

Teniendo en cuenta el deterioro global de las condiciones de vida de la población, el desplazamiento de las mismas con instalación en nuevos asentamientos, aumenta en la densidad de la población, nuevos hábitos higiénicos, deficientes saneamientos básicos, cambios ecológicos por el lento escurrimientos de las aguas y deterioro de la infraestructura de los servicios de Salud, que sobre los cambio poblacionales, alteración de los perfiles epidemiológicos y alteraciones en el medio ambiente con gran impacto sobre la calidad de vida de las personas.

Además debe considerarse el mayor riesgo a enfermedades proporcionales al grado de endemidad preexistente.

A ésta situación, contribuye el desplazamiento de población por asentamientos de las mismas en cinturones urbanos con hábitos de higiene rural y deficientes servicios de saneamientos."(3)

La caracterización de la base económica social de la provincia del Chaco, nos da un perfil de la población beneficiaria contextualizando el ámbito donde se desarrollan los Programas FOPAR y de Salud Mental.

5- EL TRABAJO SOCIAL

La profesión de Trabajo Social encuentra sus orígenes en los finales del siglo XIX. Las fundaciones que hoy son razón de ser, fueron asumidas en el pasado por la comunidad, la familia y la Iglesia. Conforme el poder de la Iglesia fue declinando con el advenimiento de las naciones – Estado, el Bienestar Social comenzó a consolidarse como institución. Muchas de éstas funciones empezaron a ser ejecutadas por Organizaciones privadas de tipo filantrópico y por el Estado. (8)

El Caso Social Individual evoluciona sin compromiso explícito de articulación al concepto filosófico de ser humano, que era sustentado por la práctica. Una Acción Social de ésta índole, basada principalmente en un conjunto de métodos pragmáticos y teorías incompletas, es limitada, quedando expuesta a cambios cuando surjan nuevas construcciones.

Según Gilbert y Specht (1.977) el Trabajo Social refleja tres características que los diferencian de otras profesiones.”(8)

“Primero: el Trabajo Social comenzó como una empresa de carácter voluntario y privado dentro del movimiento filantrópico.” (8)

“En segundo lugar. La profesión se desarrolló durante las primeras etapas como una amalgama de especialidades, que eran concebidas como funciones auxiliares de otras profesiones en una variedad de contextos organizacionales.

La tercera: se refiere al hecho de casi hasta mediados de siglo, la profesión estuvo integrada casi exclusivamente por mujeres.

Cada una de éstas características, ha tenido un impacto profundo en la evolución de la profesión y aún hoy en día, continúan incidiendo en mayor o menor grado.

Debido a su origen, como una empresa de voluntariado privado, los tempranos métodos de intervención, sustentan soluciones individualistas a los problemas sociales y no alternativas comunitarias o colectivas.

Por "soluciones individualistas" se refiere a la prestación de servicios que se proponen atacar "deficiencias" en el cliente, antes que deficiencias en la estructura institucional o en los factores sociales que producen las diversas problemáticas objeto de atención del Trabajo Social. La solución individualista clásica en este sentido, es el Caso Social (Clínico o psiquiátrico)."(8)

"Durante este siglo, el Trabajo Social ha venido creciendo como empresa profesional. Expandiéndose conforme al sistema de Bienestar Social, evoluciona y adquiere status institucional. Claramente el Trabajo Social, ha de ser una forma de acción social preocupada por atender exclusivamente necesidades residuales de los individuos.

"Estructurada y encuadrada por organizaciones religiosas en sus orígenes, la práctica del Trabajo Social se inspiró y se fundamentó, ideológicamente en los valores religiosos tradicionales de la aceptación del mundo como un designio inmutable de la "providencia". Se puede decir que el Trabajo Social consistía en el refuerzo de la moralidad y la sumisión de la clase dominada. Era, por lo tanto, el control social de la familia obrera para adecuar y ajustar su comportamiento a las exigencias del orden social establecido."(9)

"El orden social suponía la sumisión, el acatamiento de las relaciones sociales de dominación articulada con un orden divino. Pero estas relaciones de dominación se estructuran a partir de las relaciones de producción, en cuanto es una forma de mantener la acumulación del capital. Los problemas sociales eran considerados tan sólo como una falta de encaje, de armonía en las relaciones entre grupos - individuos."(9)

"Abusos de unos y rebeliones de otros parecían tan sólo defectos de las personas y no un problema de las estructuras.

Esta tarea parecía imprescindible a los Trabajadores Sociales para aliviar el sufrimiento y mejorar la situación de millares de seres humanos. Ahora bien, el intento de realizar tal trabajo era ya el resultado de una visión ingenua y maniqueísta de la sociedad. Ingenua porque presuponía la solución de los problemas globales partiendo de cada uno de ellos aisladamente. Maniqueísta porque dividía al mundo en buenos y malos. Abusadores y no abusadores, rebeldes e integrados." (9)

"Esta ideología liberal permitía a la clase dominante justificar una ayuda arbitraria y paternalista a la clase dominada y, al mismo tiempo, autojustificarse frente a las exigencias de su relación con éstas clases.

La propia urbanización fue también propiciando nuevas formas de agrupamientos y movilización de la población sometida al capital.

Era necesario regular las relaciones globales entre grupos, sectores y poblaciones.

Este proceso de regulación se hace a través del propio Estado."(9)

"El Trabajo Social llegó a incorporar la ideología de la tecnocracia, de la planificación, como una forma de regulación de los problemas sociales. Se creía en la eficacia de una racionalidad global que propiciaría una mejor adecuación y distribución de los recursos y una reequilibración de los conflictos.

Las Políticas Sociales, llegan a ser una forma de regulación de las contradicciones del proceso de acumulación exacerbadas por las propias tendencias históricas de la población y por la presión de las clases dominadas."(9)

"La crisis de la planificación como forma de regulación y más aún la organización y las luchas de los sectores dominados llevaron a los Trabajadores Sociales a una crisis. Crisis no sólo con relación a su papel dentro de las Políticas Sociales, sino también de su compromiso de su ubicación ideológica frente a los conflictos de clases y grupos sociales.

Esta crisis provocó en América Latina al mismo tiempo, una angustia frente a las exigencias de transformación de la estructura y presiones de las clases dominantes por mantener su sistema de dominación.”(9)

“Los Trabajadores Sociales buscaron una respuesta a éste desafío, en primer lugar cuestionando su metodología de acción. Tal cuestionamiento tuvo como blanco principal precisamente la ideología de la adaptación, de la integración y de la utopía de la solución caso por caso.

El marco de referencia teórico funcionalista de reequilibración se tornó impotente para ayudar a los Trabajadores Sociales más conscientes en las solución de esta crisis, y menos todavía en el encauzamiento de acciones que pudieran contribuir al lanzamiento de nuevas formas de actuación.”(9)

“En algunos países de América Latina, sin embargo, la propia clase obrera ya había adoptado una forma de organización inspirada en el materialismo histórico y tenía como política la transformación de la sociedad.

El contacto de los Trabajadores Sociales con éstos movimientos, con la discusión del marxismo en la universidad y en los movimientos populares, permitió que el materialismo histórico y dialéctico se tornaran una alternativa teórica capaz de abrir perspectivas a la práctica del profesional.”(9)

“Algunos asumieron la visión materialista como una acción militante. Para ello ya no era posible separar la acción política inmediata, la lucha por el poder, de la actuación profesional.

Otros se rehusaron terminantemente a ver ésta perspectiva, encerrándose en la posición conservadora y negando hasta la posibilidad de una discusión teórica al respecto.

“En la política del Trabajo Social se ve claramente la interpretación del individuo como “caso, grupo y comunidad” transformando a los sujetos de procesos de solución de problemas en una cadena de relaciones individuales. Así se caracteriza una práctica ideológica, produciéndose el efecto de reconocimiento/desconocimiento de las relaciones sociales.”(10)

"La práctica del Trabajo Social interpela como sujetos, en forma aislada de la clase a individuos y grupos específicos definiendo sus funciones y papeles en las relaciones inmediatas entre sujetos que evidencian problemas de desajustes.

En la medida que el Trabajo Social Latinoamericano se vio en forma exclusiva vinculado orgánicamente a la hegemonía burguesa, su lenguaje se transformó en porta voz del liberalismo, con mensaje que defiende el progreso, la paz, la protección, la cooperación. La estrategia ideológica de la burguesía se vinculaba a una estrategia política de cooptación.

Las luchas sociales y las crisis internacionales llevaron a los oprimidos a elevar su voz y manifestar su fuerza y se modificó la relación del Estado latinoamericano y las clases sociales. El desarrollismo sirvió de interpelación de los individuos como sujeto de un proceso grandioso de una nueva racionalidad. El Trabajador Social se ubica en ésta estrategia como mediador del proceso de crecimiento general hacia proyectos de "interés común, "de integración " Estado- Pueblo".(10)

"La ideología sólo puede ser entendida en la lucha de clases, en la lucha política.

Esta lucha ideológica, se fue "politizando" cada vez más "por la confrontación que se fue procesando en el propio aparato del Estado."(10)

"Surgió entre los Trabajadores Sociales una discusión sobre la relación entre la dialéctica y el Trabajo Social, en primer lugar, con relación al método de trabajo. Se buscaba, una respuesta a la crisis profesional."(9)

"Los llamados " modelos de intervención" surgidos a mediados de la década del 70 intenta diferenciarse de los métodos clásicos, en su concepción de la sociedad y en las formas o procedimientos sugeridos para conocer una realidad e intervenir en ella. Varios de estos intentos alternativos, por estar teñidos de una actitud dogmática y formalista en el análisis, fracasaron como modelos alternativos."(5)

"Los modelos de intervención profesional, diseñados pretendidamente para operar sobre las causas y no sobre los efectos, contribuyeron a la frustración de sectores estudiantiles y se demostraron inoperantes para profesionales de campo. Esta respuesta, en la errónea comprensión de que el método se configura con independencia al objeto de intervención, y por lo tanto, puede ser indistintamente aplicado a cualquier situación profesional, centró sus esfuerzos en ofrecer un método previamente elaborado, que no permitía desarrollar la capacidad de analizar y pensar sobre el método diseñado."(5)

"La crítica de la metodología del Trabajo Social se ha producido en dos sentidos: a) con el cuestionamiento y reformulación del significado, valores, técnicas de los llamados métodos clásicos (caso, grupo, comunidad) y del método básico, y b) con la formulación de propuestas o modelos de intervención alternativos, llamadas propuestas metodológicas por sus autores; que rechazan el esquema de caso- grupo- comunidad, e incentiva el surgimiento de nuevos métodos y técnicas en el proceso de intervención.

"Dichas propuestas se han realizado a la luz de un determinado manejo conceptual, de una especial forma de concebir el ejercicio investigativo, de los requisitos teóricos – instrumentales para la producción de conocimiento y de un ineludible vínculo a los intereses sociales; pero no han gestado una concepción totalizadora de la teoría y de la práctica social".(5)

"La historia del Trabajo Social nos habla de una reformulación metodológica constante; no obstante, se constata una pobre sistematización de los resultados de aplicación práctica de éstos modelos. Así, en relación de la metodología, en cierta forma, se ha creado un vacío al no lograr configurar una propuesta, que se afirme dentro del conocimiento científico y dialéctico, relacionada con los avances de las Ciencias Sociales y la dinámica de los movimientos sociales."(5)

"Reconocer esta debilidad en la formulación de una propuesta metodológica para el Trabajo Social, no significa el retorno a patrones tradicionales del

ejercicio profesional, porque en la actual situación social, económica y política de América Latina, estos resultan incompatibles con un mínimo de eficacia en la atención de las demandas sociales; por el contrario, este reconocimiento ayuda a la reformulación de propuestas alternativas de trabajo.”(5)

“La metodología, como tema de reflexión, ha sido objeto de abandono por parte de los teóricos del Trabajo Social, quienes después de lograr un avance para la profesión con sus críticas al contenido de los “métodos clásicos” y haber propuesto algunas alternativas, no continuaron con la sistematización y crítica de su propia experiencia. Otro problema, relacionado con lo anterior, tiene que ver con el resurgimiento de una tendencia que señala que el Trabajo Social por ser una tecnología social, no tiene un espacio para su propia teorización y metodología toda vez que se “presta y/o apropia” de conocimientos de las Ciencias Sociales por lo cual los métodos se estarían configurando en razón de pautas o técnicas generales y no como medios con perfil propio capaces de servir al análisis concreto y a la reflexión dentro de una determinada intencionalidad específica.”(5)

“La práctica concreta del conjunto de Trabajadores Sociales habla de definir su especificidad, identidad, objetivos y de redefinir las propuestas metodológicas que han sido elaboradas a partir del “como hacer” y no desde el reconocimiento “del sobre que” se actúa, lo cual requiere de un estudio de las realidades institucionales y no institucionales donde operan los Trabajadores Sociales.”(5)

Se pueden identificar cuatro momentos del Trabajo Social en diferentes períodos históricos sociales, que se interrelaciona entre si.

5-1- FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL

Específicamente, las funciones del trabajador social son entendidas como "la acción y el ejercicio propio de este campo profesional, estas podían clasificarse en dos categorías principales:

- **Funciones compartidas.**
- **Funciones específicas.**

Unas y otras son ejercidas tanto en el sector público como en el voluntario (asociaciones, fundaciones, obras sociales) o el privado. Como en los sectores intermedios: voluntario con fines públicos o voluntario con fines privados."(1)

Funciones compartidas

"Tal como su denominación indica, se trata de funciones que realiza con otras profesiones, en el sentido de que no son específicas o exclusivas del trabajo social. Son de dos tipos:

- Implementador de políticas sociales;
- Educador social informal y animador- promotor."(1)

"Cuando se hace referencia a la función de implementador de políticas sociales, su acción comprende la realización de actividades en la prestación de servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos, habida cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e **instrumentos** de que dispone la sociedad y que, a través de los organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias.

Esto se hace mediante la distribución y prestación de bienes y servicios con fines de asistencia, prevención, rehabilitación y/o promoción, pero que es

necesario concretar, realizar e implementar en la "primera línea de fuego", en contacto y trabajo directo con la gente. Y aquí está lo específico del trabajo social, sin que ello obste para que algún trabajador social en concreto pueda participar en la formulación de la política social."(1)

"En cuanto a la función de educador social y de animador- promotor que se le atribuye al trabajador social, no es una función propia o específica de esta profesión, ni de ninguna otra. Se trata de una cualificación necesaria para la práctica de esta profesión y de otras también. A este respecto cabe advertir que la función de educador- animador- promotor, en cierta medida, esta presente en casi todas las funciones de implementación de políticas sociales. Lo sustancial de esta función consiste en impulsar y generar acciones que potencien el desarrollo de individuos, grupos y comunidades tendiendo a facilitar las condiciones para la participación activa de la gente en la solución de sus propios problemas. Ya sea que se llame "promotor", "animador", "facilitador, o con cualquier otra denominación, de lo que se trata es de desarrollar un proceso de dinamización para el autodesarrollo, bien sea individual, grupal o comunitario."(1)

Funciones específicas

"Teniendo fundamentalmente en cuenta lo que se hace, y no tanto lo que se ha dicho o escrito acerca de lo que se debería hacer (aunque sin perder esto último de vista), las funciones específicas del trabajador social podrían resumirse en las siguientes:

- Consultor- asesor- orientador- consejero social.
- Proveedor de servicios sociales.
- Informador - agente de remisión de recursos y servicios
- Gestor- intermediario entre usuarios e instituciones, entre recursos y

necesidades.

- Investigador y diagnosticador de problemas sociales.
- Identificador de situaciones- problemas sociales.
- Planificador- programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida
- Administrador de programas y servicios sociales.
- Movilizador de recursos humanos, institucionales, técnicos, materiales y financieros.
- Ejecutor de programas y proyectos sociales y actividades de atención, ayuda y apoyo.
- Evaluador de necesidades, servicios y programas y de su propia intervención social.
- Reformador de instituciones activista social.
- Educador social informal.
- Animador- facilitador- movilizador- concientizador.”(1)

5-2- PRINCIPALES TENDENCIAS O CORRIENTES DEL TRABAJO SOCIAL

EL ASISTENCIALISMO

Elementos descriptivos

“1. El asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente ha implementado las clases dominantes para paliar mínimamente la miseria que generaban y para perpetuar el sistema de explotación.

2. Ha constituido la esencia no sólo de las formas de ayuda anteriores a la profesión, sino también del propio Trabajo Social, persistiendo en la actualidad.

3. Primero, entonces, los sectores dominantes producían a gran escala la miseria y la enfermedad y luego creaban algunos hospitales y asilos.
4. Hacia estos injustos fines concurrían, a sabiendas o no, filántropos, religiosos, damas de beneficencia y, ya en este siglo, nosotros los Trabajadores Sociales.
5. Existía una supuesta intención de atacar los efectos sin reconocer las causas de fondo que provocaban y provocan la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la delincuencia, etc.
6. Y decirnos supuesta intención porque hasta la propia acción paliativa, la ayuda material, siempre fue harto insuficiente.
7. El termino "asistencialismo" puede inducir a error, porque en oportunidades pareciera que se está haciendo referencia a una ayuda material de importante magnitud.
8. No fue precisamente la asistencia material a los desposeídos lo que prevaleció en esa forma de acción social.
9. Lo fundamental, más que la ayuda concreta, era la asistencia espiritual, las enseñanzas morales, morales, los interminables consejos, las propuestas de esperanza y resignación.
10. En todo aparecía fluidamente lo paternal, lo dadivoso, lo "generoso" a manos llenas, pero el estilo cambiaba significativamente cuando se trataba de asistir con bienes concretos a los necesitados.
11. Otra característica la constituyó la mitificación de la posibilidad de superación global de los problemas sociales, mediante el esfuerzo individual de los propios damnificados.
12. La desigualdad social se asumía como una suerte de hecho natural y por ende, en esta concepción, ni siquiera se rozaba el cuestionamiento del sistema. ("Los hombres son libres o esclavos desde el nacimiento", había manifestado Aristóteles).
13. El principio de causación individual era atribuido a quienes padecían los

problemas sociales, desconectando la relación existente entre el funcionamiento global de la sociedad y la presencia de los llamados "males sociales"

14. Desde esta perspectiva, se condenaba a las víctimas de un orden social y no a éste.

15. Lógicamente entonces la formación profesional de las Visitadoras de Higiene, de las Visitadoras Sociales y de las propias Asistentes Sociales, no requería mayores exigencias académicas.

16. Conocimientos instrumentales y de evidente auxiliaridad constituían el aprendizaje básico de los primeros profesionales.

17. El paulatino tránsito hacia una formación y una práctica más tecnificada, no logró desterrar por completo las concepciones primigenias de esta actividad.

18. Se desarrolló, asimismo, una prédica constante para imbuir a la profesión de un - por lo menos cándido - "humanitarismo apolítico", que disociaba la realidad *concreta* del país. Precisamente, dicha prédica constituía un hecho político de clara significación.

19. Continuaban vedadas para los agentes de la Asistencia Social las categorías de análisis que posibilitaran desnudar el significado de esa práctica social y al servicio de *qué* intereses se orientaban esas acciones rotuladas de "ayuda al prójimo".

20. En último, para una comprensión adecuada y para descargar también un tanto la angustia usual de los Asistentes Sociales, hay que recordar que el llamado asistencialismo no es una excrecencia propia de esta profesión, sino del sistema imperante."(12)

EL CIENTIFICISMO

Elementos descriptivos

1. Veamos entonces cómo fueron surgiendo otras corrientes que concurrieron a remozar esta actividad (el Servicio Social), sin afectar a fondo las orientaciones básicas que guiaban el quehacer profesional.
2. La década del 50 impregno a América Latina de planes de desarrollo, que supuestamente iban a posibilitar la superación de la situación de subdesarrollo en que se encontraban nuestros países.
3. Se produce, en consecuencia, el "descubrimiento" de la dimensión política, aunque esencialmente ligada a la perspectiva "desarrollista".
4. Esquemáticamente la propuesta consistía en adoptar como modelo a los países desarrollados y generar un proceso por etapas que conduciría gradualmente a un *estadio* de desarrollo a nuestros países, a partir de la inversión de *capitales* extranjeros.
5. La propuesta obviamente negaba que las categorías subdesarrollo y desarrollo operaban como anverso y reverso de *una* misma realidad.
6. Y para esta transición "evolutiva" hacia el desarrollo, serían operativos cierto tipo de técnicos que actuaran como "agentes de cambio" ante la problemática social.
7. "Agentes de cambios" que integraran a los "inadaptados", a los que presentaban "patologías" sociales, a una sociedad *que* funcionaba "normalmente" y que necesitaba mantener el equilibrio en su meta hacia el "desarrollo". (El progreso es el desarrollo del orden", escribió Augusto Comte, padre del positivismo).
8. Y esos técnicos (que fuimos, entre otros, nosotros los Trabajadores Sociales) para promover la participación y el *cambio* debían mejorar sensiblemente su formación profesional.
9. Va tomando cuerpo, entonces, la idea de que los problemas de la vieja

Asistencia Social provenía sólo de un escaso manejo de instrumental técnico por parte de los profesionales. Y ahí se producen los cambios en los planes académicos de las escuelas de Servicio Social, con un intento de mayor profundización científica.

10. Al margen de la eventual buena voluntad de algunos de sus gestores y ejecutantes, se olvidaba que el meollo de la cuestión no radicaba, ni radica, en la sola posesión de un mejor arsenal académico.

11. Se verifica, de este modo, un importante acercamiento a la psicología, la sociología y la antropología, coincidentemente con el periodo de institucionalización de dichas disciplinas en el país.

12. Ya no era cuestión de trabajar para la gente, sino *con* la gente. Casi como varita de mago se proponía, falazmente, la participación de la gente en la solución de sus propios problemas.

13. El llamado método de Organización y Desarrollo de la Comunidad se presentó como una nueva panacea en la práctica del Servicio Social.

14. Pero el tiempo se encargó de demostrar que los problemas de falta de agua, luz, vivienda, salud, educación, etc. de los vastos sectores populares, no se resolvían solamente con la Organización de la Comunidad, y menos con la persistencia de una orientación que, a pesar del renovado discurso, continuaba legitimando el funcionamiento de la sociedad.

15. Como todos nosotros sabemos ahora, los "cambios" anunciados por el cientificismo no se produjeron, demostrando también como ineficaz a esta nueva orientación profesional que sucumbió ante la realidad estructural.¹

16. No obstante todo ello, constituyó sin duda un corte crítico de importancia con el Servicio Social tradicional."(12)

LA RECONCEPTUALIZACION

Elementos descriptivos

- “1. Las falencias del asistencialismo y del cientificismo fueron radicalmente impugnadas por una vertiginosa corriente, que se extendió a toda Latinoamérica y que asumió la denominación de "Reconceptualización".
2. No fue idéntica en todos los países ni se verificó exactamente en los mismos años, pero se reconoce su origen en los países del Cono Sur, a mediados de la década del 60’.
3. A diferencia del funcionalismo, que nutría al Servicio Social de la época, reconoció el origen de la desigualdad social en las relaciones de explotación vigente en la sociedad, cuestionando las propuestas de integración al medio de los "desadaptados", provenientes - las mismas - de la óptica de entender como justo adecuado el sistema imperante.
4. Enfatizó la denuncia de la realidad y del rol que desempeñaba el Trabajador Social en el mantenimiento del sistema.
5. La Reconceptualización, por cierto, generó un proceso de toma de conciencia de los trabajadores sociales sobre el papel estabilizador y funcional que venían cumpliendo.
6. La adscripción ideológica se perfiló en un intento de compromiso con los proyectos políticos de los sectores populares de América Latina.
7. Los objetivos de ajustar y/o integrar a los individuos a la sociedad (sustentados por el Servicio Social tradicional), fueron reemplazados por los de transformación de la sociedad y por los de concientización, organización y movilización, de los sectores populares.
8. Se verificaron cambios cualitativos y cuantitativos en los programas de estudio de muchos centros de formación profesional.
9. Se afectó significativamente la "paz" de la profesión, aperturándose una etapa de crisis de crecimiento.

10. El movimiento se gestó, básicamente, en los Claustros universitarios.
11. Rechazó la tarea asistencial, por caracterizarla únicamente como expresión de los sectores dominantes.
12. Renegó de las técnicas. Ello generó una pobre formación en este aspecto, lo cual fue aprovechado por los científicos y por los sectores tradicionales.
13. Se negó el trabajo institucional. Virtual propuesta de abandono de las instituciones que continuaron quedando en manos de los profesionales tradicionales.
14. Desestimación o abandono de los Colegios o Asociaciones profesionales, por estar esto dirigidos por los Asistentes Sociales tradicionales.
15. Se evidenció frustración en los profesionales que se graduaban, ante el abismo que existía entre "lo aprendido" (en las aulas) y "lo aplicable" (en la práctica institucional o de terreno).
16. La Reconceptualización asignó al Trabajo Social objetivos mayores de cambio estructural de la sociedad, justos en si mismos, pero que no eran - ni son-- atribución específica de profesiones.
17. El señalamiento de sus carencias y desviaciones, no puede negar, a la Reconceptualización su vital aporte en una perspectiva de necesaria ruptura con el Servicio Social tradicional, sentando - a la vez- las bases para trascender hacia una concepción científica de la profesión."(12)

LA POST - RECONCEPTUALIZACION

Elementos descriptivos

- “1. En primer lugar debe destacarse que el periodo de la Reconceptualización fue atacado e impugnado por los sectores conservadores de la profesión no desde una perspectiva científica y críticamente superadora, sino desde el interés de rescatar las tradicionales de acción que no respondían a las necesidades de los sectores populares y que si habían contribuido a la legitimación de un injusto sistema.
2. En ese sentido, las falencias evidenciadas por el Movimiento de Reconceptualización sólo podían encontrar resolución a partir de aquellos sectores profesionales de mayor lucidez y nivel que propusieran nuevas alternativas, pero sin intentar regresar a las posturas oscurantistas del Servicio Social.
3. Los sectores más tradicionales del Servicio Social estaban impedidos - por su concepción y por su nivel -- de cuestionar progresivamente a la Reconceptualización.
4. Para el caso de la Argentina, conviene recordar que los intentos de cuestionamiento a la Reconceptualización, desde una perspectiva científica, fueron abortados por el golpe oligárquico de 1.976.
5. El tremendo retroceso sufrido por las ciencias sociales, posibilitó - en el campo de nuestra profesión - la reaparición y avance de las concepciones más reaccionarias.
6. El debilitamiento de la formación profesional acompañó armónicamente el cruel período de estancamiento y retroceso del país.
7. En muchos ámbitos académicos, durante este período, ni siquiera se mencionó al Movimiento de Reconceptualización. Para los sectores de la profesión que acompañaron el retroceso general de la nación, reconocer *meramente* la existencia de ese clave momento del desarrollo del Trabajo

Social, les provocaba un desorbitado temor y optaron por negar dicha información a las nuevas promociones de estudiantes.

8. La hibernación de muchos Trabajadores Sociales; la deserción definitiva de otros; el estudio de nuevas carreras; el afianzamiento de colegas de bajo nivel y también de algunos otros que oportunistamente medraron con el vacío profesional y con la chatura generalizada; el retorno a vertientes psicologistas; la emigración de profesionales, etc. constituyen las circunstancias más salientes de este período de la profesión en la Argentina.

9. El actual período, que sucede cronológicamente a la Reconceptualización, constituye un momento complejo de la profesión en el país.

10. Se tendrá que gestar un nuevo proceso que recupere lo mejor de la Reconceptualización y sus críticas serias, a la par de neutralizar – por el camino de la controversia madura – el retroceso que se verificó de las posiciones más tradicionales.

11. Todo ello enmarcada en la profunda crisis en que se debate la Argentina, expoliada y reducidos sus niveles de vida a límites insospechables, y ávida, a la vez, de hallar prontas soluciones de fondo a los problemas de los sectores populares, que son precisamente aquellos con los cuales debe trabajar nuestra profesión.

12. Para este tiempo por venir, el Trabajo Social tendrá que poner en juego toda su lucidez y todo su compromiso, en la perspectiva de la necesaria transformación en las estructuras de dominación.

13. En América Latina se ha venido avanzando En éste sentido, y son numerosos ya los trabajos e investigaciones acerca del papel del Estado del significado de las Políticas Sociales y sus relaciones con el Trabajo Social.

14. Se ha podido precisar el carácter y la función del Estado que, en representación de los intereses de los grupos dominantes, implementa Políticas Sociales destinadas a contribuir a la reproducción de la capacidad

de trabajo.

15. Pero, al mismo tiempo, se logró identificar el carácter contradictorio de las Políticas Sociales, en tanto también emanan de la acción de los sectores carenciados y responden – aunque incompletamente – a sus propias necesidades.

16. Seguramente el adentramiento teórico de los Trabajadores Sociales en este tipo de análisis, contribuirá a su mejor formación y al desarrollo de una consecuente acción al servicio de los sectores populares.”(12)

“ Algunos de los aspectos más relevantes de la práctica del Trabajo Social, se resumen en las características que lo cualifican y diferencian de otras prácticas profesionales, y sin olvidar sus semejanzas en tanto prácticas sociales que se desenvuelven al interior de su marco social determinado por condiciones históricas concretas.”(11)

“El análisis de la profesión no se agota en una afirmación mecanicista que sostiene que el Trabajo Social es uno de los instrumentos al servicio de un poder monolítico y concluye que la profesión estará necesariamente destinada a constituirse en refuerzo exclusivo del mismo. Por otro lado, no significa asumir la tesis opuesta, ampliamente divulgada en el movimiento de reconceptualización, que sustenta a nivel de principio una dimensión necesariamente “transformadora y revolucionaria” de la actividad profesional. Al sobrestimar el alcance político de la actividad profesional subestima, el papel de las organizaciones políticas y de las clases sociales en el proceso de transformación de la sociedad. El análisis de la práctica profesional, comprende a la profesión históricamente situada, configurada como un tipo de especialización de trabajo colectivo dentro de la visión social del trabajo propio de la sociedad industrial.”(11)

“El Trabajo Social se afirma como profesión integrada al sector público, en la progresiva ampliación del control del ámbito de acción del Estado junto a la sociedad civil. Se vincula también a organizaciones privadas de carácter

empresarial, dedicadas a las actividades productivas propiamente dichas y a la prestación de servicios sociales para la población. La profesión se consolida como parte integrante del aparato estatal y de la empresa privada y el profesional como un asalariado al servicio de las mismas.

Esta continua expansión es en parte responsable de la creciente toma de conciencia por parte de los Trabajadores Sociales, de la contradicción entre responder a las demandas de la institución y la de los actores sociales que son sujetos de intervención, entre constituirse en promotores del cambio social o adaptadores del sistema.”(8)

Esta contradicción ha producido y genera mucha tensión en el ámbito profesional. No obstante, se requiere enfrentar crítica y objetivamente, tomando en consideración el carácter que asume la intervención de los Trabajadores Sociales en el contexto de la sociedad capitalista, las funciones que se espera ejecute en éste contexto para ser funcional al sistema y la demanda social.”(8)

“El Trabajo Social no se ocupa de un objeto que se pueda considerar particular y exclusivo de una Ciencia Social, ya que centra su atención(no exclusivamente pero si prioritariamente) en una problemática de la estructura social; la problemática de los grupos sociales populares. La cual expresa a su vez, la problemática de la reproducción de la fuerza de trabajo. Los servicios producidos por los Trabajadores Sociales satisfacen principalmente las necesidades de los sectores populares, quienes constituyen la fuerza de trabajo fundamental de la sociedad capital. Pero ésta satisfacción se convierte a la vez en una condición a través de la cual esta fuerza de trabajo se puede mantener activa para el beneficio del capital.”(8)

“Estos servicios son en su gran mayoría, conquistas de los sectores populares. Sin embargo cumplen la función de abaratar la fuerza de trabajo, pues le permiten a grandes sectores de la población trabajadora (empleada y

subempleada) sobrevivir con raquíticos salarios y a los desempleados lograr su reproducción como mano de obra de reserva.”(8)

“El carácter “dual” del rol del Trabajador Social, inscribe el quehacer profesional en el contexto de la contradicción entre trabajo profesional y trabajo político. Esto es, en su condición de trabajador asalariado que depende del Estado o de la empresa privada y su voluntad de actuar en el beneficio de los sectores más desposeídos.”(8)

En el contexto institucional, la relación de asalariado del Trabajador Social ha sido y es encubierta por la propia visión humanista que hace aparecer al Trabajo Social como sacerdocio, como actividad benevolente, y sin el carácter específico determinado por su inserción en el proceso técnico y social del trabajo. La reflexión sobre las condiciones institucionales revelan al Trabajador Social como subordinado en el proceso de decisiones desempeñando en su mayoría funciones de ejecución y no de decisión. Sin poder de decisión a nivel global, él manipula pequeños recursos para reforzar su propio poder personal en las relaciones con los usuarios o clientes. La relación de poder legitimada por la relación personal permite destacar de manera mucho más clara el carácter ideológico de la actuación profesional.”(11)

“La intervención profesional en las instituciones estatales y/o privadas, lleva a una calificación de los usuarios de los servicios que estas prestan. Dicha calificación esta previamente determinada por las Políticas Sociales, y es frente a estas Políticas que la población reacciona, cuestionando directa o indirectamente la prestación de los servicios sociales, con organizaciones que proponen alternativas a la intervención del Estado y con resistencias cotidianas que burlan la aplicación de las normas o criterios pre - establecidos para aceptar la clientela.”(11)

“La actuación profesional, medida por la ejecución de las Políticas Sociales, se desarrolla de manera contradictoria posibilitando tanto un refuerzo del

proceso de acumulación y dominación, como un refuerzo y una contribución al fortalecimiento de las organizaciones populares.”(11)

“La privilegiada dimensión política del Trabajador Social como articulador de las clases populares a los programas institucionales en el campo de los servicios sociales, hace de este profesional un agente político por excelencia: recrea intereses antagónicos que se reproducen en el ámbito institucional y en el ámbito popular.

La práctica profesional es, en consecuencia, participe en la reproducción de las relaciones sociales, atendiendo contradictoriamente los intereses de las clases dominantes y los intereses de las clases dominadas, demandando, por esta razón, una estrategia político - profesional que fortalezca uno de los polos presentes en las condiciones de trabajo.”(11)

“El carácter contradictorio y complejo de la intervención profesional, su discurso teórico - ideológico y su actuación socialmente determinada por condiciones sociales objetivas, constituyen los ejes centrales en la discusión en el espacio profesional.

La constitución de un espacio de trabajo, no es pre - existente, sino por el contrario se hace, se crea, en una reflexión colectiva que toma en cuenta la coyuntura, para saber el momento oportuno de avanzar y / o retroceder en la estrategia institucional y en relación a las clases populares. Crear un espacio profesional, desde los intereses y necesidades de las clases populares, requiere establecer un vínculo más orgánico entre el desarrollo profesional y los movimientos sociales presente en cada coyuntura nacional.”(11)

“El acercamiento a la delimitación del espacio profesional, requiere de una reflexión a cerca del rol de los agentes sociales que interactúan en él como sujetos dinámicos, cambiantes. Por ésta razón, exige romper con una visión ahistórica e ingenua a cerca del rol de dichos agentes – que pone el acento principal en no trascender la realidad “oficial” – alejado de una comprensión más global y concreta de la dinámica social.”(11)

"En el espacio profesional interactúan tres agentes sociales: la institución, el Trabajador Social y el usuario. La forma cómo se relacionan y diferencian los tres, la fuerza de cada uno, la semejanza o disparidad de intereses y básicamente la posición que se adopte frente a sus intereses en conflicto, definirán las posibilidades y limitaciones dentro de un contexto social determinado. Alcanzar ésta definición es una tarea actual, porque implica pensar no sólo las características generales de nuestras sociedades, sino el significado de los espacios más inmediatos de la práctica como Trabajadores Sociales."(11)

"La ubicación de la Institución en la cual se trabaja, comprende la descripción y el análisis de no solamente de su organigrama, reglamentos y objetivos explícitos, sino de la actividad que transcurre a su interior, los programas que realizan y que demuestran el cómo se organizan socialmente el uso de los recursos con los que se cuenta y los contenidos concretos de los servicios que presta.

Por otro lado, es necesario comprender que las instituciones no son obras del azar, sino que son partes conformante de una estructura social y por consiguiente, son mecanismos a través de los cuales se llevan a efectos determinados tipos de programas que llegan al usuario, unas veces como política social ya planificada, otras, como intentos o ensayos de convertir los programas en tales."(11)

"El Estado, con el desarrollo capitalista y el crecimiento de las ciudades, pasa a intervenir directamente en la organización y administración de los servicios sociales. Un Estado, que actúa en correspondencia con los intereses básicos de las clases dominantes, mantiene además la propiedad de los servicios sociales, determinando sus orientaciones y estableciendo sus procedimientos."(11)

"La realidad de un aparato institucional que se impone, no debe conducir a la equivocación de considerar en forma unilateral la participación del Estado

y las clases que representa. Antes bien, hay que entender el concepto que la dominación es contradictoria. No se puede pensar en una sociedad que excluye siempre todos los intereses de las clases subalternas. En cierta coyuntura, en vista a la lucha de clase y en vista a una necesidad del proceso de acumulación del capital, los intereses de los dominados tienen que ser atendidos por el aparato decisorio del Estado. Es por éste motivo que, muchas de las demandas por servicios y mejoramiento de los mismos, han nacido de la voluntad popular y se han ido constituyendo en políticas sociales en la medida en que el Estado las ha ido incorporando a sus planes. De esa manera, las condiciones de vida y trabajo de las clases trabajadoras ya no pueden ser desconocidas totalmente en la formulación de las Políticas Sociales.”(11)

“La ubicación de los usuarios, es otro de los aspectos sobre los cuales es necesario detenerse a considerar para delimitar el espacio profesional. ¿A quienes comprendemos con éste termino? ¿Cuál es la naturaleza de la relación del usuario con la institución y con el Trabajo Social? ¿Cuál es la relación de éstos con aquél?

Se define como usuario al sujeto (persona o grupo) que recibe un servicio de las instituciones estatales y privadas. Se llama así a quienes, atravesando situaciones de necesidad o problema, llegan a solicitar ayuda para satisfacer sus necesidades sociales. Visto así, la llegada del usuario a la institución y al Trabajador Social pareciera no tener otra connotación más que “solicitar un servicio y obtenerlo”. Es decir, que las instituciones, los Trabajadores Sociales y los usuarios, se relacionan sin más problemas que lo que se define como la ayuda solicitada, la ayuda entregada. Pero existe al respecto, una connotación ideológica que trasciende el ejercicio profesional. Viendo un poco más adentro de la superficie, es preciso hacer algunas acotaciones.. En primer lugar, acerca del rol del usuario, del rol de la institución y del rol del Trabajo Social.”(11)

"El usuario al solicitar un servicio, es despojado de su rol de productor para asumir preponderantemente la calidad de consumidor. El necesita consumir los servicios sociales y como tal, es atendido; esta percepción del usuario nos distancia además de su rol como contribuyente directo en el sostenimiento de los servicios sociales (ejemplo: el seguro social) y contribuyente indirecto como ciudadano (ejemplo: tributaciones e impuestos directos e indirectos). Una y otra percepción, lo sitúan en una relación de subordinación frente a las instituciones y frente al Trabajador Social. Hay aquí, una primera aproximación al problema."(11)

"Por otro lado, la demanda individual de servicios permite encubrir su identidad de clase. Así, terminan siendo individuos con problemas (de salud, desocupación, de vivienda, etc.) y no sujetos pertenecientes a una determinada clase social, en particular a las clases trabajadoras. Es decir, las relaciones con el usuario se personalizan, fraccionándose su identidad social."(11)

"La tendencia a personalizar las relaciones sociales es parte de la ideología dominante que está presente en la institución y en el ejercicio de la profesión. En tanto las relaciones del usuario con la institución y el Trabajador Social se sitúan en lo personal y no en lo social, las necesidades no se vinculan a una demanda social insatisfecha, y consiguientemente, no son trabajados como puntos de partida para la organización de los mismos.

Para asegurar aún más el dominio político de una clase sobre otra, el Estado centraliza la política asistencial, como una forma de enfrentar el proceso de formación y desarrollo de las clases trabajadoras. Así, los servicios y/o prestaciones sociales aparecen como una donación y/o favor por parte del Estado, cambiándose la situación de derecho de los ciudadanos a dichos servicios, por los cuales ha pagado a través de impuestos y excedentes creados por los trabajadores."(11)

"En las instituciones privadas de carácter empresarial los servicios y asistencia se entregan a sus trabajadores como salario indirecto. La relación es entonces de "compensación", y no de reconocimiento de lo que han contribuido a producir y acumular.

Finalmente, en este binomio usuario - institución, los Trabajadores Sociales tercián recepcionando directamente las demandas y ocupándose de la implementación de determinados servicios en una práctica de prestación y administración de los mismos."(11)

"El Trabajo Social como disciplina profesional, existe institucionalizado dentro de la organización social siendo los Trabajadores Sociales sus agentes profesionales. La actuación del Trabajador Social es necesariamente polarizada por los intereses de las clases sociales tendiendo a ser cooptada por aquellas que tienen una posición dominante. Las clases dominantes ven en él, al agente profesional acoger benévola a los usuarios y llevarlos a la aceptación de sus problemas viabilizando las soluciones propuestas y/o desistiendo de su demanda.

A partir de la prestación y/o administración de los servicios sociales, que constituye su base material, el Trabajo Social desarrolla una acción ideológica."(11)

"Aún cuando la prestación de servicios en la mayoría de las instituciones tiene un carácter muy puntual (alimentos, viviendas, libros, uniformes, consulta médica, etc.), el agente profesional llega hasta el espacio privado de la vida del usuario. Es así como a partir de los servicios sociales, al agente profesional le toca intervenir en las varias expresiones de la vida cotidiana de las clases trabajadoras y dispone por esto, de condiciones potencialmente privilegiadas para influir en su modo de vivir y de pensar pudiendo invadir la esfera de la privacidad del cotidiano, a partir de intereses ajenos de la clase trabajadora, o reforzando los intereses sociales, objetivos de la misma."(11)

"El enfoque expuesto no agota la discusión en torno al espacio profesional y la interrelación de sus agentes; es necesario seguir analizando el conjunto y la particular actuación de cada agente social como representante de determinados intereses y relaciones de clases. Es decir, devolver a la institución un carácter de clase, que manifiesto u oculto por la ideología gravita en la relación que orgánicamente establece con los usuarios y Trabajadores Sociales. Para el caso de los usuarios, igualmente es necesario recuperar su condición social, no solamente individual, sino como parte de las clases trabajadoras; y finalmente al Trabajador Social, que como agente de una profesión socialmente determinada, le otorga una dirección social a la práctica profesional que condiciona y sobre pasa la voluntad y/o conciencia de sus agentes individuales." (11)

"El Trabajo Social, como toda profesión tiene su razón de ser en una demanda social que plantea como necesaria la intervención de una práctica especializada en determinado tipo de problemas: en este caso, Trabajo Social se constituye en profesión para intervenir en el efecto que tienen las contradicciones estructurales de la sociedad, en las condiciones de vida de las clases subalternas. Y la especificidad de esta intervención consiste en la intermediación a través de la cual, el Trabajo Social establece el vínculo entre los recursos y satisfactores y las necesidades y carencias involucrados en cada intervención."(6)

"De la indagación epistemológica resulta que, el Trabajo Social se constituye en profesión sin cumplir el requisito básico de estructurar su autonomía, en base de una Teoría de la Intervención, que al dar cuenta del campo profesional de su objeto de intervención y de las formas propias de intervenir en dicho objeto, aporte el cuerpo de conocimientos que conformen el saber especializado y que orienten el ejercicio profesional.

En lugar de esta teoría, el lugar especializado consiste en un conjunto de "metodologías" autónomas de los problemas que atiende un profesional y al

margen también de los objetivos particulares que tiene cada intervención; y en un marco de interferencia conceptual, que constituye un "préstamo" de diferentes disciplinas y que no presenta ninguna articulación orgánica con las metodologías. Existe un discurso teórico que conceptualiza e interpreta los fenómenos sociales, y en el interior del campo este discurso representa un avance importante en las formas de indagar e interpretar "lo social"; pero esto no se revierte en un avance significativo en el desarrollo de la especificidad profesional, en tanto no se integra en un esfuerzo para sistematizar y teorizar las experiencias concretas de intervención, para dilucidar cómo se conceptualiza los diversos problemas que demanda la intervención de un Trabajador Social y para avanzar en el planteamiento de cómo se han resuelto, modificado o tratados dichos problemas, a partir de la aplicación de determinada forma de intervención."(6)

"Esta significa que no hay una acumulación que permita desarrollar el cuerpo teórico y metodológico del saber especializado, a fin de superar la dicotomía existente entre el discurso teórico que explica la realidad social; el discurso ideológico que indica el signo de las opciones en el juego de intereses que están presente en la intervención profesional y la práctica profesional atrapada en el sentido común, benévolamente llamada " hiper-empirismo."(6)

"Con ésta carencia, el Trabajo Social no logra conformarse en una práctica especializada respaldada en una disciplina científica (en éste caso, la teoría de la intervención); y por lo tanto no logra establecer con precisión la diferencia sustancial entre una práctica profesional y una no profesional, que es la de superar el sentido común como marco de referencia de la intervención en la realidad. Este " mal de origen " es el que propicia que la especificidad de trabajo Social se diluya en un conjunto de procedimientos administrativos y burocráticos, que no requiere de una mayor calificación, perdiendo así la capacidad de intervenir en forma especializada y por tanto

perdiendo espacio y status respecto a otras prácticas profesionales con las que comparte el espacio laboral: es decir, perdiendo competitividad en el mercado de trabajo.”(6)

“Desde un punto de vista epistemológico el Trabajo Social es un sentido común ilustrado, porque como práctica especializada carece justamente de lo que fundamenta a toda especialización: una teoría, y que ésta ambigüedad estructural, (ser y no ser) es un elemento inherente a su especificidad.

El estudio y la producción intelectual se confunde con “la elucubración encerrada en el cubículo” y la teoría se concibe como un “ artículo suntuario y del que se puede prescindir, aunque pertenezca al sector de lo académico. Otra vertiente de la tradición empirista se expresa en prácticas que tiene un origen, que de alguna manera se puede caracterizar como “naturalmente espontáneo”, en tanto nace en el círculo vicioso que atrapa a los profesionales en ejercicio en la necesidad de responder permanentemente a una demanda interminable que refiere a situaciones tan diversas como conseguir una ambulancia, hacer un informe burocrático, organizar damnificados o atender a situaciones límites de individuos o grupos. Esta tradición es la que ha favorecido el estancamiento de la profesión en el sentido común y el apego a las salidas rápidas y a las “ recetas milagrosas” que crean “ modas”, que al mostrar su inconsistencia promueven un escepticismo generalizado frente a una posible innovación y el rechazo al estudio y a la actualización.”(6)

“Otro obstáculo deriva de la misma especificidad de Trabajo Social como “profesión en crisis”. Supuestamente las crisis son situaciones coyunturales que encuentran algún tipo de resolución, cuando se rompen los elementos que las configuraron; por lo tanto las crisis demandan un tipo de intervención inmediata que plantee, al menos, la posibilidad de la recomposición: un golpe militar, una convocatoria a elecciones, la conformación de un mercado común, la implantación de un “paquete” de medidas económicas, etc.”(6)

"El hecho de que el Trabajo Social intervenga en los síntomas más agudos, es decir permanentes de las contradicciones estructurales de la sociedad, genera, lo que se puede llamar, el "fetichismo" de la crisis. El Trabajo Social interviene en los síntomas reiterados como condiciones adversas de vida que la organización social vigente impone a determinados sectores sociales: entonces la especificidad de Trabajo Social es justamente intervenir en las situaciones críticas, que por supuesto se agudizan en los momentos en que el modelo económico, político o las condiciones de reproducción social cultural, sufren algún tipo de agotamiento o disfunción. El intervenir en las situaciones críticas genera que profesionales en ejercicio queden atrapados en la "urgencia" permanente de una intervención, como respuesta inmediata" (6)

"La "urgencia" de dar respuestas inmediatas no permite pensar en los problemas estructurales del Trabajo Social y mucho menos aún, pensar como posible, aunque si se reconozca como necesario el desarrollar estrategias internas del profesional que promuevan la acumulación teórica y metodológica, que a mediano y a largo plazo colabore a constituir un saber y un hacer, que establezca con precisión el tipo de especialización desde el cual se interviene en las situaciones críticas.

En América Latina, el Trabajo Social se legitima como una práctica profesional en la década de los 20', al crearse las primeras escuelas para la formación profesional.

La verdadera urgencia es resolver el problema de la ambigüedad del Trabajo Social es decir, resolver el problema de la progresiva pérdida de especialización del ejercicio profesional a fin de ofrecer un servicio profesional que repercuta en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores sociales involucrados en nuestra intervención y recuperar así competitividad en los espacios laborales y en el mercado de trabajo."(6)

"Frente a la magnitud de los obstáculos "epistemológicos" (inherentes a la ambigüedad estructural de la profesión): de los obstáculos culturales (inherentes a la identidad y a la tradición gremial) y de las condiciones adversas (inherentes al contexto en que se desarrolla el trabajo intelectual asalariado), no se puede apelar al voluntarismo, ni resguardar en el sectarismo los pequeños "feudos" conseguidos, sino que, por el contrario, se considera que una forma de atacar dichos obstáculos, es promover el desarrollo de lo que se reconoce como posibilidades: promover acciones coordinadas institucionales, de los sectores académicos y de los profesionales en ejercicio, para sumar así recursos, humanos y materiales, que aporten a centrar esfuerzos en una dirección, orientados por planes de trabajo, que resguarden el contenido de la tarea y la esencia del oficio."(6)

"En éste marco de la realidad social se va construyendo la identidad profesional del Trabajador Social. Que asumiendo una responsabilidad en el área de bienestar y de la asistencia - que por lo demás se ha caracterizado al Servicio Social desde su inicio - tiene una preocupación por insertarse en el ámbito de las Políticas Sociales, no sólo a nivel de la ejecución, sino reivindicando su responsabilidad en la investigación y planificación. Se puede apreciar una gama de funciones en el nivel micro social, combinando asistencia y promoción social, así como también propuestas que se ubiquen en la esfera de la intervención macro - social."(5)

"Han variado otros elementos que entran en juego en la formación profesional que inciden en la identidad.

El contexto socio - económico y político ha generado modificaciones en lo referente al concepto de bienestar. No se trata de carencias individuales, aisladas; sino de problemas que afectan a conjuntos poblacionales, a clases sociales. Ya no es posible referirse a un problema, sin tocar el trasfondo, es decir la forma peculiar de organización social y las causas estructurales.

enfrentan en las defensas de derechos, en las demandas de servicios y en la acción o más bien omisión, de las Políticas Sociales.”(5)

“Las posiciones diversas respecto a la definición del Trabajo Social son expresiones de una diversidad en cuanto al desarrollo profesional, que a su vez está determinada por los procesos socio - políticos de cada realidad nacional.

La valoración que se hace de un Trabajo Social, que vincula el saber y la aptitud profesional con los procesos de recomposición social y afirmación de la vida, se presenta en realidades que han atravesado fuertes dictaduras (Argentina, Chile, etc.) y en los que se “... sumó a la enseñanza del Trabajo Social en una involución drástica, expresada en una práctica asistencialista y tecnocrática...aislada del campo profesional latinoamericano...”(5)

“ No obstante esas serias limitaciones a nivel de las políticas estatales, frente a los centros de formación universitaria, es de destacar la experiencia de los profesionales de campo y de algunas unidades académicas del Cono Sur, que han aportado desde el espacio de lo cotidiano e individual, articular su intervención a procesos de transformación, en éste caso de construcción de la democracia.”(5)

“Hay una integralidad compuesta por las diversas formas de acercarse a esa transformación, desde los procesos sociales que tienen que ver con la esfera individual y la vida cotidiana, los esfuerzos de una democratización basada en una ampliación y densificación de la sociedad civil. Así como la intervención en la planificación de las Políticas Sociales, sin perder de vista el gran significado que tiene la generalización de procesos participativos que incorporen los intereses de los sectores populares, víctimas de una organización social que los excluye.”(5)

“La actividad pedagógica tiene su punto de partida en aquella definición y orienta su quehacer a construir a formar a un profesional con determinadas características, con un bagaje de conocimientos teórico metodológicos y

unas series de habilidades y destrezas, necesarias para el ejercicio profesional. A ese conjunto de elementos se denominan comúnmente PERFIL PROFESIONAL. Incluye además de los aspectos deseables para la intervención profesional, la formación de un espíritu científico y la formación de un saber, que puede seguir elaborándose durante toda la vida articulado a un contexto social, político y económico. Considera también la generación de una conciencia crítica y de un criterio ético que inspira el quehacer profesional.”(5)

“En la perspectiva de la formación profesional, se considera necesaria una convergencia y mutua retroalimentación entre las propuestas académicas y la demanda ocupacional, que se expresa en el contexto social y político. Se requiere un conocimiento constante y una interpretación sistemática de los procesos sociales, políticos y económicos.

No se refiere únicamente a las demandas que puede provenir del Estado y de instituciones públicas y privadas, sino también se enriquece, por las alternativas que emanan de los movimientos sociales.”(5)

“El estudio del perfil ocupacional no puede limitarse a un análisis unilateral de las propuestas desde las instituciones. Tiene que reconocer el carácter contradictorio, así como el sentido real de las demandas que se hacen a la profesión. El tipo de respuesta y la forma de atención que brindan las instituciones, responden contradictoriamente a esas necesidades y se articulan a la lógica de acumulación imperante. Por otro lado, una propuesta que nace de un movimiento social, puede expresar intereses de clases legítimos, al defender su legítimo derecho a la asistencia y a la participación social. Sin embargo pueden reproducir alternativas de carácter asistencialista, que consolidan al sistema vigente.”(5)

“Los elementos señalados justifican que la definición del perfil académico pasa por tener un acercamiento objetivo y científico a las Políticas Sociales. Es en el ámbito de aquellas que se ha desarrollado la profesión, ésta se ha

Otra implicación básica de éste modelo es la creatividad. Para esto se favorece la creatividad individual y grupal desalentándose todo tipo de homogeneización cultural: modas, pautas de consumo, tecnología, arte y ciencia de otros países. Esto se orienta a una movilización social en sentido amplio, concebida como un proceso de liberación de las condiciones de necesidades humanas (pobreza), inducción de hábitos de solidaridad, promoción de mayor identidad social y nacional.”(4)

POLITICAS SOCIALES EN LA PROVINCIA

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente se creó según Decreto N° 20 del 13 de diciembre de 1999 de acuerdo a la Ley de Ministerios 25.233.

Su Misión consiste en planificar, ejecutar y coordinar los Programas Sociales, cuyos objetivos tiendan a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más pobres y vulnerables del país.

El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente está compuesto por una estructura organizativa conformada por:

1. Secretaría de Políticas Sociales.
2. Secretaría de Desarrollo Social.
3. Subsecretaría de Promoción Social.
4. Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social.
5. Secretaría de Deporte y Recreación.
6. Secretaría de Desarrollo Sustentable y Política Ambiental.
7. Subsecretaría de Ordenamiento y Política Ambiental
8. Subsecretaría de Coordinación.

Organismos descentralizados dependientes:

- Consejo Nacional del Menor y la Familia
- Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACYM)
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

- Fondo Fiduciario de Capital Social (FONCAP)

Organismo con administración desconcentrada:

- Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

Los programas del Ministerio articulan cuatro ejes centrales:

1. Alimentación y nutrición
2. Infraestructura social básica
3. Desarrollo comunitario e integración social
4. Desarrollo de capacidades de gestión a través de la creación o fortalecimiento de las redes asociativas entre la comunidad, los organismos gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil

Alimentación y Nutrición

- Programa Unidos

Acciones Compensatorias, Subsidios y Emergencias

- Subsidios Institucionales
- Pensiones Asistenciales
- Ayuda Social a Personas
- Emergencias Sociales

Desarrollo Comunitario e Integración Social

- Programa Regional de Emprendimientos Sociales (REDES)

- Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR)
- Programa de Atención a Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (PROAME I y II)
- Programa de Atención a Menores Marginados Del Gran Buenos Aires (PROAMBA)
- Programas de la Dirección Nacional de la Juventud
- Programas del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)
- Programa Grupos Prioritarios
- Programa Nosotras – Area Mujer
- Programa de Escuelas de Formación Deportiva
- Programa de Atención a Grupos Vulnerables (sin confirmar)

Infraestructura Social Básica

- Programa Mejoramiento de Barrios (PROMEBA)
- Programa de Desarrollo Social en Areas Fronterizas del NOA y NEA (PROSOFA)
- Programa de Provisión de Agua Potable, Ayuda Social y Saneamiento Básico (PROPASA)
- Programa Arraigo

Fortalecimiento Institucional

- Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (Siempre)
- Centro Nacional de Organizaciones Comunitarias (CENOC)

HISTORIA

Y

CONTEXTO DE LOS

PROGRAMAS

DE DESARROLLO

Y ASISTENCIA

PROGRAMMA

FOR

7- HISTORIA Y CONTEXTO DE LOS PROGRAMAS FOPAR Y DE SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL CHACO.

7-1- PROGRAMA FOPAR

Qué es el FOPAR?

El Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR), integra el Programa Participativo de Desarrollo Social (PRODESO) de la Secretaria de Desarrollo Social de la Nación.

El Objetivo fundamental de éste programa es de constituirse en un mecanismo transparente de financiamiento de iniciativas comunitarias en el departamento más pobre del país, promoviendo la participación y el compromiso comunitario.

A través de una estrategia de incorporación de las demandas sentidas de la población objetivo actuará como un nuevo modelo de gestión por medio de la participación comunitaria y su articulación con los niveles institucionales.

Los proyectos a ser financiado por el FOPAR deberán:

- Responder a las necesidades sentidas de los beneficiarios, mejorando la calidad de vida de los mismos.
- Promover la participación y el compromiso comunitario.
- Desarrollar habilidades en la comunidad para generar y formular nuevos proyectos, así como para mejorar la capacidad de autogestión de las organizaciones de bases y su protagonismo en la administración de sus recursos.

- Mejorar la articulación y el acceso de las comunidades pobres con otros programas y proyectos sociales a través de intervenciones integradas a nivel local.

ORGANIZACION DEL FOPAR EN EL NIVEL CENTRAL

Para la ejecución del FOPAR se crea una Oficina Central del Fondo(OCEF), que durante la Etapa Piloto depende de la Subsecretaria de Proyectos Sociales de Secretaria de Desarrollo Social. Una vez Finalizada la Etapa Piloto se vinculará directamente con Secretario de Desarrollo Social.

La OCEF está conformada por la coordinación y dos direcciones: 1) **Promoción y Proyecto** y 2) **Programación, Seguimiento y Control**. En cada dirección existe un grupo de profesionales encargados de atender las distintas funciones del FOPAR. Además, para el tratamiento de temáticas claves, la Coordinación cuenta con el apoyo de asesores.

En cada provincia el Fondo contará con las siguientes instancias operativas:

- La Unidad Provincial de Fondo (UPF)
- El Consejo Provincial Participativo (CPP)
- La Comisión Local de Desarrollo Social (CLDS)
- El Núcleo de Beneficiarios (NuB)

La Unidad Provincial del Fondo está formada por un coordinador provincial designado por la OCEF y personales especializados en promoción y organización comunitaria, y supervisión de los proyectos del Fondo.

En cada proyecto se constituirá un **núcleo de beneficiarios**, constituidos por beneficiarios del proyecto. El NuB será un ámbito organizativo necesario

para vincularse con el Fondo y que permitirá vincular a los grupos a protagonizar una ejecución participativa y crecientemente autónoma de los proyectos financiados por el Programa.

ETAPA PILOTO: estrategia

El Fondo comenzará a operar a través de una primera etapa piloto de dos años de duración, concentrando sus esfuerzos en las seis provincias del norte, tanto en los barrios carenciados de las capitales como en los departamentos que presentan valores críticos de pobreza.

A partir de la realización de diagnósticos institucionales y de talleres participativos con potenciales beneficiarios en localidades - testigos, se definieron las dos líneas de acción del Fondo dirigidas a:

- ♦ **Localidades Pobres**, municipios localizados dentro de los 92 departamentos con niveles críticos de pobreza (más del 40% NBI) de las 6 provincias del Norte del país.
- ♦ **Barrios Carenciados**, barrios de las capitales provinciales, en los que el Fondo convocará a concursos, para la presentación de proyectos que beneficien principalmente a los grupos vulnerables seleccionados para la etapa piloto: mujeres de hogares pobres y jóvenes en situación NBI.

Se inicia paulatinamente el trabajo en algunas provincias, en base a la metodología de focalización, para alcanzar gradualmente la cobertura en las seis provincias. Durante los primeros seis meses, el trabajo del Fondo estará concentrado en Misiones y Jujuy, para lanzarse de lleno en las restantes cuando el primer grupo se encuentre encaminado y los instrumentos hayan sido sometidos a una prueba y ajuste.

Las áreas de intervención del FOPAR se definen como aquellos espacios temáticos que agrupan a los "proyectos tipos", diseñados conforme los objetivos señalados para cada uno de ellos.

AREAS BASICAS DE INTERVENCION

1. **Desarrollo y Fortalecimiento comunitario:** ésta área está orientada a capacitar a los sectores de la comunidad y a las organizaciones de base a fin de fortalecer sus iniciativas y generar o aumentar su capacidad de gestión para formulación, gestión y administración de proyectos sociales.
2. **Infraestructura Social y Económica:** destinada a otorgar asistencia técnica y financiera a las iniciativas comunitarias relativas al desarrollo de infraestructura comunitaria que posibilite el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad: la construcción o mejoramientos de Centros Comunitarios y/o Servicios, Capacitación de los beneficiarios para su sostenimiento en el tiempo. Apunta a la utilización de recursos propios de la zona y a la generación de tecnologías alternativas de bajos costos.
3. **Actividades Económicas y Productivas:** Destinados al fortalecimiento de las capacidades productivas de la comunidad a fin de incentivar mejoras en la producción y en el consumo, para revertir la calidad de vida de la comunidad. Incluye asistencia técnica, financiera y crediticia en pequeños emprendimiento desarrollados por grupos específicos atendidos por el FONDO, en localidades y áreas urbanas pobres tendiente a mejorar la producción, la rentabilidad y los ingresos familiares.

CATEGORIAS DE PROYECTOS TIPO

1. Desarrollo y Fortalecimiento Comunitario

- Formación de Agente Líderes y Animadores Comunitarios
- Fortalecimiento y organizaciones de base
- Promoción de desarrollo comunitario

2. Infraestructura Social y Económica

- Saneamiento Básicos (letrinas y fosas sépticas).
- Nuevas Fuentes Energéticas
- Apoyo a Infraestructura comunitaria

3. Actividades Económicas Productivas

- Apoyo a Microempresas existentes del sector informal urbano.
- Fortalecimiento de organizaciones de bases en actividades de naturaleza económica.

SEGUIMIENTO Y CONTROL

Como su nombre lo indica el Fondo Participativo de Inversión Social se propone expresamente alentar el protagonismo de los beneficiarios en todas las etapas del ciclo del proyecto. A fin de promover condiciones adecuadas para el logro de éste objetivo es necesario asimismo realizar un seguimiento crítico de las modalidades de intervención del Fondo, particularmente en el nivel local.

El *Seguimiento o Monitoreo* - conceptos considerados como sinónimos - designa aquella actividad de acompañamiento activo a los beneficiarios, con el fin de favorecer su protagonismo en la gestión de los proyectos y de ese modo optimizar condiciones favorables a su sostenibilidad en el tiempo.

El *Control* alude al seguimiento del proyecto en su aspecto administrativo, legal, técnico y financiero, en relación con las normativas establecidas en el Fondo. Se concentra en la verificación del uso de los fondos en relación con el destino pactado y en el cumplimiento de las normativas fijadas por el Fondo en sus reglamentos.

Se encuentra organizado en torno a los tres niveles institucionales del FONDO. Dos de ellos- el Nivel Central y el Provincial- forman parte de su estructura. El restante - el Nivel Local - abarca a la comunidad y a los representantes de los beneficiarios.

En cada provincia existe una Unidad Provincial del Fondo formada por un Jefe Operativo Provincial, del cual depende un grupo de supervisores.

En el nivel local opera el sistema de Supervisores de los proyectos, que abarca aspectos físicos, sociales, de aprendizajes financieros. La responsabilidad primaria de control recae en el supervisor, aunque el núcleo de Beneficiarios también participa en el seguimiento y control del proyecto que estén desarrollando.

El trabajo de Monitoreo está a cargo de un Monitor externo, con la cooperación del supervisor.

OBJETIVOS GENERALES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

- Asegurar que la evolución de los proyectos se ajusten a los objetivos, planes, metodologías y procedimientos acordados.
- Garantizar que la población beneficiaria corresponda a la población - objetivo definida en el proyecto aprobado, y que los beneficios del proyecto tengan relación con las necesidades de aquellos.
- Asegurar transparencia en la gestión del proyecto y en el modo de utilización de los recursos.

- Revelar la información necesaria para evaluar el grado de avance en la ejecución de los proyectos, introducir a tiempo ajustes a los mismos y efectuar proyecciones de resultado y sobre la calidad de los trabajos efectuados en los proyectos,
 - Maximizar la transferencia de los conocimientos sobre gestión de proyecto hacia el nivel local.
 - Promover la sostenibilidad del proyecto a través de una creciente participación organizada de los actores locales en el seguimiento y control de los proyectos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar el grado de cumplimiento de los objetivos, metas, actividades, plazos y formas de utilización de los recursos en relación con lo pactado en los contratos.
- Identificar logros y dificultades y retroalimentar en forma participativa el proceso de ejecución.
- Verificar si los desembolsos solicitados por el ejecutor sean proporcionados al avance real de los proyectos.
- Efectuar el control técnico y financiero de los proyectos y la calidad de los servicios prestados.
- Elaborar propuestas de mejoramiento o rectificación de la operatoria y de la metodología utilizada.
- Completar, poner a prueba y revisar el diseño metodológico de seguimiento y control.
- Efectuar aporte para el Monitores y programación del Fondo en su conjunto.

- Generar, sistematizar y mantener actualizada información sobre seguimiento y control de proyectos, y sobre los diferentes actores e instituciones intervinientes.

PROGRAM

THE

WORLD

7- 2- PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL CHACO

En la provincia del Chaco, el tema de la Salud Mental, entendida como concepto integral e integrador del ser humano, es muy reciente. Por lo tanto será necesario retrotraerse a los inicios, de como se fueron dando las situaciones hasta hoy día.

El Ministerio de Salud Pública y Acción Social (por aquel tiempo, hoy funcionan separados) como respuesta a la demanda en el área de "psiquiatría", realiza un convenio con la provincia de Córdoba a fin de enviar a la Colonia Psiquiátrica Oliva, a todos los enfermos sin discriminar entre epilépticos, alcohólicos, demencias, etc. Se crea una oficina que funcionaba en el Ministerio de Salud, que era el ente derivador, que con el tiempo se va institucionalizando.

Llegando en un momento a ser doscientos los pacientes enviados.

Posteriormente, hace algunos años, ante la finalización del convenio, los pacientes son devueltos a sus lugares de origen.

Actualmente, permanecen cerca de cincuenta chaqueños aproximadamente, debido a que no se cuenta con datos de los familiares o han dejado de existir los familiares.

Por ese tiempo, en la provincia ante la inexistencia de lugares adecuados para brindar asistencia, los enfermos "difíciles de contener" eran alojados en dependencias policiales, comisarias y hasta en las Alcaldías de la Policía Provincial.

Recién en 1.972, se viabiliza la creación y habilitación de un "servicio de psiquiatría" en el Hospital Julio C. Perrando (complejidad VI) en la ciudad de Resistencia, y un año más tarde, uno de similar característica en la ciudad de Presidencia Roque Saénz Peña, en la provincia del Chaco. (Pcia. R. S. Peña es la segunda ciudad en importancia de la provincia).

En la ciudad de Resistencia, existen dos instituciones privadas destinadas a internación de población adulta, psiquiátrica y gerontológica conjuntamente sin discriminación.

En el interior de la provincia, solo existe una institución privada para internación en la ciudad de presidencia Roque Saenz Peña.

La atención en consultorios externos es más numerosa pero la demanda se restringe debido a los costos de la consulta.

En relación, al Servicio de Salud Mental de la ciudad de Resistencia, se expondrá una contextualización histórica de la misma.

Este Servicio denominado actualmente de Salud Mental, está incluido dentro del Hospital General "Dr Julio C. Perrando", de complejidad VI. Depende administrativamente de la Dirección de éste y técnicamente de la Dirección de Salud Mental, que funciona en el Ministerio de Salud Pública.

Orgánicamente está dirigido por un médico psiquiatra con cargo de jefe de servicio.

Cuenta con un área de internación y una de atención externa. El área de internación tiene capacidad para 34 pacientes, de ambos sexos, dispone de oficina de enfermería, cocina, comedor, estar y espacios verdes.

El área de atención externa, posee consultorios, taller de laborterapia, de música.

A partir de 1989 se incorpora la residencia interdisciplinaria de Salud mental integrada por médico, psicólogo, trabajador social, enfermero universitario.

El Servicio de salud mental, como toda institución ha estado sujeta a los cambios de los acontecimientos políticos, económicos y sociales con las consecuentes modificaciones en las modalidades terapéuticas.

Se pueden observar tres periodos;

PRIMER PERIODO; el servicio fue creado en 1972 como comunidad terapéutica, correspondiendo a las políticas mundiales sustentadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud), con respecto a un posible abordaje en el área de la Salud mental.

En este periodo con orientación dinámica, se sigue en líneas generales los principios postulados por Pichón Riviere.

SEGUNDO PERIODO; a partir de 1973 con la asunción de un nuevo director, cambia la modalidad de atención, se producen así mismo otros hechos que van a marcar una determinada orientación, denominada Asilar.

Estos cambios tienen que ver con las políticas implementadas en ese sector de salud, cabe mencionar que desaparece el servicio Integral de salud Mental, se produce el desmantelamiento del personal asignado y del mobiliario existente. Esto expresa la concepción acerca de la locura y su tratamiento.

Se materializa la construcción de un MURO que separa a los "locos" quienes quedan solamente en el área de internación.

El personal es trasladado, y los nuevos asignados son a modo de castigo.

En el abordaje terapéutico tenía predominancia el enfoque biológico, el tratamiento era medicamentoso, al final de este periodo se utiliza la terapia electroconvulsiva.

La modalidad asilar se expresa en el número de pacientes que desbordaba la capacidad de internación.

TERCER PERIODO; en 1983, con la apertura democrática se organizó la Dirección de Salud Mental a nivel nacional, auspiciando la modificación de las políticas de salud mental a implementar. Esto a su vez, permite la creación de su par en la provincia.

Se comienzan a establecer cambios destacables como ser: la recuperación del sector de consultorios externos, laborterapia y administrativo. Se derriba el muro que dividía las dos áreas, se promueven discusiones con todo el personal acerca de la nueva modalidad a seguir. Se produce el reingreso de los profesionales trasladados. Se prohíbe la aplicación de la terapia electroconvulsiva. Aumenta el número de personal de enfermería. Esto trae como consecuencia un aumento en la externación de pacientes tratados por consultorio externo, completándose el tratamiento con el Programa Ambulatorio.

Se modifican las estrategias de atención profesional, creándose equipos. Se promueve la docencia. Se crean espacios de reflexión.

Puede consignarse que el primer período descrito, corresponde en el contexto social, al lapso que transcurre entre 1972 - 1973; en la etapa del gobierno peronista. Luego, en el segundo momento señalado, correspondería a los cambios políticos ocurridos en el país con la administración de la señora María Estela Martínez de Perón y continúan acentuándose las características originadas en este momento durante el proceso militar y hasta después de la asunción nuevamente, del gobierno democrático.

En la actualidad la Dirección de Salud Mental; dependiente del Ministerio de Salud Pública, coordina las actividades del área en toda la provincia.

En éste marco, en 1.995, surge la necesidad ante la falta de una política de Salud Mental Nacional y Provincial, de planificar un "Programa de Salud Mental", donde se presenten líneas de acción concretas para el sector.

Se instrumenta de ésta manera el Programa de Salud Mental, donde se contempla la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la Salud Mental, en el marco de la Salud Mental Comunitaria.

Teniendo como estrategia la Atención Primaria de la Salud, para atender las necesidades esenciales en materia de salud de tanta gente como sea posible y al costo más reducido.

Así es como se delimita el eje vertebrador.

Los otros ejes son los comprendidos dentro del tratamiento ambulatorio con atención de equipos interdisciplinarios.

En lo que tiene que ver con el tratamiento, se busca la integración de la familia con el sufriente mental, reforzando los vínculos deteriorados.

La familia es considerada como uno de los principales agentes de salud.

Fortalecer la trama social, como forma de contención en el ámbito de origen.

Incluir a todos los actores sociales dentro del ámbito del tratamiento.

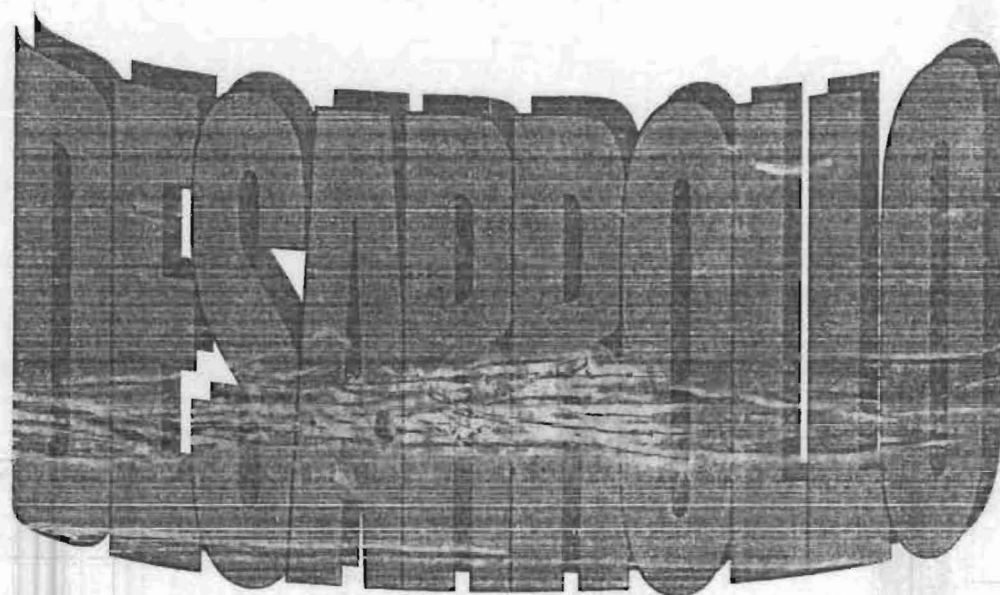
Trabajar para posibilitar la sensibilización y concientización de la comunidad hacia la aceptación, integración de la persona con sufrimiento mental.

Desmitificar el miedo a lo que implica la locura y posibilitar la inclusión en actividades, donde puedan desarrollar hábitos de vida plena e integral.

La población del Chaco se encuentra en su gran mayoría sin cobertura en lo que respecta a la atención de la Salud Mental. Se cuenta con dos servicios en la provincia, no siendo suficientes para la atención de la demanda, debido a la cantidad de población distribuidas en grandes extensiones de territorio, distantes unos de otros.

La falta de medios de movilidad gratuitos (ambulancia, etc) obstaculizan el acceso a la atención especializada, debido a las distancias.

Los recursos humanos son insuficientes ante el crecimiento sostenido de los casos. Es decir, en realidad, la distribución de los recursos humanos especializados están concentrados en la capital de la provincia y más precisamente en el Servicio del Hospital Julio C. Perrando.



8- DESARROLLO

En éste capítulo se transcribe en forma textual lo que está escrito en el programa FOPAR, teniendo en cuenta Objetivos Metodología, Población, Funciones y Actividades del Supervisor.

8-1- PROGRAMA FOPAR

FOPAR (Fondo Participativo de Inversión Social) , es un Programa de la Secretaria de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación, que:

- ♦ Genera capacidades en las comunidades para identificar y priorizar problemas comunitarios, formular, ejecutar y operar proyectos destinados a mejorar las condiciones socioeconómicas de dichas poblaciones.
- ♦ Financia pequeños proyectos comunitarios de las poblaciones más pobres y grupos vulnerables del país.
- ♦ Promueve la participación, la organización y el protagonismo de los beneficiarios en la resolución de sus necesidades.

Sus recursos provienen de la Secretaría de Desarrollo Social y de un préstamo otorgado por el Banco Mundial. Su implementación en cada provincia se realiza a través de un convenio con el Gobierno Provincial.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo fundamental de éste programa es de constituirse en un mecanismo transparente de financiamiento de iniciativas comunitarias en el departamento más pobre del país, promoviendo la participación y el compromiso comunitario.

A través de una estrategia de incorporación de las demandas sentidas de la población objetivo actuará como un nuevo modelo de gestión por medio de la participación comunitaria y su articulación con los niveles institucionales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ♦ Promover la formulación y presentación de proyectos de las comunidades más pobres del país.
- ♦ Responder en forma flexible y eficaz, a las demandas prioritarias de la población de localidades y barrio en situación de pobreza, con el fin de mejorar las condiciones de vida de dicha población y su acceso a otros programas y a otros proyectos sociales.
- ♦ Fomentar la capacidad de gestión social de las organizaciones de base, comunitarias, organizaciones de apoyo, municipios y provincias, para facilitar la articulación entre organizaciones intermedias e instituciones públicas.
- ♦ Apoyar las iniciativas comunitarias que tiendan al mejoramiento de las condiciones de vida, brindándole financiamientos, capacitación y asistencia técnica. Mejorar la capacidad de autogestión de las organizaciones de base y su protagonismo en la administración de sus recursos, promoviendo la participación y el compromiso comunitario.
- ♦ Articular las demandas y proyectos con programas globales y sectoriales evitando superposiciones y tendiendo a complementar su accionar en función de los sectores de mayor pobreza.
- ♦ Contar con un instrumento ágil de financiamiento comunitario, que sirva para llegar directamente, con mayor rapidez y eficiencia a las poblaciones más pobres y a los grupos más vulnerables.

METODOLOGIA

El FOPAR desarrolla dos líneas de acciones:

- ♦ Línea urbana (la integran las ciudades de más de 30.000 habitantes)
- ♦ Línea de localidades (incluye ciudades con menos de 30.000 habitantes).

El programa financia, a través de proyectos comunitarios, capacitación, asistencia técnica, equipamiento y obras físicas para desarrollar capacidades en las organizaciones, mejorar la infraestructura social y económica y contribuir al desempeño en actividades de tipo económico.

Para la presentación de proyectos el Programa cuenta con bases, condiciones y formularios, disponibles en cada Oficina Provincial.

En cada barrio o paraje seleccionado un equipo de Promotores, integrados por profesionales con experiencias en trabajos comunitarios, realizará reuniones informativas de capacitación y de consulta, a fin de asistir técnicamente a grupos comunitarios y técnicos involucrados en la formulación de los proyectos.

Una vez que los proyectos son presentados, pasan por la etapa de elegibilidad. Luego de ser legibles, siguen hacia la Evaluación. Después de ser evaluados, recorren el proceso de contratación para el financiamiento, que dará lugar más adelante inicio del proyecto.

La ejecución es supervisada por Consultores externos contratados por el Programa.

POBLACION

El FOPAR beneficia a las poblaciones más pobres del país.

Durante los próximos años se concentrarán los esfuerzos en las 10 provincias del Norte Argentino y en la región Patagónica ya que en ellas se índices más altos de pobreza.

El FOPAR utiliza una metodología de focalización, esto significa seleccionar barrios y municipios del interior de las provincias, en función del porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

La selección de los lugares específicos de trabajo en cada provincia está a cargo del Consejo Participativo Provincia (CPP) en las regiones del NOA y del NEA y del Consejo Participativo Regional (CPR) y en la región Patagónica. Estos Consejos están integrados por representantes de las distintas áreas de los gobiernos provinciales, de las organizaciones no gubernamentales, de iglesias y de Universidades.

FUNCIONES DEL SUPERVISOR

- ♦ Acompañar y apoyar a los beneficiarios para que puedan ejercer en forma responsable la administración del proyecto y el control participativo.
- ♦ Realizar el control de los proyectos en el nivel local, aprobando las rendiciones de cuentas y la solicitud de desembolso, si la revisión fue positiva.
- ♦ Certificar los avances de los proyectos, considerando, en el caso de obra, los informes del Inspector de Obra
- ♦ Propender al cumplimiento de los contratos ejecutando acciones preventivas de conflictos y de dificultades en la ejecución de los proyectos.

- ♦ Apoyar a los beneficiarios en todas aquellas cuestiones que afecten la sostenibilidad de los proyectos, promoviendo su compromiso, formas de participación y de formalización legal, responsabilidades de mantenimiento, etc.
- ♦ Releva información básica sobre la ejecución de los proyectos y sobre los núcleos de beneficiarios, a fin de retroalimentar las etapas de promoción, evaluación y programación del FOPAR.
- ♦ Sistematizar la información recogida en campo para su posterior utilización en actividades de monitoreo, programación y evaluación ex post.
- ♦ Informar a los beneficiarios sobre los resultados obtenidos a partir de las tareas de supervisión, aportando propuestas para el mejoramiento de las actividades del proyecto.

ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR Y/O PROMOTOR

- ♦ Diligenciar los instrumentos básicos correspondientes a la tarea de supervisión y promoción.
- ♦ Releva información básica y realizar diagnósticos sobre las zonas focalizadas y los núcleos de beneficiarios.
- ♦ En localidades, apoyar a las Comisiones Locales de Desarrollo (CLDS).
- ♦ Proporcionar la información a los distintos actores de la propuesta del FOPAR en barrios y localidades.
- ♦ Realizar la capacitación y la asistencia técnica a los grupos de beneficiarios en barrios y localidades para la presentación de proyectos del FOPAR.
- ♦ Realizar la capacitación y la asistencia técnica a los técnicos que apoyen a los grupos de beneficiarios en la formulación participativa de proyectos.

- ◆ Apoyar a los Núcleos de Beneficiarios en el período comprendido entre la presentación y la ejecución de los proyectos comunitarios.
- ◆ Supervisar el cumplimiento de los contratos y ejecutar acciones preventivas de conflictos y de dificultades en la ejecución de los proyectos.
- ◆ Certificar los desembolsos parciales y la finalización de cada proyecto tras verificar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por las partes.
- ◆ Apoyar y promover a los beneficiarios en todas aquellas cuestiones que afecten la sostenibilidad de los proyectos, promoviendo su compromiso, formas de participación, responsabilidades de mantenimiento, etc.
- ◆ Tabular e ingresar la información al sistema de datos del FOPAR.

Definición de funciones detectadas por las alumnas en el programa FOPAR (*)

- 1) **SUPERVISION:** "Actividad o conjunto de actividades que desarrolla una persona al supervisar y/o dirigir el trabajo de un grupo de persona, con el fin de lograr de ella su máxima eficiencia y satisfacción mutua. Se trata, como lo ha definido María José Aguilar, de "un proceso sistemático de (a)control, seguimiento, evaluación, orientación ,asesoramiento y formación; de carácter administrativo y (b)educativo; que lleva a cabo una persona en relación con otras, sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la organización; a fin de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios."

- 2) **EDUCADOR SOCIAL INFORMAL:** " • Ayuda a la gente para que aumente sus conocimientos, destrezas y habilidades a fin que pueda resolver sus problemas; se trata de ofrecer ayuda a las personas para que puedan ayudarse a si misma. Esto es lo que se ha denominado como "transferencia de tecnologías sociales". • "Es un catalizador de los procesos de cambios, usando diferentes modalidades de intervención para crear condiciones favorables que contribuyan a generar una participación activa de individuos, grupo o comunidades en el mejoramiento de sus condiciones de vida." • "Procura los medios para que las personas y las instituciones asimilen constructivamente los cambios que se derivan de la evolución de la sociedad."

(*) Se han utilizado como base a las funciones del Trabajador Social descripta por Ander Egg Ezequiel, "Diccionario del Trabajo Social", Bs.As. 1.999 - Editorial LUMEN -

- 3) **PROMOCION:** "En las diferentes metodologías de intervención social, esta expresión designa la acción para elevar a un conjunto de personas o grupo social a una situación más elevada o a una dignidad mayor. Potenciación de los recursos de un grupo social, de una comunidad o de una sociedad..."
- 4) **SEGUIMIENTO:** "Proceso analítico que, mediante un conjunto de actividades, permite registrar, recopilar medir, procesar y analizar una serie de informaciones que revela la marcha o desarrollo de una actividad programada. Es una forma de supervisión constante y/o periódica de la ejecución de una actividad, con el propósito de asegurar el cumplimiento del calendario del trabajo y la entrega de insumo en el momento oportuno (bienes, fondos, servicios, mano de obra, tecnología, y otros recursos). Todo ello orientado a asegurar el logro de los objetivos previstos en el programa o proyecto."

a

CUADRO N° 1: DATOS PROCESADOS

Los datos consignados en la columna de “**COMO SE LLEVAN A CABO**” las actividades asignadas en el Programa FOPAR, se obtuvieron a través de la implementación de una planilla a cada uno de las siete Profesionales que se desempeñan como supervisores.

FUNCION	PROGRAMA FOPAR FUNCIONES DEL SUPERVISOR	PROGRAMA FOPAR ACTIVIDADES SUPERVISOR/PROM OTOR	COMO SE LLEVA A CABO
4	♦ “Acompañar y apoyar a los beneficiarios para que puedan ejercer en forma responsable la administración del proyecto y el control participativo.”	♦ 1) No están explicitadas.	♦ Se llevan a cabo capacitaciones y reuniones <u>con tiempos profesionales limitados</u> mediante: a)La supervisora se comunica con el referente por teléfono. b)A través de una planificación con los beneficiarios.
1 (a)	♦ “Realizar el control de los proyectos en el nivel local, aprobando las	♦ 2) “Certificar los desembolsos parciales y la finalización de	♦ ❶ Se llevan a cabo a través: a)De reuniones planificadas con los

1 (a)	rendiciones de cuentas y la solicitud de desembolso, si la revisión fue positiva.” ♦ “Certificar los avances de los proyectos, considerando, en el caso de obra, los informes del Inspector de Obra.	cada proyecto tras verificar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por las partes.”	representantes del proyecto. b) Reuniones planificadas con todos los beneficiarios. ♦ ② <i>Se lleva a cabo:</i> a) Teniendo en cuenta la planilla de avance del proyecto realizado por el inspector de obra. - b) No teniendo en cuenta la planilla de avance del proyecto realizado por el inspector de obra.
1 (a)	♦ “Propender al cumplimiento de los contratos ejecutando acciones preventivas de conflictos y de dificultades en la ejecución de los proyectos”	♦ 3) “Supervisar el cumplimiento de los contratos y ejecutar acciones preventivas de conflictos y de dificultades en la ejecución de los proyectos.”	♦ ② <i>Se lleva a cabo:</i> <u>Con tiempo</u> <u>profesionales</u> <u>medidos:</u> a) Telefónicamente se acuerdan reuniones con los beneficiarios para recordar los compromisos

			asumidos en los contratos por las distintas partes. b)Cada vez que se visita a los beneficiarios se controla los cumplimientos de los contratos entre las partes
1 (b)	♦ “Informar a los beneficiarios sobre los resultados obtenidos a partir de las tareas de supervisión, aportando propuestas para el mejoramiento de las actividades del proyecto.”		♦ ② <i>Se lleva a cabo:</i> <u>Con tiempo</u> <u>profesionales</u> <u>medidos:</u> a)Se planifican reuniones y/o asambleas con todos los beneficiarios y los técnicos. b) De vez en cuando al realizar visitas al proyecto, con los representantes del mismo.
4 y 1 (b)	♦ “Apoyar a los beneficiarios en todas aquellas	♦ 4)“Apoyar y promover a los beneficiarios en	♦ <i>Se llevan a cabo</i>
			<u>Con tiempo</u>
			<u>profesionales</u>

	cuestiones que afecten la sostenibilidad de los proyectos, promoviendo su compromiso, formas de participación y de formalización legal, responsabilidades de mantenimiento, etc."	todas aquellas cuestiones que afecten la sostenibilidad de los proyectos, promoviendo su compromiso, formas de participación, responsabilidades de mantenimiento, etc."	<u>medidos :</u> a) Se coordina reuniones informativas con los beneficiarios, técnicos y/o terceros. b) El supervisor, mediando entre las instituciones y el FOPAR para garantizar los compromisos asumidos.
4	➤ "Relevar información básica sobre la ejecución de los proyectos y sobre los núcleos de beneficiarios, a fin de retroalimentar las etapas de promoción, evaluación y programación del FOPAR."	➤ 5) "Tabular e ingresar la información al sistema de datos del FOPAR."	➤ Se lleva a cabo por medio de: a) Anotando en un "cuaderno de campo" los datos que el programa solamente solicita. b) Anotando en un "cuaderno de campo" todas las acciones.
4	➤ "Sistematizar la información recogida en campo"	➤ 6) "Diligenciar los instrumentos básicos"	➤ Si se lleva a cabo por el Supervisor: a) Se llenan todas las

	para su posterior utilización en actividades de monitoreo, programación y evaluación ex post."	correspondientes a la tarea de supervisión y promoción."	planillas. b) Se llenan algunas planillas.
3	♦ No están explicitadas.	♦ 7) "Relevar información básica y realizar diagnósticos sobre las zonas focalizadas y los núcleos de beneficiarios."	♦ Si se llevan a cabo por medio de <u>tiempos profesionales medidos por el Programa.</u> <i>Para diagnosticar la zona:</i> a) El profesional detecta referentes en lugares focalizados interrogando a vecinos por medio de preguntas dirigidas, para recaudar información de la población objeto. b) Se establece contacto con referentes predeterminados sin desde el programa.

3		♦ 8) "En localidades, apoyar a las Comisiones Locales de Desarrollo (CLDS)."	♦ <i>No se lleva a cabo.</i>
3		♦ 9) "Proporcionar la información a los distintos actores de la propuesta del FOPAR en barrios y localidades."	♦ <i>Se lleva a cabo <u>con tiempos profesionales limitados</u>:</i> a) Se acuerda a través de los o el referente barrial, reuniones con los distintos actores. b) Directamente con los distintos actores se establecen días de reuniones.
3 2		♦ 10) "Realizar la capacitación y la asistencia técnica a los técnicos que apoyen a los grupos de beneficiarios en la	♦ <i>Se llevan a cabo <u>con tiempos profesionales limitados</u> :</i> a) Se coordina con los beneficiarios y con los técnicos reuniones de

3		formulación participativa de proyectos. ♦ 11) "Apoyar a los Núcleos de Beneficiarios en el período comprendido entre la presentación y la ejecución de los proyectos comunitarios."	capacitaciones. b) Se establece días de reunión por separados con técnicos y con beneficiarios. ♦ Se llevan a cabo con <u>tiempos profesionales limitados</u>: a) Concurriendo a los lugares para acercar información a los beneficiarios b) Telefónicamente a través de un referente.
---	--	---	---

ANALISIS

Las actividades descritas por el Programa, responden a funciones que expresadas desde el Trabajador Social se desprende que; de las **siete actividades** del Programa **tres** responden a funciones de *Seguimiento (1)*, **tres** a *Supervisión – Control (3-a)*, **uno** a *Supervisión – Educativo (1-b)*, **cinco** y a *Promoción (3)*. *Una Actividad de promoción responde a funciones de Seguimiento(4) y Promoción(3) a la vez.*

En el cómo se llevan a cabo las actividades por el profesional en las actividades: **1**(la cual no está expresada por el Programa pero si sobre entendida), **3**, **4**, **7**, **9**, **10** y la **11**; se observa una constante: **tiempos profesionales medidos.**

CUADRO N°2 DATOS PROCESADOS

El cuadro que sigue a continuación, se desprende del anterior mostrando las frecuencias de ocurrencia de las actividades llevadas a cabo por las profesionales.

PROGRAMA FOPAR Actividades Supervisor/Promotor	COMO SE LLEVA A CABO	RESPUESTAS REGISTRADAS	
		Frecuencia	%
1) No están explicitadas	♦ Se llevan a cabo capacitaciones y reuniones <u>con tiempos profesionales limitados</u> mediante: a)La supervisora se comunica con el referente por teléfono. b)A través de una planificación con los beneficiarios.	4	57
		3	43
		7	100
TOTAL			
2)"Certificar los desembolsos parciales y la finalización de cada proyecto tras verificar el cumplimiento de las obligaciones contraídas	♦ Se llevan a cabo a través: a)De reuniones planificadas con los representantes del proyecto.	5	71

por las partes."	b) Reuniones planificadas con todos los beneficiarios.	2	29
TOTAL		7	100
	♦ ② <i>Se lleva a cabo:</i>		
	a) Teniendo en cuenta la planilla de avance del proyecto realizado por el inspector de obra.	3	43
	b) No teniendo en cuenta la planilla de avance del proyecto realizado por el inspector de obra.	4	57
TOTAL		7	100
3) "Supervisar el cumplimiento de los contratos y ejecutar acciones preventivas de conflictos y de dificultades en la ejecución de los proyectos."	♦ ① <i>Se lleva a cabo:</i> <u>Con tiempo profesionales</u> <u>medidos:</u> a) Telefónicamente se acuerdan reuniones con los beneficiarios para recordar los compromisos asumidos en los contratos por las distintas partes.	3	43

TOTAL	b)Cada vez que se visita a los beneficiarios se controla los cumplimientos de los contratos entre las partes.	4	57
	♦ ② Se lleva a cabo: <u>Con tiempo</u> <u>profesionales</u> <u>medidos:</u>	7	100
	a)Se planifican reuniones y/o asambleas con todos los beneficiarios y los técnicos.	2	29
	b) De vez en cuando al realizar visitas al proyecto, con los representantes del mismo.	5	71
TOTAL		7	100

♦ 4) "Apoyar y promover a los beneficiarios en todas aquellas cuestiones que afecten la sostenibilidad de los proyectos, promoviendo su compromiso, formas de participación, responsabilidades de mantenimiento, etc."	Se llevan a cabo <u>Con tiempo profesionales</u> <u>medidos</u> : a) Se coordina reuniones informativas con los beneficiarios, técnicos y/o terceros. b) El supervisor, mediando entre las instituciones y el FOPAR para garantizar los compromisos asumidos.	3 4	43 57
TOTAL		7	100
♦ 5) "Tabular e ingresar la información al sistema de datos del FOPAR."	♦ Se lleva a cabo por medio de: a) Anotando en un "cuaderno de campo" los datos que el programa solamente solicita. b) Anotando en un "cuaderno de campo" todas las acciones.	5 2	71 29
TOTAL		7	100
♦ 6) "Diligenciar los instrumentos básicos"	♦ Si se lleva a cabo por el Supervisor:		

correspondientes a la tarea de supervisión y promoción."	a)Se llenan todas las planillas b)Se llenan algunas planillas.	4 3	57 43
TOTAL		7	100
♦ 7) "Relevar información básica y realizar diagnósticos sobre las zonas focalizadas y los núcleos de beneficiarios."	♦ Si se llevan a cabo por medio de <u>tiempos profesionales medidos por el Programa.</u> Para diagnosticar la zona: a) El profesional detecta referentes en lugares focalizados interrogando a vecinos por medio de preguntas dirigidas, para recaudar información de la población objeto. b) Se establece contacto con referentes predeterminados sin desde el programa.	4 3	57 43
TOTAL		7	100
♦ 8) "En localidades, apoyar a las	♦ No se lleva a cabo.	7	100

TOTAL		7	100
♦ 11) "Apoyar a los Núcleos de Beneficiarios en el período comprendido entre la presentación y la ejecución de los proyectos comunitarios."	♦ Se llevan a cabo con <u>tiempos profesionales limitados</u> :		
	a)Concurriendo a los lugares para acercar información a los beneficiarios	1	14
	b)Telefónicamente a través de un referente.	6	86
TOTAL		7	100

ANALISIS

La actividades número: 1, 6, y 7 son llevadas a cabo según el ítem a), por la mayoría de los profesionales (57 %).

La actividad número 2 ❶ es llevadas a cabo según el ítem a), por la mayoría de los profesionales (71 %).

La actividad número 2 ❷ es llevada a cabo según el ítem b), por la mayoría de los profesionales (57 %).

La actividad número 3 ❶ es llevada a cabo según el ítem b), por la mayoría de los profesionales (57%).

La actividad número 3 ❷ es llevadas a cabo según el ítem b), por la mayoría de los profesionales (71%).

La actividad número 4 es llevada a cabo según el ítem b), por la mayoría de los profesionales (57%).

Las actividades números **5 y 10**; son llevadas a cabo según el ítem **a)**, por la mayoría de los profesionales **(71%)**.

La actividad número ocho **(8)** no se lleva a cabo **(100%)**.

La actividad número nueve **(9)** es llevada a cabo según el ítem **a)**, por la mayoría de los profesionales **(86%)**.

La actividad número **11** es llevada a cabo según el ítem **b)**, por la mayoría de los profesionales **(86%)**.

Las actividades números: **1, 3, 4, 7, 9, 10 y 11**; son realizadas con tiempo profesionales limitados.

INTERPRETACION

Mediante el análisis del “cómo se llevan a cabo” las actividades que el programa FOPAR avala, se puede observar que la mayoría está relacionada con **el trabajo directo con la gente**. Esto responde a una de las funciones que el Programa dice hacer: “generar capacidades instaladas en las comunidades para identificar y priorizar problemas comunitarios, formular, ejecutar y operar proyectos destinados a mejorar las condiciones socioeconómicas de dichas poblaciones”.

Como Alayón Norberto expresa, durante la década del 50 en América Latina, “la cuestión ya no era trabajar para la gente sino con la gente: el llamado método de Organización y Desarrollo de la Comunidad se presentó como una nueva panacea en la práctica del Servicio Social”; marcando un período importante dentro de la historia del Trabajo Social, denominado Cientificismo

En las mayorías de las actividades del profesional, se visualiza una constante importante, que es el **escaso tiempo con que cuenta para llevar a cabo las actividades demandadas por el programa** (actividades nº1,3,4,7,9,10 y 11). Esta situación limita su accionar, obstaculizando el proceso grupal que la gente necesita tener para poder participar y organizarse, haciéndose cargo de todo lo que implica la sustentabilidad del grupo como organización y de los recursos que se le asignan, tanto materiales como las capacitaciones.

Se observa una importante contradicción en éste punto que no es menos, ya que el programa “desea” “generar capacidades instaladas...” en los beneficiarios y no incluye el tiempo con la gente para poder garantizarlo.

Objetivamente, las actividades que se expresan y las sobreentendidas (ejemplo: actividad 1) son viables a través de una metodología, que sirve de eje conductor, garantizando el control y cumplimiento de lo comprometido por los beneficiarios (ejemplo actividades 2 ❶ y ❷; y 3 ❶ y ❷), pero no se registra actividades que asegure que los beneficiarios sustente la sostenibilidad de los recursos asignados por el Programa.

La mayoría de las funciones descritas en el programa están definidas como actividades, las cuales fueron analizadas desde la perspectiva del Trabajador Social, tomando como base lo planteado por Ander Egg Ezequiel.

Se deduce a través del análisis, que las funciones según el orden de importancia, que permanecen constante son: las de *Promoción* con **5 actividades**, la cual 1 comparte con *Seguimiento*; *Supervisión* con **4 actividades**; *Seguimiento* con **5 actividades**, la cual 1 comparte con *Promoción* y luego *Educador Social* con **1 actividad**.

Esta realidad deja percibir y afirmar la tendencia del Programa, cuya mirada perfila hacia mediciones meramente cuantitativas más que cualitativas: (ejemplos: actividades números 3❶b), 4b), 5a) y 6a).

El programa debería redefinir a su población objeto con el fin de conceptualizarla y direccionarla de acuerdo a sus objetivos, para que el impacto que genere no sea sólo medido cuantitativamente.

Al no tener definido la función del Trabajador Social e incluirlo con otros profesionales que poseen algún perfil social y educativo, se desaprovecha las potencialidades que el profesional trabajador social tiene para posibilitar que se desarrollen todas las actividades en su plenitud, perfeccionándolas en

el accionar a través de las modalidades, asegurando que ambas partes (Programa/Beneficiarios) concreten sus objetivos y satisfacciones.

En éste capítulo se transcribe en forma textual lo que está escrito en el programa de SALUD MENTAL de la Provincia del Chaco, teniendo en cuenta Objetivos, Metodología, Población del mismo y las Funciones y Actividades del Trabajador Social.

8-2- PROGRAMA DE SALUD MENTAL

OBJETIVOS

METODOLOGIA

Los objetivos generales del programa de Salud Mental, apuntan al bienestar físico, psíquico y social de la persona que padece algún trastorno mental no solamente el tratamiento de las enfermedades orgánicas.

Así mismo la atención que se brinda debe tender, a ser interdisciplinaria e intersectorial con un abordaje integral, ya que la problemática es de naturaleza compleja, por lo que exige un abordaje con esta perspectiva.

Se tiende a favorecer y estimular en la población actitudes para lograr la integración del enfermo mental y la familia en su comunidad de la cual es parte.

Lograr la contención posibilitará reforzar los lazos debilitados por el proceso de la enfermedad incluyéndolos en actividades sociales y culturales según capacidades y actitudes diferentes.

La familia y la comunidad son los instrumentos mediante los cuales se implementa el trabajo de resocialización y rehabilitación social, son las

estrategias mediante las cuales se sostienen y dirigen las tareas terapéuticas.

En el orden nacional se ha fijado la concepción que considera al grupo familiar como uno de los principales agentes de salud.

Considerando la familia como el ámbito fundamental donde se desarrolla el proceso evolutivo y probabilidades de situaciones de riesgo que atentan a la salud mental de sus miembros.

La premisa es concientizar a la comunidad, buscando en primer lugar la sensibilización hacia la persona del enfermo mental, que pierdan el miedo, rechazo, discriminación, marginación de la que son objeto así como también hacia el estigma de todo aquello que se relaciona con la enfermedad mental. Se tiende al logro de la promoción de actividades que favorezcan formas de vida plena e integral.

La realización del proyecto comunitario de Salud Mental surge del convencimiento de las intervenciones en la comunidad. Son las que posibilitaran no solo la redefinición de la actividad fuera de los límites del hospital psiquiátrico, así como la del modelo clínico tradicional.

Fundamentalmente la tarea consistirá en que la comunidad adquiera niveles cada vez más amplios de participación social, ya que esta última es el rasgo distintivo de las actividades de Salud Mental en la comunidad.

Se definirá el diagnóstico comunitario, entendido este como un proceso continuo que se irá redefiniendo a lo largo de las intervenciones.

FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL

No hay construido una solución alternativa que permita resolver social y humanamente el problema de los "locos", sobre todo aquellos que, tras largos años de segregación en estas instituciones, han perdido toda relación comunitaria con el exterior de las mismas.

El desafío de hoy, es buscar lo eficaz y racional, porque el problema más importante radica en la respuesta social.

La base esta en la construcción de una alternativa al trabajar según tres funciones que deben ser articuladas:

- ♦ Construir una trama social solidaria y continente para recibir y apostar a la recuperación de las personas externalizadas.
- ♦ La puesta en marcha de las Políticas Sociales y de salud que garanticen, a través del Estado, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social.
- ♦ Mantener lo específico de la asistencia en Salud Mental que asegure una recuperación, a fin de impedir nuevas modalidades de internación.

La práctica del Trabajador Social en el espacio de la Salud mental plantea un enfoque particular de trabajo como es: la interdisciplina, un ángulo de visión diferente a la situación vivida por la persona y su familia, dando singularidad y significación a la intervención profesional. A la vez el intercambio y enriquecimiento que puedan aportar los demás profesionales y no profesionales, como así también la comunidad facilita y colabora con el quehacer profesional delineando su estrategia de trabajo.

El trabajo social realiza las siguientes **actividades**:

- ♦ Estudio exploratorio de las características institucionales, de la sala y del Hospital General.
- ♦ Recolección de datos pertenecientes a los pacientes internados y ambulatorios.
- ♦ La confección de fichas personales de cada uno de los pacientes internados (se vuelcan datos personales y filiatorios, como también todos los ingresos y/ o egresos de los mismos; e información de relevancia para su tratamiento) y de algunos pacientes de consultorio externo (elaborado a solicitud de los terapeutas).
- ♦ Incorporar las Historias Clínicas de los pacientes internados, la hoja correspondiente al trabajo social, volcando todos los datos personales y filiatorios, adhiriendo el diagnóstico de la situación problema – familiar y/o social que presenta el paciente. A la vez se registran las actividades o estrategias de trabajo que se realiza en cada caso.
- ♦ Confeccionar registros de todos los pacientes ambulatorios de todas las zonas de donde provienen los mismos, y acuden al servicio para su debido control.
- ♦ Hacer trámites de pensiones a pacientes crónicos del servicio.
- ♦ Articular diferentes actividades o tareas para la externación o contención familiar y/o comunitaria.
- ♦ Obtener información sobre todas las instituciones, privadas y públicas que brindan algún servicio a la comunidad y específicamente en esta área de salud.
- ♦ Realizar intentos de pedidos a las entidades correspondientes y lograr el recurso humano necesario para emprender nuevamente diversas

actividades, como por ejemplo, jardinería, manualidades, deportes y/o actividades corporales.

- ◆ Llevar a cabo entrevistas al paciente y referente familiar desde el momento que se produce la internación, o se cita inmediatamente ante la no presencia de algún referente familiar.
- ◆ Diariamente informar sobre el caso, desde el aspecto social, al profesional y al personal de enfermería, para que la comunicación y la información sea permanente, lo cual es de suma importancia para evaluar constantemente las estrategias a seguir en el caso.
- ◆ Realizar visitas domiciliarias.
- ◆ Tramitar pasajes para los pacientes de alta hospitalaria.
- ◆ Concretar reuniones familiares, frente a la no contención y/o aceptación de la familia, una vez que el paciente es dado de alta por pedido de los terapeutas con algún fin específico y beneficio de la situación del paciente.
- ◆ Realizar informes sociales para ser presentados ante diversas situaciones para lograr beneficios económicos u otro fin.
- ◆ Contar con un cuaderno de todas las instituciones del medio y los distintos poderes con sus correspondientes direcciones y números telefónicos.

Definición de funciones detectadas por las alumnas en el programa SALUD MENTAL de la Provincia del Chaco^(*)

1. **EDUCADOR SOCIAL INFORMAL:** “• Ayuda a la gente para que aumente sus conocimientos, destrezas y habilidades a fin que pueda resolver sus problemas; se trata de ofrecer ayuda a las personas para que puedan ayudarse a si misma. Esto es lo que se ha denominado como “transferencia de tecnologías sociales”. • “Es un catalizador de los procesos de cambios, usando diferentes modalidades de intervención para crear condiciones favorables que contribuyan a generar una participación activa de individuos, grupo o comunidades en el mejoramiento de sus condiciones de vida.” • “Procura los medios para que las personas y las instituciones asimilen constructivamente los cambios que se derivan de la evolución de la sociedad.”

2. **IMPLEMENTADOR DE POLITICAS SOCIALES:** “Cuando se hace referencia a la función de implementador de políticas sociales, su acción comprende la realización de actividades en la prestación de servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos, habida cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e *instrumentos* de que dispone la sociedad y que, a través de los organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias. Esto se hace mediante la distribución y prestación de bienes y servicios con fines de asistencia, socorro prevención, rehabilitación y/o promoción, pero que es necesario concretar, realizar e implementar en la “primera línea de

^(*) Se han utilizado como base a las funciones del Trabajador Social descripta por Ander Egg Ezequiel, “Diccionario del Trabajo Social”, Bs.As. 1.999 - Editorial LUMEN -

fuego", en contacto y trabajo directo con la gente. Y aquí está lo específico del trabajo social, sin que ello obste para que algún trabajador social en concreto pueda participar en la formulación de la política social."

3. **ASISTENCIAL:** "Relativo a la Asistencia Social. Asistencia Social: "se debe distinguir en el uso de éste termino dos alcances diferentes; para designar un conjunto de servicios prestados a aquella parte de la población que tiene problemas que no puede resolver por si mismos, y también para ser referencia a una profesión que se ocupa de prestar servicios de asistencia social.

Con el primer alcance se hace referencia al conjunto de actividades gubernamentales o particulares que tienen por finalidad prestar ayuda a individuos y grupos necesitados social y/o económicamente. Esta asistencia puede ser transitoria o permanente."

4. **SUPERVISIÓN:** "Actividad o conjunto de actividades que desarrolla una persona al supervisar y/o dirigir el trabajo de un grupo de persona, con el fin de lograr de ella su máxima eficiencia y satisfacción mutua. Se trata, como lo ha definido María José Aguilar, de "un proceso sistemático de (a)control, seguimiento, evaluación, orientación, asesoramiento y formación; de carácter administrativo y (b)educativo; que lleva a cabo una persona en relación con otras, sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la organización; a fin de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios."

5. **GESTOR – INTERMEDIARIO ENTRE USUARIOS E INSTITUCIONES, ENTRE RECURSOS Y NECESIDADES**

CUADRO N°1: DATOS PROCESADOS

Los datos consignados en la columna de “**COMO SE LLEVAN A CABO**” las actividades asignadas en la institución según el Programa de Salud Mental de la provincia se obtienen a través de la implementación de una planilla a cada uno de las ocho Trabajadores Sociales que se desempeñan en el área.

FUNCIONES	PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL CHACO FUNCIONES DEL TS	PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL CHACO ACTIVIDADES DEL TS	COMO SE LLEVA A CABO
1	♦ “Construir una trama social solidaria y continente para recibir y apostar a la recuperación de las personas externadas.”	♦ 1)“Articular diferentes actividades o tareas para la externación o contención familiar y/o comunitaria.”	♦ <i>Se registraron dos modalidades</i> a)Se busca la ambulancia y se lo lleva a la casa. b)Se visita a la familia o referente a fin de que conozcan la enfermedad, buscando la adaptación en la convivencia con el sufriente mental.

		♦ 2) "Realizar intentos de pedidos a las entidades correspondientes y lograr el recurso humano necesario para emprender nuevamente diversas actividades, como por ejemplo, jardinería, manualidades, deportes y/o actividades corporales." ♦ 3) Realizar visitas domiciliarias.	♦ Se registra lo siguiente: a) Informando a los familiares de las actividades recreativas existentes en el área. b) Informando y acompañando al sufriente mental y a la familia en la incorporación paulatina a actividades recreativas. ♦ Se registra lo siguiente: a) Por pedido del terapeuta, familiar o tercero para control. b) A través estrategia de intervención planificada.
--	--	---	--

		♦ 4) Concretar reuniones familiares, frente a la no contención y/o aceptación de la familia, una vez que el paciente es dado de alta por pedido de los terapeutas con algún fin específico y beneficio de la situación del paciente.	♦ Se registra lo siguiente: a) Por pedido del terapeuta para control. b) A través de entrevistas individuales y/o grupales, realizando señalamientos, observaciones, asesoramiento..
2	♦ "La puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, a través del estado, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social.	♦ 5) No están explicitadas.	♦ No se registra.

3	♦ Mantener lo específico de la asistencia en Salud Mental que asegure una recuperación, a fin de impedir nuevas modalidades de internación.	♦ 6) Estudio exploratorio de las características institucionales, de la sala y del Hospital General. ♦ 7) Recolección de datos pertenecientes a los pacientes internados y ambulatorios. ♦ 8) "La confección de fichas personales de cada uno de los pacientes internados (se vuelcan datos personales y filiatorios, como también todos los ingresos y/ o	♦ No se registra. ♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a) Por medio de una ficha. b) A través de una entrevista con los familiares del sufriente mental. ♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a) Se copia de documentos anteriores existentes en la institución. b) Se realizan entrevistas con el sufriente mental y/o familiar o referente.
---	---	--	---

		egresos de los mismos; e información de relevancia para su tratamiento) y de algunos pacientes de consultorio externo (elaborado a solicitud de los terapeutas)."	
		♦ 9) "Incorporar las Historias Clínicas de los pacientes internados, la hoja correspondiente al trabajo social, volcando todos los datos personales y filiatorios, adhiriendo el diagnostico de la situación problema – familiar y/o social que presenta el paciente. A la vez se registran las	♦ Se registra lo siguiente: a) En forma individual el Trabajador Social, completa la historia clínica . b) Con el equipo tratante, se evalúa y registra la situación integral del sufriente mental .

		actividades o estrategias de trabajo que se realiza en cada caso. ♦ 10) Confeccionar registros de todos los pacientes ambulatorios de todas las zonas de donde provienen los mismos, y acuden al servicio para su debido control.	♦ Se registra lo siguiente: a) El Trabajador Social completa las fichas con los datos filiatorios. b) A través de una intervención planificada. Realización de entrevistas personales, concurriendo a la casa del sufriente mental como modalidad de seguimiento.
		♦ 11) "Hacer trámites de pensiones a	♦ Se registra lo siguiente: a) El trabajador Social

		pacientes crónicos del servicio".	los tramita individualmente. b) El Trabajador Social asesora y guía a la familia o referente para que se hagan cargo del trámite.
		♦ 12) "Obtener información sobre todas las instituciones, privadas y públicas que brindan algún servicio a la comunidad y específicamente en esta área de salud."	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a)El Trabajador Social confecciona un listado de las instituciones Telefónicamente. b)El Trabajador Social por medio de entrevistas con referentes institucionales coordina la prestación de los servicios.
		♦ 13) "Llevar a cabo entrevistas al paciente y	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a)Por pedido del

		referente familiar desde el momento que se produce la internación, o se cita inmediatamente ante la no presencia de algún referente familiar.”	terapeuta para constatación de datos. b)El Trabajador Social confecciona el diagnóstico social.
		♦ 14) Diariamente informar sobre el caso, desde el aspecto social, al profesional y al personal de enfermería, para que la comunicación y la información sea permanente, lo cual es de suma importancia para evaluar constantemente las estrategias a seguir en el caso.	♦ Se registra lo siguiente: a)El Trabajador Social, se comunica individualmente con el resto del equipo de salud. b)Conjuntamente con el equipo terapéutico en reuniones grupales.

		♦ 15) "Tramitar pasajes para los pacientes de alta hospitalaria."	♦ Se registra lo siguiente: a)El Trabajador Social lo hace individualmente. b)El trabajador Social asesora y guía a la familia o referente para que se hagan cargo del trámite.
		♦ 16) "Realizar informes sociales para ser presentados ante diversas situaciones para lograr beneficios económicos u otro fin."	♦ Se registra lo siguiente: a)El Trabajador Social lo hace individualmente sin participación del beneficiario. b)El Trabajador Social lo confecciona por medio de una entrevista con el beneficiario o referente.
		♦ 17) Contar con un cuaderno de todas	♦ Se registra lo siguiente:

		las instituciones del medio y los distintos poderes con sus correspondientes direcciones y números telefónicos."	a) El Trabajador Social lo adquiere telefónicamente. b) El trabajador Social lo confecciona por medio de entrevistas con referentes institucionales.
--	--	--	---

ANALISIS

La función escrita en el programa de Salud Mental como "construir una trama social solidaria y continente para recibir y apostar a la recuperación de las personas externadas", corresponde a la función teórica de Educador Social Informal. Se identifica en el cuadro con el número (1).

La función "La puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, a través del estado, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social", no están explicitadas actividades, así mismo no se registran acciones. Corresponde a la función teórica de Implementador de Políticas Sociales. Se identifica en el cuadro con el número (2).

En la función escrita "Mantener lo específico de la asistencia en Salud Mental que asegure una recuperación, a fin de impedir nuevas modalidades de internación", Corresponde la función teórica Asistencial. Se identifica en el cuadro con el número (3). En la actividad número seis no se registra acciones.

En el como se lleva a cabo la función número 1, se desprende que la función del Trabajador Social es de GESTOR, al igual que en la actividad número 11, 15,16. Y 17.

En el como se lleva a cabo las actividades 3, 4, 8, 10 y 13 la función del Trabajador Social es de CONTROL.

CUADRO N°2: DATOS PROCESADOS

Este cuadro, se desprende del anterior mostrando las frecuencias de ocurrencia de las actividades llevadas a cabo por las profesionales.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL CHACO ACTIVIDADES DEL TS	COMO SE LLEVA A CABO	RESPUESTAS REGISTRADAS	
		Frecuencia	%
♦ 1) "Articular diferentes actividades o tareas para la externación o contención familiar y/o comunitaria."	♦ Se registraron dos modalidades:		
	a)Se busca la ambulancia y se lo lleva a la casa.	5	62.5
	b)Se visita a la familia o referente a fin de que conozcan la enfermedad, buscando la adaptación en la convivencia con el sufriente mental.	3	37.5
TOTAL		8	100
♦ 2) "Realizar intentos de pedidos a las entidades	♦ Se registra lo siguiente: a)Informando a los	5	62.5

correspondientes y lograr el recurso humano necesario para emprender nuevamente diversas actividades, como por ejemplo, jardinería, manualidades, deportes y/o actividades corporales."	familiares de las actividades recreativas existentes. b) Informando y acompañando al sufriente mental y a la familia en la incorporación a actividades recreativas.	3	37.5
TOTAL		8	100
♦ 3) Realizar visitas domiciliarias.	♦ Se registra lo siguiente: a) Por pedido del terapeuta, familiar o tercero para control. b) A través estrategia de intervención planificada.	6 2	75 25
TOTAL		8	100
♦ 4) Concretar reuniones familiares, frente a la no contención y/o	♦ Se registra lo siguiente: a) Por pedido del terapeuta para control.	5	62.5

aceptación de la familia, una vez que el paciente es dado de alta por pedido de los terapeutas con algún fin específico y beneficio de la situación del paciente.	b)A través de entrevistas individuales y/o grupales realizando señalamientos, observaciones, asesoramiento.	3	37.5
TOTAL		8	100
♦ 5) No están explicitadas.	♦ No se registra.	8	100
♦ 6) Estudio exploratorio de las características institucionales, de la sala y del Hospital General.	♦ No se registra.	8	100
♦ 7) Recolección de datos pertenecientes a los pacientes internados y ambulatorios.	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a)Por medio de una ficha. b)A través de una entrevista con los familiares del sufriente mental.	6 2	75 25
TOTAL		8	100

♦ 8) "La confección de fichas personales de cada uno de los pacientes internados (se vuelcan datos personales y filiatorios, como también todos los ingresos y/ o egresos de los mismos; e información de relevancia para su tratamiento) y de algunos pacientes de consultorio externo (elaborado a solicitud de los terapeutas)."	<i>Se registra lo siguiente:</i>		
	a) Se copia de documentos anteriores existentes en la institución.	5	62.5
	b) Se realizan entrevistas con el sufriente mental y/o familiar o referente.	3	37.5
TOTAL		8	100
♦ 9) "Incorporar las Historias Clínicas de los pacientes internados, la hoja correspondiente al trabajo social, volcando todos los datos personales y	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i>		
	a) En forma individual, el trabajador social completa la historia clínica	6	75
	b) Con el equipo tratante, se evalúa y registra la	2	25

filiatorios, adhiriendo el diagnostico de la situación problema – familiar y/o social que presenta el paciente. A la vez se registran las actividades o estrategias de trabajo que se realiza en cada caso.	situación integral del sufriente mental .		
TOTAL		8	100
♦ 10) Confeccionar registros de todos los pacientes ambulatorios de todas las zonas de donde provienen los mismos, y acuden al servicio para su debido control.	♦ Se registra lo siguiente: a) El trabajador social completa las fichas con los datos filiatorios. b) A través de una intervención planificada. Realización de entrevistas personales, concurriendo a la casa del sufriente mental como modalidad de seguimiento.	6	75
		2	25
TOTAL		8	100

♦ 11) "Hacer trámites de pensiones a pacientes crónicos del servicio".	♦ Se registra lo siguiente: a)El trabajador social los tramita individualmente. b)El trabajador social asesora y guía a la familia o referente para que se hagan cargo del trámite.	6 2	75 25
TOTAL		8	100
♦ 12) "Obtener información sobre todas las instituciones, privadas y públicas que brindan algún servicio a la comunidad y específicamente en esta área de salud."	♦ Se registra lo siguiente: a)El trabajador social confecciona un listado de las instituciones, Telefónicamente. b)El trabajador social por medio de entrevistas con referentes institucionales coordina la prestación de los servicios.	5 3	62.5 37.5
TOTAL		8	100
♦ 13) "Llevar a cabo entrevistas al	♦ Se registra lo siguiente:		

paciente y referente familiar desde el momento que se produce la internación, o se cita inmediatamente ante la no presencia de algún referente familiar ."	a) Por pedido del terapeuta para constatación de datos.	2	25
	b) El trabajador social confecciona el diagnóstico social.	6	75
TOTAL		8	100
♦ 14) Diariamente informar sobre el caso, desde el aspecto social, al profesional y al personal de enfermería, para que la comunicación y la información sea permanente, lo cual es de suma importancia para evaluar constantemente las estrategias a seguir en el caso.	♦ Se registra lo siguiente: a) El trabajador social se comunica individualmente con el resto del equipo de salud. b) Conjuntamente con el equipo terapéutico en reuniones grupales.	5	75
		2	25
TOTAL		8	100

♦ 15) "Tramitar pasajes para los pacientes de alta hospitalaria."	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a) El trabajador social lo hace individualmente. b) El trabajador social asesora y guía a la familia o referente para que se hagan cargo del trámite.	6 2	75 25
TOTAL		8	100
♦ 16) "Realizar informes sociales para ser presentados ante diversas situaciones para lograr beneficios económicos u otro fin."	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a) El trabajador social lo hace individualmente sin participación del beneficiario. b) El trabajador social lo confecciona por medio de una entrevista con el beneficiario o referente.	5 3	62.5 37.5
TOTAL		8	100
♦ 17) Contar con un cuaderno de todas las instituciones del medio y los distintos	♦ <i>Se registra lo siguiente:</i> a) El trabajador social lo adquiere	5	62.5

poderes con sus correspondientes direcciones y números telefónicos."	telefónicamente. b)El trabajador social lo confecciona por medio de entrevistas con referentes institucionales.	3	37.5
TOTAL		8	100

ANALISIS

Las actividades número 1, 2, 4,8,12,16 y 17 ; son llevadas a cabo según el ítem a) por la mayoría de los Trabajadores Sociales (62,5 %).

La actividad número 5 no está explicitada.

La actividad número 6 no registra acciones.

Las actividades número 3, 7, 9, 10, 11, 14 y 15; son llevadas a cabo según el ítem a) por la mayoría de los Trabajadores Sociales (75%).

La actividad número 13 es llevada a cabo según el ítem b) por la mayoría de los Trabajadores Sociales (75%).

INTERPRETACION

De las respuestas registradas se observa un alto porcentaje que traslucen acciones donde el trabajador social interviene individualmente y hacia demandas puntuales. (Ejemplo: **Respuesta 1**).

Siendo el ámbito de la familia donde se produce el proceso de ocurrencia de situaciones de riesgo que predisponen a la aparición de la enfermedad; es allí también donde debe darse el proceso inverso hacia la búsqueda de recursos sanos. Por lo que las actividades deben incluirla como alternativa. Se observa que en altos porcentajes, a la familia solo se le administra información relegándola a un rol pasivo donde se legitima el rol de demandante de recursos a la institución y sobre todo hacia el Trabajador Social. (Ejemplo **respuestas 2 - 11 15 - 16**).

Los objetivos y las demandas de los profesionales, de la institución absorben las funciones del Trabajador Social, como potenciador de cambios, generador de participación, etc.

El Trabajador Social asume funciones de control, sin planificación de estrategias de intervención sociales ("rol de policía"). (Ejemplo **respuestas 3 - 4 - 13**)

Se parte del objetivo para brindar asistencia integral, "desde un enfoque particular de trabajo, como es la interdisciplina, sin embargo, se realizan en porcentajes altos acciones donde no hay respuestas por medio de un trabajo en equipos interdisciplinarios. (Ejemplo **respuestas 9 - 14**)

Se plantea que el "desafío de hoy, es buscar la respuesta eficaz y racional, porque el problema más importante radica en la respuesta social".

En este sentido, no se llevan a cabo, actividades planificadas, estrategias de intervención que impliquen precisamente acciones creativas para el logro de la reinserción social de los enfermos mentales. (Ejemplo **respuestas 1 - 12**).

El Trabajador Social al responder a las demandas de la institución, conserva su histórico rol de paliar las necesidades y mantener segregados a los que no se ajustan al sistema social imperante. (Ejemplo **respuestas 1 - 4 - 11**)

El Trabajador Social no trasciende hacia acciones que impliquen confrontar intereses institucionales, profesionales, etc. (Ejemplo **respuestas 7 - 8 - 10**).

Al registrarse un alto porcentaje de acciones profesionales individuales, enfocadas a cada sufriente mental, sin participación de él y su entorno, estas por sí mismas no se traducirán en cambios, no pudiendo trascender hacia objetivos de mayor impacto.

En general, entre la opción de realizar tareas de campo, se realizan mayoritariamente acciones dentro de la institución. (Ejemplo **respuestas 7- 8 - 12**)

Si bien, se realizan diagnósticos sociales, no se advierte, que se desprendan acciones relativas a estrategias que posibiliten el logro de los objetivos del Programa. (Ejemplo **respuesta 13**)

No se observa el aporte del área social en las actividades realizadas, ni la participación del equipo interdisciplinario terapéutico como tal, sino más bien como recurso de información. (Ejemplo **respuesta 14**)

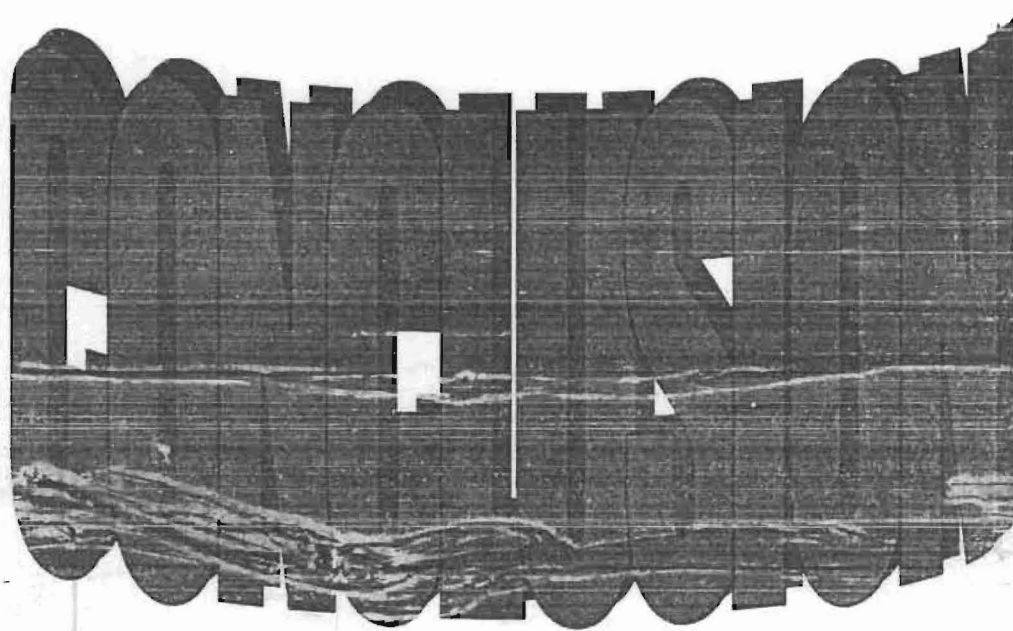
En este sentido la función de "implementador de políticas sociales" no sólo se registran actividades, sino que no se realizan acciones, el Trabajador Social se ve absorbida por las demandas puntuales de la institución, no pudiendo trascender hacia prácticas más integrales e integradores. (Ejemplo **Respuesta 5**).

Asimismo puede interpretarse como que los Trabajadores sociales no lleva a cabo aquello que no está institucionalmente establecido. (Ejemplos **5 y 6**).

Se constata actividades y modalidades de acción en alto porcentaje de tipo administrativo y sin compromiso profesional (ejemplo **respuestas 10, 11 y 17**).

En el marco de un programa de salud mental comunitario, según la respuesta registrada y expuestas puede observarse como la institución asilar con prácticas manicomiales aún persisten en la actualidad.

En este contexto es que deberá darse la redefinición de las funciones del Trabajador Social en busca de sus potencialidades creativas como articulador de las Políticas Sociales.



Conclusiones Generales

Los diferentes momentos históricos han dado lugar a diferentes características socio culturales, haciendo que el Trabajador Social acompañe este proceso social ajustando sus funciones.

Las funciones del Trabajador Social se transforman de acuerdo a las demandas institucionales, actuando como mediador entre las clases populares, como puede observarse en los programas FOPAR y SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL CHACO .

El Trabajador Social carece de una justa definición de cómo accionar frente a las Políticas Sociales ,como se desprende de los cuadros.

Las características de los programas FOPAR y de SALUD MENTAL pueden mencionarse de la siguiente manera:

El Trabajador Social dentro de los programas estudiados realiza actividades en relación directa con la población, a la cual van dirigidos estos programas.

El FOPAR se caracteriza por ser un programa de Desarrollo, donde la Organización, la Participación con la Autogestión y el Protagonismo, son la base para el Desarrollo Comunitario.

En el programa de Desarrollo, el escaso tiempo con que cuentan los profesionales para llevar a cabo las actividades demandadas por el programa, es un obstáculo para el trabajo grupal con los beneficiarios.

El programa FOPAR tiene una fuerte tendencia a las mediciones cuantitativas.

En el programa Asistencial de Salud Mental, el Trabajador Social interviene individualmente hacia demandas puntuales.

En el programa Asistencial de Salud Mental, no se registran acciones donde el Trabajador Social se encuentre incluido en equipos interdisciplinarios, conservando un perfil de intervenciones individuales.

Con respecto a la función de "implementador de Políticas Sociales" el Trabajador Social, dentro del ámbito de la Salud Mental, no ha podido gestar acciones para promover Políticas Sociales.

Las funciones de los programas analizados son los siguientes:

El Programa de desarrollo, FOPAR, no contempla funciones específicas para el Trabajador Social. Las actividades son desarrolladas por distintos profesionales: Arquitectas, Trabajadoras Sociales, Docentes e Ingenieros de la Construcción, en función social.

En el programa de Desarrollo se registran actividades correspondiendo a la función de Promoción y de Supervisión fundamentalmente, siguiendo la de Seguimiento y por último la de Educador Social.

En el programa Asistencial de Salud Mental, no se registran funciones y actividades como práctica asistencial donde se articule un "proceso de promoción y educación social", llevándose a cabo prácticas asistenciales.

En el programa Asistencial de Salud Mental, los objetivos y las demandas de los profesionales y de la Institución delimitan las funciones del Trabajador Social, a través de la función de Control.

En el programa Asistencial de Salud Mental se registran actividades donde el Trabajador Social interviene mayoritariamente como gestor de acciones.

Unas de las grandes dificultades del Trabajador Social es la reflexión acerca de su práctica profesional.

Las contradicciones existentes entre lo establecido y lo que realmente se hace, no surgen solamente de la teoría sino que se puede constatar por medio de la práctica.

Permanentemente el Trabajador Social demanda tener claridad en su accionar y espacios de participación, sin embargo en esta experiencia existieron múltiples resistencias en colaborar. El primer obstáculo fue éste.

La experiencia permitió al adentrarse en las limitaciones del Trabajador Social en los ámbitos de los programas sociales, la posibilidad de instalar

espacios de reflexión, permitiendo el desarrollo de las potencialidades del Trabajador Social enriqueciéndolo y logrando una mayor coherencia en su práctica profesional.

PROPUESTAS RESALTADORAS DE POTENCIALIDADES

Para llegar a destramar las contradicciones desde los programas y la intervención del Trabajador Social, se podría tender a reflexionar sobre la práctica y la dinámica en la que éste se inserta.

Desde los Programas se tendría que considerar en mayor profundidad las características de los usuarios para poder optimizar los recursos que se brindan.

Desde el Trabajador Social, poder implementar a partir de éste esclarecimiento, estrategias de intervención que permitan vislumbrar acciones de mayor alcance, posibilitando una mejor distribución de los recursos existentes. Asimismo, a partir de éste proceso retroalimentar el accionar profesional.

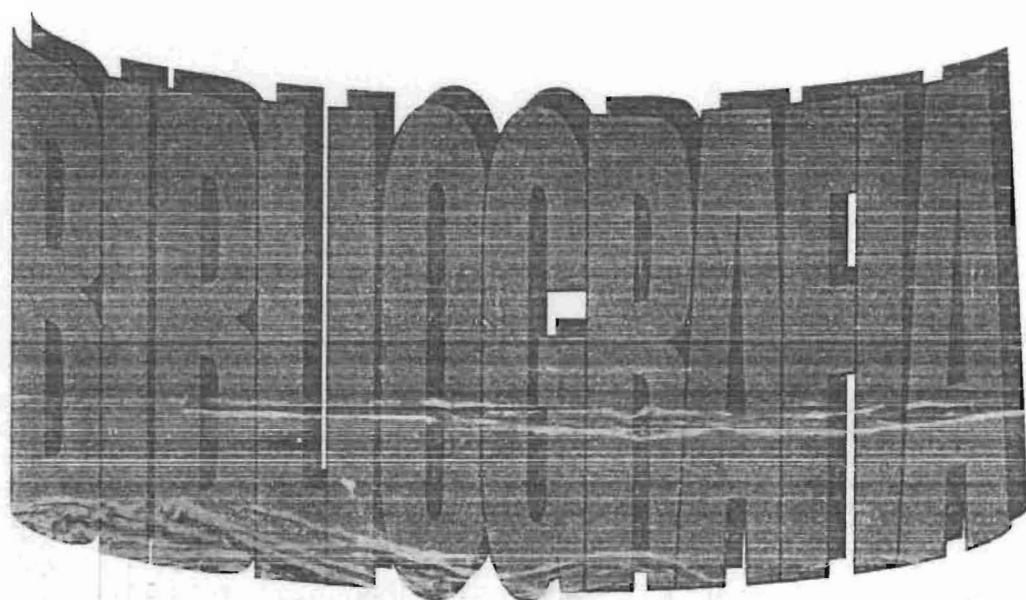
Las intervenciones individuales y puntuales pueden ser canalizadas a partir de la posibilidad de sumar esfuerzos, promoviendo acciones coordinadas institucionales, académicas y profesionales.

Así el trabajo interdisciplinario e intersectorial se revela como canalizador de acciones integrales, como estrategias de acciones de mayor alcance e impacto social.

El Trabajador Social puede posesionarse no solamente como ejecutor, sino como promotor de las Políticas Sociales, conquistando nuevos espacios para la profesión.

Una tarea que el Trabajador Social puede encauzar, sería posibilitar la conexión de recursos existentes con el fin de crear redes institucionales que redunden en mejores y más respuestas hacia la población beneficiaria.

El Trabajador Social en los ámbitos de los Programas Sociales, puede instalar espacios de reflexión que posibiliten el desarrollo de sus potencialidades para enriquecerse y lograr una mayor coherencia en su práctica profesional.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

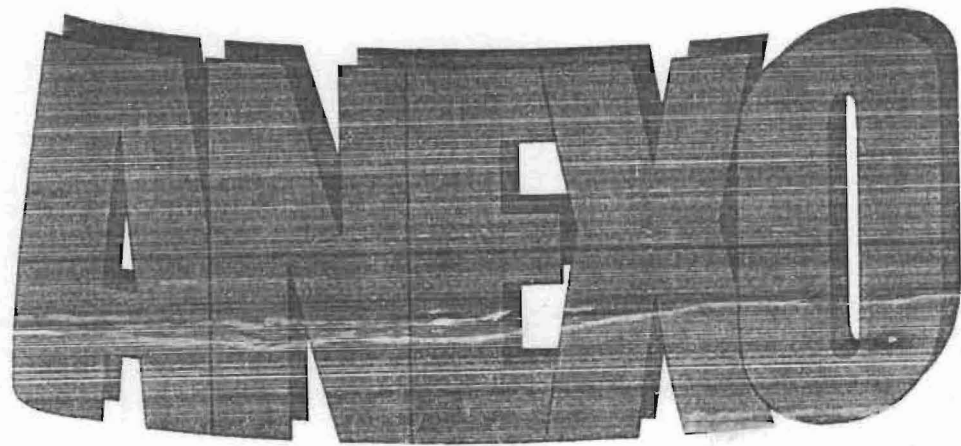
- ✓ (1) ANDER-EGG, EZEQUIEL, "Diccionario de Trabajo Social", Editorial LUMEN, Segunda Edición, Bs. As. Argentina, Año 1.999
- ✓ (2) "Dirección Gral. De Planeamiento Urbano, Plan Hídrico Ambiental Tomoll", Resistencia - Chaco, Año 1.991
- ✓ (3) "Plan Milenio", Informe realizado por la Provincia del Chaco- Resistencia - Chaco, Año 1.999
- ✓ (4) Bustelo, Eduardo S., "Mucho, Poquito o Nada: Crisis Alternativa de la Política Social en los 90", Celats Bs. As.
- ✓ (5) Molina M.,; Guzman, Lorena; Stein, Laura; "Presupuesto del Trabajo Social. Acción Crítica. Celats. Lima, Perú, Año 1.990
- ✓ (6) Garcia Salord, Susana, "La Especificidad y del rol Profesional" Material Bibliografico, Licenciatura en T.S, UNSE, Santiago del Estero, Año 1.998
- ✓ (7) Urritia Boloña, Carlos "El Ejercicio Profesional ¿Qué es el T.S.?", Celatis, Lima, Perú Año 1.990
- ✓ (8) Aylwin de Barros, Nidia; Yimener de Barros, Monica; Anesada de Greppi, Margarita, "Un enfoque operativo de la Metodología del T.S.", Material Bibliografico, Licenciatura en T.S., UNSE, Santiago del Estero, Año 1.998

- ✓ (9) De Paula Faleiros, Vicente, "Trabajo Social e Instituciones", Editorial Humanitas
- ✓ (10) De Paula Faleiros, Vicente, Metodología e Ideología del T.S., Editorial Humanitas
- ✓ (11) "La Practica del Trabajo Social", Celats, Lima, Perú, Año 1.983
- ✓ (12) Alayón Norberto, "Perspectivas del Trabajo Social". Editorial Humanitas Bs.As. 1.985.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

- ✓ Hill Ricardo, "Nuevos Paradigma en Trabajo Social. Lo Social Natural". Colección Trabajo Social . Madrid 1.992.
- ✓ "Manual del Supervisor". FOPAR, Secretaria de Desarrollo Social de la Nación. Bs.As. 1.997.
- ✓ "Programa de Salud Mental de la provincia del Chaco". Ministerio de Salud Pública, Chaco, 1.999.
- ✓ Fragniore, Jean – Pierre, "Asi se escribe una Monografía". Fondo de Cultura Económica. Seminario de Integración y Trabajo Final. UNSE. 1.997.
- ✓ Kisnerman, Natalio , "Pensar el Trabajo Social", Editorial LUMEN. HVMANITAS, Bs.As. 1.998
- ✓ Lucca Elena, "Bsucando la Sinergia en Trabajo Social", Editorial HVMANITAS, Bs.As. 1.995.
- ✓ Sabino, Carlos A., "Cómo hacer una Tesis", Editorial HVMANITAS, Bs.As. Material Bibliografico, Licenciatura en T.S, UNSE, Santiago del Estero, Año 1.998

- ✓ Eco, Umberto, "Cómo se hace una Tesis", Editorial GEDISA, Material Bibliografico, Licenciatura en T.S, UNSE, Santiago del Estero, Año 1.998



LA LLEVA a cabo, según usted , con respecto al programa FOPAR.

FUNCIONES	ACTIVIDADES	"COMO SE LLEVA A CABO"

Completar la planilla colocando las **FUNCIONES** , **ACTIVIDADES** y “**CÓMO LA LLEVA**” a cabo, según usted , con respecto al programa **SALUD MENTAL**.

FUNCIONES	ACTIVIDADES	“COMO SE LLEVA A CABO”

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

DE LA

PROVINCIA DEL CHACO

ATENCION PRIMARIA

DIRECCION DE SALUD MENTAL

AÑO 1.995-1.999

Autoridades

GOBERNADOR

Dr. Angel Rozas

VICE GOBERNADOR

Sr. Miguel Piernus

MINISTRO DE SALUD

Dr. Jorge Humberto Romero

SUBSECRETARIO

Dr. Ernesto Ilovich

DIRECTOR DE SALUD MENTAL

Dr. Aristides Servén

COORDINADORA TECNICA

Socióloga Julia Pasical

PRESENTACION

El chaco es una provincia del noreste argentino que limita al este con la provincia de corrientes las dos unidas por un puente sobre el río Paraná.

✓ Al sur el paralelo 28 limita con santa fe.

✓ Al norte con Formosa.

✓ Y al oeste con salta y Santiago del estero.

Su extensión es de 99.633 Km. Y su población es de 929.838 habitantes.

El poblador actual es de descendientes de aborígenes tobas, maticos, mocovies, y corrientes migratorias de italianos, ucranianos, yugoslavos, húngaros.

Estos grupos poblacionales europeos con culturas diferentes han realizado un lento proceso de adaptación debido a concepciones de vidas diferentes y rechazo a los nativos.

El aborigen permanece aislado, sin mezcla.

El clima es de riguroso calor con periodos de inundaciones y otros de sequías.

El paisaje muestra zonas boscosas y agrestes. Espinosas, con muchos ríos y lagunas que provocan inundaciones periódicas.

La base productiva es la agroindustria no muy redituable y no obstante ello la tenacidad del agricultor persiste en esta fuente de trabajo.

Nos estamos refiriendo a una provincia nueva. Nace como tal en el año 1.948.

Historicamente fue territorio paraguayano hasta la guerra de la triple alianza. Resistencia, su capital fundada el 2 de febrero de 1.878.

Chaco cuenta con un conurbano importante formado por resistencia y sus poblaciones aledañas con 414.635 habitantes. Otro conurbano rodea a presidencia Roque Saenz Peña, la segunda ciudad en importancia en el chaco, geográficamente ubicada en el centro de la provincia, tiene una población de 193.002 habitantes.

Al suroeste se encuentra una zona favorecida por la agricultura, de tal manera, que sus ciudades eran florecientes excepto en la actualidad que están afectadas por las inundaciones el resto de su territorio está ocupado por asentamientos poblacionales sin mucha relevancia.

La historia de la salud mental en el chaco comienza con la derivación de enfermos mentales a otras provincias, principalmente a córdoba, a tal efecto un departamento en el ministerio de salud actuaba como derivador a esos destinos para su derivación.

La cantidad de enfermos enviados a córdoba llega en una oportunidad a doscientos, y aun hoy quedan algunos de ellos en el servicio de oliva.

Los enfermos regresaban generalmente escapándose sin haber sido dados de alta.

Aquellos que quedaban en resistencia eran alojados en celdas de comisarias y en la alcaidía policial.

Un primer proyecto de salud mental, aparece en 1972 y es destinado a cubrir necesidades insatisfechas con la habilitación de un servicio de psiquiatría en el Hospital Perrando.

Este servicio se cubrió en su totalidad con los enfermos mentales que hasta entonces permanecían reclusos en comisarias.

En 1973 se funda el servicio de psiquiatría en el hospital polivalente de la ciudad de Saenz Peña.

Desde entonces la salud mental continuo siendo atendida en los servicios psiquiátricos ya sifiados, en resistencia y en presidencia roque saenz peña en 20 y 51 camas respectivamente.

El programa de SALUD MENTAL de la provincia del chaco, impulsado y dirigido por la dirección de salud mental, planifica implementar un plan que contemple la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

En este marco la estrategia es la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD, entendida esta como el medio para conseguir esa meta.

La atención primaria tiene por objeto atender las necesidades esenciales en materia de la salud de tanta gente como sea posible y al costo más reducido.

La atención primaria de la salud esta estrechamente relacionada con la promoción de la salud y la educación.

La oms define literalmente la salud mental como el estado de mayor bienestar psíquico de las personas, no solo ausencia de enfermedades mentales, dependiendo de la salud integral, de la acumulación de situaciones estresantes y/o traumáticas y también de las condiciones de la vida en relación con la familia, el trabajo, la violencia y la utilización del tiempo libre, etc.

Los objetivos generales del programa de SALUD MENTAL, apuntan al bienestar físico, psíquico y social de la persona que padece de algún trastorno mental, no solamente el tratamiento de las enfermedades orgánicas.

Así mismo la atención que se brinda debe tender, a ser interdisciplinaria e intersectorial con un abordaje integral, ya que la problemática es de naturaleza compleja, por lo que exige un abordaje con esta perspectiva.

Se tiende a favorecer y estimular en la población actitudes para lograr la integración del enfermo mental y la familia en su comunidad, de la cual es parte. Lograr la contención posibilitara reforzar los lazos debilitado por el proceso de la enfermedad incluyéndolos en actividades sociales y culturales según capacidades y aptitudes diferentes.

La familia y la comunidad son los instrumentos mediante los cuales se implementa el trabajo de resocialización y rehabilitación social, son las estrategias mediante las cuales se sostienen y dirigen las tareas terapéuticas.

En el orden nacional se a fijado la concepción que considera al grupo familiar como una de los principales agentes de salud.

Considerando la familia como el ámbito fundamental donde se desarrolla el proceso evolutivo y probabilidades de situaciones de riesgo que atenten a la salud mental de sus miembros.

La premisa es concientizar a la comunidad, buscando en primer lugar la sensibilización hacia la persona del enfermo mental, que pierda el miedo, rechazo, discriminación, marginación de la que son objeto así como también hacia el estigma de todo aquello que se relaciona con la enfermedad mental.

Se tiende al logro de la promoción de actividades que favorezcan formas de vida plena e integral.

La realización del proyecto comunitario de salud mental surge del convencimiento de las intervenciones en la comunidad son las que posibilitaran no solo la redefinición de la actividad fuera de los límites del hospital psiquiátrico, así como el modelo clínico tradicional.

Fundamentalmente; la tarea consistirá en que la comunidad adquiera niveles cada vez más amplio de participación social ya que esta ultima es el rasgo distintivo de las actividades de salud mental en la comunidad.

Se definirá el diagnóstico comunitario, entendido este como proceso continuo que se irá redefiniendo a lo largo de la intervención.

APRECIACIÓN DIAGNOSTICA

Según estudios epidemiológicos efectuados sobre América Latina y el Caribe, para el año 2.000 se prevé un incremento de las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos que aparecen asociados a diversas causas de mortalidad.

Se estima que la tasa bruta de mortalidad asociada a la violencia, por ejemplo, aumentará el 11,2% entre 1.985 y el año 2.000.

Crecerá, asimismo, el número de años de vida potencial perdidos.

Se calcula que 88,3 millones de personas sufrirán determinados tipos de trastornos psiquiátricos.

En este escenario intervienen decisivamente dos factores:

- a) El crecimiento demográfico diferencial de la población;
- b) El deterioro de las condiciones socio-económicas de América Latina.

En razón de lo expuesto es necesaria una evaluación epidemiológica de los trastornos mentales actuales y futuros, para poder efectuar una planificación estratégica de atención sanitaria a la problemática de Salud Mental.

Debemos tener en cuenta que aunque la tasa de prevalencia específica por edad no cambie durante un período determinado, el crecimiento de ciertos grupos de edad redundará en un aumento del número total de casos y, por consiguiente, en la tasa de prevalencia bruta.

Prevalencia (Mediana, Mínima y Máxima) de ciertos trastornos psiquiátricos según varios estudios epidemiológicos realizados en América Latina, en 1.985 (Fuente: Boletín C.B.S Vol. 107n°3)

TRASTORNOS	PREVALENCIA		
	MEDIANA	MINIMA	MAXIMA
ALCOHOLISMO	10,0	4,4	24,4
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	17,0	7,0	28,3
RETRASO MENTAL	1,3	0,8	3,4
EPILEPSIA	1,2	0,9	2,3
SINDROME CEREBRAL ORGANICO	1,1	0,5	1,5
DETERIORO COGNOSCITIVO	3,0	2,9	3,0
PSICOSIS FUNCIONALES	1,1	0,2	8,6
NEUROSIS	14,5	5,5	40,2
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	4,7	3,4	10,7
DESMORALIZACIÓN	33,3	---	---
FARMACODEPENDENCIA	1,2	1,1	7,7
VARONES SOLAMENTE			

Cuadro 1: prevalencia (mediana, mínima, máxima) de ciertos trastornos psiquiátricos según varios estudios epidemiológicos realizados en América Latina.

Cuadro 2: Variaciones demográficas en América Latina y El Caribe, por subregión y por grupo de edad en el período de 1985 al año 2.000.

SUBREGIÓN	POBLACIÓN (MILES DE HABITANTES)		VARIACION POR GRUPOS DE EDAD (%)			VARIACION TOTAL	
	1985	2000	<15 AÑOS	15-64 AÑOS	>= 65 AÑOS	Nº	%
AMERICA LATINA	397.589	537.582	18,8	44,2	58,7	139.993	35,2
ZONA ANDINA	81.478	114.329	25,7	48,9	65,7	32.851	40,3
CONO SUR	49.295	60.758	13,2	26,5	39,0	11.463	23,3
BRASIL	135.564	179.487	15,4	40,3	66,7	43.923	32,4
AMERICA CENTRAL	25.939	39.658	39,9	62,0	83,1	13.719	52,9
MÉXICO	78.996	109.180	11,7	57,1	64,7	30.184	38,2
CARIBE	26.317	34.170	21,5	33,9	38,7	7.853	29,8
LATINOAMERICANO							
OTROS PAISES DEL CARIBE	5.102	6.302	0,5	36,9	28,6	1.200	23,5
TOTAL AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	402.691	543.884	18,6	44,1	58,3	141.193	35,1

Fuente: Organización de las Naciones Unidas. World Population Prospects, Estimates and Projections as Assessed in 1.984. Nueva York, 1986. Barbados, Guayana, Jamaica, Suriname, Trinidad y Tobago.

Cuadro 3: Datos para 1.985 y proyecciones para el año 2.000 de población, números de defunciones y tasa bruta de mortalidad por causas con componentes psicosociales o psicopatológicos en América Latina y El Caribe. Cifras correspondientes únicamente a los países en los que se conocen dichos datos de mortalidad.

POBLACION Y CAUSAS DE DEFUNCION	NUMEROS DE DEFUNCIONES			TASA BRUTA DE MORTALIDAD		
	1.985	2.000	VARIACION (%)	1.985 (POR 100.000)	2.000 (POR 100.000)	VARIACION %
CONO SUR	(49.295)	(60.758)	(23,3)			
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	2.062	2.410	16,9	4,2	4,0	-4,8
ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES	36.667	50.832	38,6	74,4	83,7	12,5
CIRROSIS	8.607	11.876	38,0	17,5	19,5	11,4
SUICIDIO	3.376	4.276	26,7	6,8	7,0	2,9
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	5.469	6.940	26,9	11,1	11,4	2,7
HOMICIDIOS	1.923	2.502	30,1	3,9	4,1	5,1
TOTAL DEBIDO A LAS CAUSAS ANTERIORES	58.104	78.836	35,7	117,9	129,8	10,1
AMÉRICA CENTRAL	(22.667)	(34.397)	(51,7)			
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	3.397	5.306	56,2	15,0	15,4	2,7
ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES	3.946	6.864	73,9	17,4	20,0	14,9
CIRROSIS	1.350	2.266	67,9	6,0	6,6	10,0
SUICIDIO	865	1.404	62,3	4,7	5,1	8,5
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	2.373	3.750	58,0	13,0	13,7	5,4
HOMICIDIOS	10.749	17.497	62,8	58,8	63,8	8,5
TOTAL DEBIDO A LAS CAUSAS ANTERIORES	22.680	37.087	63,5	114,9	124,6	8,4

Cuadro 4: Población de 15 a 64 años de edad, número de personas con ciertos trastornos mentales, tasa de prevalencia bruta de esos trastornos y porcentajes de variación en distintas subregiones y en toda América Latina y El Caribe, durante el período de 1985-2000.

REGIÓN GEOGRÁFICA POBLACIÓN Y TRASTORNOS MENTALES	CASOS			TASAS DE PREVALENCIA BRUTA (%)		
	1.985 (N°)	2.000 (N°)	VARIACION (%)	1.985	2.000	VARIACION (%)
CONO SUR POBLACIÓN)	(30.090.000)	(38.060.000)	(26,5)			
TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS	506.264	646.818	27,8	1,68	1,69	0,6
TRASTORNOS AFECTIVOS	2.293.882	2.925.739	27,5	7,62	7,68	0,8
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	4.013.924	5.104.803	27,2	13,33	13,41	0,6
ABUSO O DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	3.615.236	4.598.092	27,2	12,01	12,08	0,6
DETERIOROS COGNOSCITIVOS	851.018	1.088.541	27,9	2,82	2,86	1,4
CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PRECEDENTES	8.173.086	10.394.064	27,2	27,16	27,30	0,5

CAMBIOS DEMOGRAFICOS

En América Latina (área Cono sur) la población pasará de 397,6 millones en el año base, 1985, a 537,6 millones en el año 2000.

El mayor crecimiento se dará en las personas de más de 65 años, alcanzando el 58,7 %, luego en el grupo etáreo de 15 a 65 años donde ascenderá al 44,2 % y el incremento será menor en los menores de 15 años (18,8 %).

La consideración de la información expuesta permite identificar las siguientes tendencias:

1. Aumentará el número de personas afectadas por trastornos psiquiátricos graves y se incrementarán las tasas de mortalidad afectadas por componentes psico-sociales.
2. El mayor aumento de mortalidad psiquiátrica corresponderá a los trastornos cognoscitivos.
3. Se observa el envejecimiento de la población latinoamericana y la necesidad de ampliar los servicios para los ancianos que padecen trastornos mentales.

4. La violencia y su correspondiente prevención se transforman en una prioridad para los servicios y profesionales de salud mental.

DETERMINACION DE PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES

La Provincia del Chaco integra la subregión denominada Cono Sur de América Latina según la clasificación utilizada por la Organización Mundial de la Salud –O.M.S – y por Organismos financieros internacionales como el Banco Mundial.

En esta zona las patologías prevalentes se incrementará acompañando el crecimiento de la población y, por lo tanto aumentando la cantidad de casos registrados.

Es importante considerar que la mayor expansión demográfica se producirá en el grupo etáreo compuesto por las personas mayores de 15 años. Para este sector el incremento previsto es del 39% para el período comprendido entre 1985 y el año 2000.

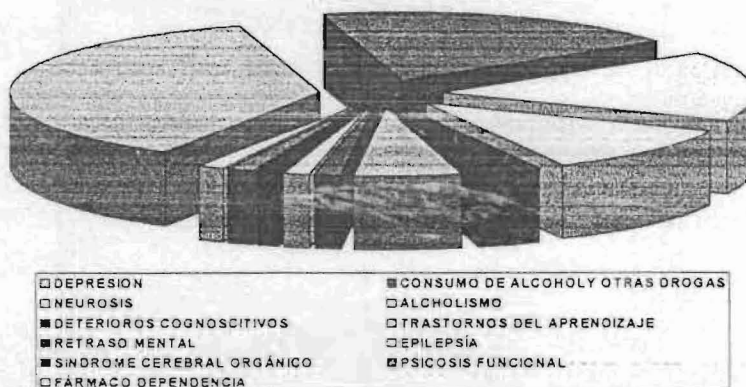
Este envejecimiento de la población determinará, a su vez, un incremento de alrededor del 3% en las patologías clasificadas en el ámbito internacional como DETERIOROS COGNOSCITIVOS.

Otra tendencia preocupante es el incremento del número de personas afectadas por el uso indebido y la dependencia del alcohol.

En síntesis, el perfil epidemiológico posible para el área sería el siguiente:

PATOLOGÍAS	PORCENTAJE
DEPRESION	33,3%
CONSUMO DE ALCOHOLY OTRAS DROGAS	17,0%
NEUROSIS	14,5%
ALCHOLISMO	10,0%
DETERIOROS COGNOSCITIVOS	3,0%
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	4,7%
RETRASO MENTAL	1,3%
EPILEPSIA	1,2%
SINDROME CEREBRAL ORGANICO	1,1%
PSICOSIS FUNCIONAL	1,2%
FÁRMACO DEPENDENCIA	1,2%

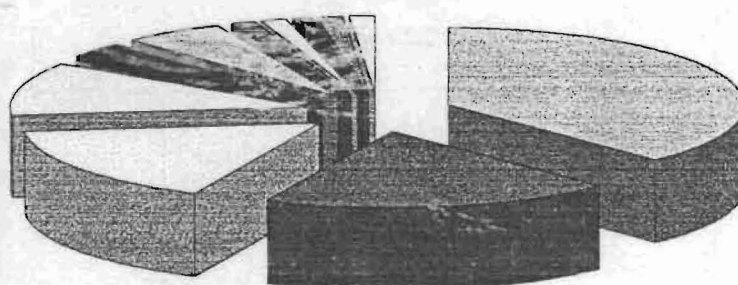
PATOLOGÍAS



Aplicando estas tasas de prevalencia, a la población del año 1996, en la Provincia del Chaco obtendríamos, a su vez, una aproximación al número de casos esperables.

PATOLOGIA	Nº ESTIMADO DE PERSONAS AFECTADAS
DEPRESION	295.283
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	150.743
NEUROSIS	128.577
ALCOHOLISMO	88.674
DETERIOROS COGNOSCITIVOS	26.202
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	41.677
RETRASO MENTAL	11.528
EPILEPSIA	10.641
SINDROME CEREBRAL ORGÁNICO	9.754
PSICOSIS FUNCIONAL	10.641
FARMACO DEPENDENCIA	10.641
N= 886.735 (POBLACIÓN TOTAL)	

PATOLOGÍAS



□ DEPRESIÓN	■ CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
□ NEUROSIS	□ ALCOHOLISMO
■ DETERIOROS COGNOSCITIVOS	□ TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
■ RETRASO MENTAL	□ EPILEPSIA
■ SINDROME CEREBRAL ORGÁNICO	■ PSICOSIS FUNCIONAL
□ FARMACO DEPENDENCIA	

CONCLUSIONES

El compromiso con una población implica la responsabilidad de hacer planes. Un plan de Salud Pública debe considerar las necesidades de salud de la comunidad y organizar un sistema de atención integral con Salud Mental como parte del Plan General.

El Chaco es una provincia que tiene grandes distancias entre asentamientos poblacionales, ciudades y centros de salud.

Debido a la economía primaria de agricultura y agroindustrias, con factores socioeconómicos y climáticos adversos, se multiplican los grupos de riesgo.

Por estas razones es importante priorizar las prestaciones de salud destinadas a las franjas de la población más vulnerables, que se caracterizan por falta de cobertura y de información. Se incluyen en estos grupos a las personas que tienen características de marginales y que son caldo de cultivo para afecciones mentales, drogadicción y violencia.

De la calidad del ámbito provincial, surge el déficit en la salud mental, por lo tanto se impone efectivizar acciones en íntima relación con el Plan de Salud General, del Ministerio de Salud de la Provincia, y de esta manera la prestación tendrá carácter de integral.

El programa de Salud Mental deberá implementar en forma articulada, un plan que contemple la atención, promoción y rehabilitación de la salud mental.

MAPA SANITARIO DE LA PROVINCIA DEL CHACO

ZONA SANITARIA I: Resistencia y Gran Resistencia
Cabecera: Resistencia.

ZONA SANITARIA II: Presidencia Roque Sáenz Peña – Taco Pozo –
Los Frentones - Pampa del Infierno – Concepción del Bermejo
– Avia Terai – Napenay -Campo Largo – El Palmar – Quitilipi –
Colonia Aborigen – Machagai –
Presidencia de la Plaza
Cabecera: Presidencia Roque Sáenz Peña

ZONA SANITARIA III: Villa Angela – La Tigra – La Clotilde – San Bernardo –
Villa Berthet – Samuhu – Coronel Du Graty – Santa Sylvia
Chorotis
Cabecera: Villa Angela

ZONA SANITARIA IV: General San Martín – Pampa del Indio – Roca – Laguna
Limpia – Ciervo Petiso – P. Almirón – Selva del Río de Oro La
Eduvigis
Cabecera: General San Martín

ZONA SANITARIA V: Las Breñas – Corsuelas – General Pinedo – Gancedo –
Hermoso Campo – Charata
Cabecera: Las Breñas

ZONA SANITARIA VI: Castelli – El Sauzalito – El Sauzal – Comandancia Frías –
Nueva Pompeya – Fuerte Esperanza – El Espinillo – Bermejito –
Miraflores – Tres Isletas
Cabecera: Castelli

SITUACION ACTUAL DE LA ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN LA SALUD PÚBLICA

MÉDICOS PSIQUIATRAS

Actualmente el Chaco cuenta, para la atención en Salud Mental de la Provincia, con ocho médicos psiquiatras que trabajan en el Servicio de Salud Mental del Hospital Perrando, dos médicos psiquiatras en el Hospital "4 de Junio " de Presidencia Roque Sáenz Peña, uno en Las Breñas y uno en Drogadependencia en Resistencia.

PSICÓLOGOS

Cuenta además el Hospital Perrando con cinco psicólogos: dos en Presidencia Roque Sáenz Peña, uno en General San Martín y tres en el Hospital Pediátrico de Resistencia.

ENFERMEROS

En el Hospital Perrando trabajan diez enfermeros; de ellos dos son universitarios y hay seis auxiliares de enfermería, de los cuales tres son especializados en Salud Mental.

En Presidencia Roque Sáenz Peña hay una enfermera universitaria, cuatro enfermeros y ocho auxiliares.

ASISTENCIA SOCIAL

En Resistencia hay un Asistente Social (Hospital Perrando); y uno en Drogadependencia Resistencia.

SOCIOLOGA

Hay una en Drogadependencia Resistencia.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA

Hospital Perrando: Sala 13.

Hospital 4 de Junio: Sala 8 Presidencia Roque Sáenz Peña.

Hospital Las Breñas: Consultorio Psicológico.

Hospital General San Martín: Consultorio Psicológico.

HOSPITAL PERRANDO

Sala 13: Servicio Monovalente en Hospital General con 20 camas. Es puertas abiertas, para no desinsertar de la comunidad a los pacientes. También cuenta con consultorios externos.-

Se efectúan interconsultas – Atención Integral – Ingresos a Marina – Policía – Gendarmería – Agencias de Vigilancia. Atención Médica a internos de la Alcaldía.-

En la sala 13 funciona, además, un hospital de día. Cuenta con un laborterapista y un profesor de educación Física con exposiciones y taller de Música y teatro.-

Este servicio está muy próximo a ser refaccionado para convertirlo en un ambiente más apto para la recuperación integral del paciente.-

HOSPITAL PEDIÁTRICO

Consultorio Externo atendido por tres psicólogos.-

HOSPITAL DE SÁENZ PEÑA

Sala 8 del hospital "4 de Junio ": Servicio Monovalente en hospital General.

Está contemplada la refacción de la infraestructura edilicia y funcional.

A corto plazo se incorporarán un psiquiatra y una enfermera especializada.-

HOSPITAL DE LAS BREÑAS

Servicio de psiquiatría atendido por un médico psiquiatra.

HOSPITAL GENERAL SAN MARTÍN

Un consultorio atendido por un psicólogo.

AMBULATORIO

En Resistencia hay un programa de atención ambulatoria para que los pacientes permanezcan en su medio ambiente. Se atienden emergencias.

Se hace contención familiar. Prescripción y Control para los que están incapacitados de trasladar.

URGENCIAS Y AYUDA AL SUICIDA

En el Hospital Perrando se habilitó en 1.995 un centro de atención de urgencia y ayuda al Suicida durante las 24 horas; al igual que el funcionamiento exclusivo de un teléfono para las emergencias.-

VIOLENCIA

Se formó el equipo de prevención y tratamiento para casos de violencia.-

DROGADEPENDENCIA

En 1.996 se creó la Medida de Seguridad Curativa para tratamiento del drogadependiente.-

DOCENCIA

En el Hospital Perrando funciona la residencia interdisciplinaria que está orientada hacia la modalidad de atención primaria con ambulatorios. Tiene las siguientes disciplinas: Psiquiatría – Psicología – Enfermería y Asistencia Social.-

HABILITACIÓN DE SERVICIOS PRIVADOS

Salud mental elaboró, con la Dirección de Fiscalización Sanitaria, normas de habilitación de servicios de Psiquiatría.-

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Salud Mental trabaja en conjunto con la dirección de Epidemiología para implementar la investigación de causas de primera consulta de la especialidad.-

CONCLUSIÓN

La provincia del Chaco tiene un amplio espectro de población sin cobertura en Salud mental y con insuficiente número de recursos Humanos. Por lo tanto se impone articular acciones de Salud Mental en íntima relación con el Plan de Salud en General.

Es necesario definir objetivos de Salud Mental mediante la estrategia que denominamos Atención Primaria.-

Consiste en elaborar un conjunto de proposiciones factibles y viables en la realidad, que dé participación a la comunidad para interpretar las necesidades de la misma.-

La Atención Primaria se basa en la asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos y puesta al alcance de los individuos y las familias con plena participación de ellos.-

El objetivo es llevar la atención de la salud lo más cerca posible de lugar donde residen y trabajan las personas. Si bien la Atención Primaria prioriza a los más necesitados, que son la franja más vulnerable y que se caracteriza por falta de cobertura y carencia de información, deficitarias condiciones higiénicas y hábitos inadecuados para mantener la salud. También se incluyen en este grupo a las personas que por tener características de marginalidad provocan problemas sociales, siendo caldo del cultivo para afecciones mentales.-

La accesibilidad tiene en cuenta a toda la población, porque el funcionamiento de la Atención Primaria es la universalidad de la cobertura. La ejecución se implementará en forma de un sistema articulado cuyo objetivo es lo mejoramiento de la prevención de la Asistencia y de un Sistema de Capacitación de recursos Humanos.-

La política de atención primaria en Salud Mental estimulará a la inserción de agentes en la comunidad, designados Agentes de Salud Mental y que pueden ser personas o instituciones.

CONCRETAMENTE

Hay necesidad de implementar un programa de Atención Primaria porque se requiere una red más amplia que incluya al individuo, la familia y el grupo social.-

Deben cumplir los principios de las Políticas Sustantivas de Salud como:

- Descentralización
- Enlace Intra y Extrasectorial
- Promoción de Salud

El objetivo es externalizar la atención domiciliaria.-

CARACTERISTICAS DEL PLAN

En primer lugar, la detección de factores de riesgo y de casos incipientes diagnosticados por conectarse el plan con la población; y en segundo lugar, el tratamiento ambulatorio en su medio social.

DESARROLLO

La descentralización y la integración de las actividades de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación en Salud Mental, y la posibilidad que el paciente sea atendido lo más cerca posible de su lugar de residencia para no desinsertarlo de su medio, hace necesario implementar una red de Salud Mental que cubra Niveles de Atención.

Estará formada por una red compuesta por tres niveles de complejidad creciente. Los tres niveles comprometen a la población total, tendrán niveles de funciones y serán los siguientes:

- Primer nivel: Comunidad – Agentes de salud mental
- Segundo nivel: Trabajadores de la salud en general
- Tercer nivel: Trabajadores de la salud mental – Capacitadores – Estructuras para resolver situaciones más complejas

NIVELES DE ATENCION EN SALUD MENTAL

PRIMER NIVEL

Niveles de Atención en Salud Mental.

Nivel Primario.

Agentes de Salud.

Implica la conexión real con la demanda explícita y latente.

LA DEMANDA EXPLICITA

Este nivel puede realizar la detección de casos de trastorno mental y neurológico, la derivación al nivel inmediato superior, la supervisión de la entrega y consumo de medicamentos, la identificación de problemas Sociales como el Abuso de Drogas y Alcohol, Violencia y Maltrato, Trastornos Alimentarios, etc., detección de factores de riesgo (problemas sociales, drogas, etc.).

Las funciones podrían ser las siguientes:

- Facilitar la Atención Básica a las personas con trastornos biológicos o psicológicos.
- Identificar trastornos mentales como la epilepsia, los estados psicóticos crónicos y agudos, la farmacodependencia, el alcoholismo y las crisis emocionales agudas

El plan será complementado por los Recursos Humanos, que tendrán los siguientes niveles:

- Agente de Salud Mental
- Médicos clínicos capacitados en Salud Mental
- Equipos Básicos
- Equipos capacitadores
- Servicios de Salud Mental

Se buscará que los individuos y la comunidad se desempeñen como efectores de la Salud Mental. El énfasis se pondrá en las tareas de Promoción y Prevención en los diferentes niveles institucionales como Escuelas, Sociedades de Fomento, Parroquias, Lugares de trabajo, etc.

A lo Agentes se los capacitará para actuar como sensibilizadores, punto de partida de un enfoque multiplicador en la Sociedad en que vive.

A través de ellos se tratará de lograr la participación de la comunidad identifica con sus problemas de Salud Mental, y estimulará a los individuos y las familias a ser activos participantes en Salud Mental, para eliminar la marginación y los prejuicios respecto al enfermo mental.

A tales fines se le capacitará para identificar conductas malsanas y proponer la búsqueda de atención adecuada.

METAS

- Detección Precoz: Investigando los grupos sociales de riesgo.
- Se intensifica la búsqueda de casos en las primeras etapas.
- Tratamiento en las etapas más susceptible de mejorar y en su medio ambiente.
- Disminuir los casos que pasen a la cronicidad.
- Disminuir la necesidad de internación.
- Mejor seguimiento de los enfermos.

LINEAS DE ACCION

- Llegar hasta el paciente para que efectúe tratamiento
- Intensificar acciones en terreno.
- Brindar mejor atención al enfermo mental.
- Provisión de medicamentos.
- Trabajo comunitario con grupos vecinales y religiosos.
- Efectuar las derivaciones correspondientes.
- Detectar los síntomas físicos indicativos de un problema psíquico subyacente.
- Movilizar y motivar grupos de apoyo mutuo y autoayuda según la demanda de la comunidad.

AGENTES DE SALUD MENTAL

Personal perteneciente al Sistema de Salud (enfermeros, auxiliares, reconversión funcional de personal administrativo, docente, empleados municipales o de otras reparticiones que ingresan al sistema).

El número de Agentes de Salud, en principio será uno por cada una de las localidades integrantes de las seis zonas sanitarias de la provincia.

En todos los casos se prevén incentivos que se establecerán contractualmente con la jurisdicción de pertenencia del Agente, por ejemplo en el caso de personal docente podría utilizarse la distribución de créditos, o sistemas de afectación especiales.

Para los Agentes se diseñarán estrategias de incorporación a la tarea.

En todos los casos recibirán capacitación y adiestramiento en servicio, a cargo del equipo itinerante, formado por el personal del Hospital Perrando, destinada por la capacitación de toda la provincia en sus lugares de desempeño y por el sistema a distancia que se implantará a través de la escuela de Salud Pública de la Provincia del Chaco.

SEGUNDO NIVEL

Estará desempeñado por médicos generalistas que opten por integrarse a la red.

Se desempeñarán en centros periféricos, consultorios externos de pequeños hospitales de las localidades.

A este nivel corresponderán:

- Hacer control de diagnósticos efectuados por Agentes de Salud Mental.
- Seguimiento de pacientes.
- Prescripción de medicamentos a pacientes ambulatorios.
- Apoyo y supervisión a los Agentes.
- Atención domiciliaria.
- Asesoramiento a grupos de autoayuda.
- Efectuar las derivaciones a niveles de mayor complejidad.

Los recursos humanos se capacitarán de manera que vayan cubriendo en forma sucesiva las necesidades de la red de salud mental en la provincia.

Todas las acciones serán programadas para brindar desde la más adecuada atención hasta la rehabilitación de los enfermos, para cumplir de esta manera con los objetivos de la salud mental: externación – rehabilitación – prevención.

TERCER NIVEL

Las funciones serán desempeñadas por un equipo básico de Salud Mental, integrado por un psiquiatra, un psicólogo, un enfermero universitario y un asistente social especializado en Salud Mental.

Se desempeñan en los hospitales cabeceras de zonas. Estos equipos están integrados en las ciudades de Resistencia y Sáenz Peña.

En este tercer nivel las funciones son desempeñadas por equipos interdisciplinarios o por profesionales especializados que forman parte de los hospitales cabeceras y que deberán cumplir las siguientes funciones:

1. Atención de casos críticos derivados por los otros dos niveles procedentes de la red.
2. Diagnóstico, tratamiento de pacientes que requieren internación.
3. Capacitación, supervisión y asesoramiento de los recursos humanos integrados.
4. Investigación de problemáticas referidas a la Atención de la Salud Mental.
5. Coordinación de las acciones desarrolladas por los programas ambulatorios.
6. Coordinación de las acciones desarrolladas por los demás efectores de la red, monitoreando los obstáculos a efectos de solucionarlos.
7. Desarrollar planes programados de promoción y prevención de la Salud Mental.
8. Organizar sistemas de complejidad creciente que permitan acceder desde la consulta hasta la más alta complejidad.
9. Impulsar el desarrollo integral de la atención psiquiátrica a fin de recuperar y resocializar a los pacientes en el menor tiempo posible. Para ello es necesario desarrollar acciones programadas de rehabilitación psiquiátrica.
10. Determinar la prevalencia de la patología mental en la provincia, su identificación y distribución por zona geográfica.
11. Evaluar el diagnóstico de la salud mental de la provincia y el resultado de los diferentes programas en ejecución. Además fijar las políticas de salud mental.
12. Estudiar las tendencias de drogas, alcoholismo y accidentes en relación con las adicciones.
13. Preparar al personal que emprenderá la lucha contra las adicciones.

CAPACITADORES

El equipo itinerante accionará interdisciplinariamente a fin de que con una frecuencia de una vez por mes concurra a cada una de las ciudades cabecera de las distintas zonas sanitarias para concretar en terreno:

- Realizar capacitación en servicio, manteniendo encuentros informativos con distintos profesionales del medio – médicos generales, enfermeros, agentes sanitarios- a fin de transmitir los principios básicos de Salud Mental Facilitando los conocimientos de esta especialidad de la salud, se garantiza la Atención Primaria y la oportuna derivación a los centros especializados.
- Captar sus inquietudes, evacuar consultas y demandas.
- Reconocimiento de los recursos existentes para mejorar el aprovechamiento de éstos en beneficio de la atención de la población.
- Para ello, previamente al encuentro en la ciudad cabecera de la zona sanitaria, se cursará invitación a los trabajadores de las otras localidades para facilitar su participación en el Encuentro Interdisciplinario.

EN SINTESIS

Concretando la organización de los recursos humanos de la siguiente forma:

Nivel 1: agentes de Salud Mental cubrirán áreas rurales, interrurales y difícil acceso, siendo su función primordial la atención en terreno, eliminar prejuicios y vergüenza respecto a la salud mental, promoción, prevención, designación de los agentes de salud mental, seguimiento de los tratamientos, detección de bolsones de población de riesgo, formación de grupos de autoayuda.

Nivel 2: es el referente del Nivel 1: Médicos Generalistas efectúan diagnósticos, ajuste de medicación, supervisión y control. Función principal: supervisión de atención, promoción, prevención, asistencia integral, consulta externa, emergencias, atención primaria en el área programática, seguimiento de los pacientes ambulatorios, supervisar tratamiento de pacientes a través de los agentes de la salud mental.

Nivel 3: efectúa tratamiento, internación, asesoramiento, control. Función principal: capacitación, supervisión, control, internación, docencia, investigación, capacitación continuada, campañas de promoción y de prevención, asistencia integral con modalidad de internación a corto, mediano y largo tratamiento, internación parcial, consulta externa y emergencia, seguimiento de los pacientes egresados en sus áreas programáticas.

Para asegurar la responsabilidad legal del Nivel 1, debe actuar siempre siendo el efector del Nivel 2, sin que el agente de Salud Mental medique por sí mismo.

INFRAESTRUCTURA

Niveles de complejidad del programa:

- Terreno.
- Centro de Salud.
- Hospitales de localidades.
- Hospitales de referencia (Perrando – 4 de Junio).
- Centros para crónicos (Comunidad Terapéutica – Talleres Protegidos).

NECESIDADES PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

- Recursos humanos: capacitados como agentes que aumentarán de acuerdo a la evaluación de resultados.
- Recursos humanos: Todos los recursos de Salud.
- Recursos humanos: equipo básico en hospitales cabecera. El número de equipos básicos por zonas programáticas aumentará según las necesidades de atención.
- Consultorios.
- Vehículos.
- Muy buen sistema de comunicación.

DROGADEPENDENCIA

Merecen atención especial los programas de Drogadependientes se implementará una red con las mismas características del programa de Salud Mental que oriente y asesore sobre los problemas específicos de la drogadependencia, en todos los casos necesarios y en todas las zonas programáticas.

La red tendría los mismos niveles que con Agentes de Salud Mental; médicos generalistas y equipos básicos en hospitales de zona.

Los cuadros de abstinencia y complicaciones orgánicas de drogadependientes serán tratados en hospitales generales.

La desintoxicación de estos pacientes será tratada en los servicios de Medicina interna de los mismos hospitales.

En el futuro será necesario implementar medidas de seguridad curativa en cada hospital de zona.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

La comunidad debe sentirse comprometida para ayudar tanto a los enfermos mentales como a los drogadependiente, constituyendo grupos de Autoayuda.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

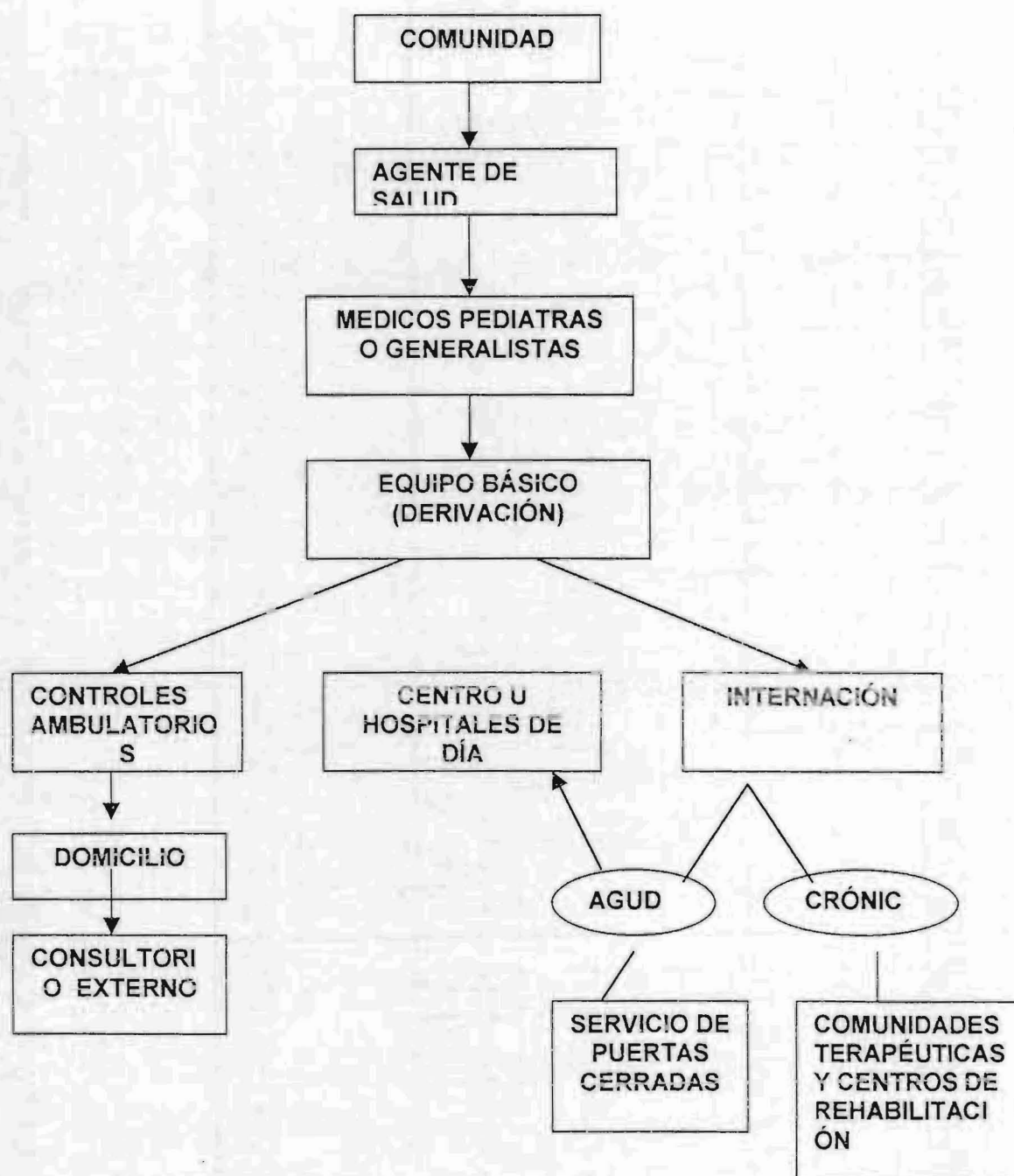
Programa de Salud Mental de la Provincia del Chaco - Atención Primaria
DIRECCION DE SALUD MENTAL – AÑO 1.999

Teniendo en cuenta que la alta prevalencia de trastornos orgánicos, que se acompañan de debilidad mental, se originan en la primera infancia, la profilaxis debe apuntar al mejoramiento de la asistencia perinatal, con preferencia las trastornos por desnutrición y seguimiento del prematuro y de los recién nacidos con patologías, hijos de madres niñas etc. Y el estudio sistemático de los niveles de hormona Tiroidea y Ácido fenil acético en sangre, los que originan Cretinismo y Fenileetinuria respectivamente. Ambos cuadros se acompañan de retraso mental profundo. La detección temprana de las patologías y su posterior tratamiento evitan el desarrollo del daño irreversible.

Es destacar que los principales agentes de detección al sistema serán:

- Los maestros de escuela.
- Los odontólogos.
- Los médicos generalistas, de familia y pediatras.
- Los agentes de salud mental.
- Otros agentes de salud.

En el área que comprende la asistencia de los casos de Psiquiatría Infantojuvenil, la red funcionaría de la siguiente manera:



ESTRATEGIA

La Primer Etapa consistirá en realizar diagnóstico de situación y evaluar proyectos, sensibilizar a la población y familiares de los enfermos para que comprendan las bondades de la Desmanicomialización y reinserción del paciente en su medio ambiente y para que acepten en su seno a los pacientes en tratamiento. A la vez sensibilizar a la comunidad para que participen en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos.

La Segunda Etapa: consistirá en evaluar los casos crónicos de los servicios para agudos de los Hospitales Perrando y 4 de Junio, los cuales serán destinados exclusivamente para pacientes agudos que no permanezcan más de 30 días internados, y continuar luego su tratamiento en forma Ambulatoria.

Al mismo tiempo que se llevan a cabo estas dos etapas se hará la capacitación de los Agentes de Salud Mental y médicos generalistas, pediatras y clínicos, preparándolos para su desempeño en este programa.

Paulatinamente se deberá adecuar el número de profesionales que se desempeñen en el seno del ámbito provincial.

PROYECTOS Y ACCIONES A DESARROLLAR

PRIORIDADES	METAS	RECURSOS HUMANOS	REALIZACIÓN
- Sensibilización de la comunidad. - Diagnóstico del estado del medio ambiente. - Detección de líderes. - Designación de agentes. - Capacitación del 1º Nivel. - Capacitación del 2º Nivel.	- Predisponer a la comunidad a que reciban a sus familiares enfermos y se responsabilicen, convertir a los agentes de salud mental en mediadores del sistema y la comunidad. - Preparar el 1º y 2º Nivel de Trabajadores de Salud.	- Equipos interdisciplinarios de salud mental. - Dirección de Educación para la salud. - Escuela de Salud Pública. - Dirección de Salud Escolar.	- Educación a distancia. - Clases a dictarse por cada especialidad. - Asesoramiento institucional. - Publicidad.
- Implementación del Programa en Zonas I y II.	- Cumplimiento en terreno. - Capacitación.	- Equipos básicos capacitadores. - Trabajadores de Salud. - Agentes de Salud Mental.	- Trabajo en terreno.
- Implementación del Programa en Zona II.	- Cumplimiento en terreno. - Capacitación.	- Completar equipos básicos.	- Trabajo en terreno.
- Implementación del Programa en Zonas III - IV - V y VI.	- Cumplimiento en terreno. - Capacitación.	- Designación de equipos básicos.	- Trabajo en terreno.
- Dotar de lugar adecuado para alojar enfermos de alto riesgo y enfermos delincuentes.	- Cubrir la necesidad de alojamiento de estas franjas de pacientes con servicios de puertas cerradas que los contengan.	- 1 médico director. - 1 enfermero especializado. - Dotación de personal.	- Convenios con otras reparticiones que posean campos. - Dotar de equipos de comunicaciones. - Construcción de área de seguridad. - Vehículos.
- Dotar de lugar adecuado para enfermos crónicos compensados sin familiares. - Hogares granjas.	- Alojamiento de puertas abiertas con características de granja.	- Administrador. - Enfermero especializado. - Dotación de personal. - Personal con conocimiento de agricultura.	- Convenios con otras reparticiones que posean campos. - Dotar de equipos de comunicaciones. - Vehículos.
- Desintoxicación de Drogadependientes.	- Servicio con internación adecuada en hospitales generales.	- Personal clínico.	
- Psiquiatría infantil.	- Atención de casos de psiquiatría infantil.	- Designación de un psiquiatra infantil.	- Afectación. - Creación de servicios.
- Traslado de los pacientes de sala 8 y sala 13 de Resistencia a centros para crónicos.	- Disponibilidad de camas para pacientes agudos.		- Rehabilitación.
- Creación de centros para débiles mentales.	- Necesidad de contar con un lugar adecuado.	- A estudiar.	- A estudiar.
- Rehabilitación de Drogadependientes.	Proponer convenio con la Justicia Federal que por Ley N° 23.737 debe contratar servicios de atención.		

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DEL CHACO

MINISTRO DE SALUD: DR. JORGE H. ROMERO
SUBSECRETARIO DE SALUD: DR. ERNESTO ILIOVICH
DIRECTOR DE SALUD MENTAL: DR. ARISTIDES SERVIN

AÑO 1.999

El concepto de salud incluye también la Salud Mental y por lo tanto la consideración de los problemas psicosociales y el comportamiento de las personas como así también la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales.

Mundialmente existe un aumento de la incidencia de problemas sociales relacionadas con la Salud Mental, tales como el alcoholismo, abuso en el uso de las drogas, suicidios, desintegración de la familia, asociados a un incremento de la agitación, así también a cambios rápidos de valores, expectativas, requisitos sociales, estilos de vida, etc.

Todo esto hace a la necesidad de servicios para la atención con equipos interdisciplinarios de la salud mental para niños y adultos.

Uno de los objetivos del grupo interdisciplinario será la construcción de un NUEVO SABER que tendrá en conjunto, mediante la corporación de conceptos y nociones básicos para abordar la tarea, pero sin dejar los componentes de cada una de las disciplinas. En este campo aparecerán también las rivalidades por la capacidad y eficacia en las intervenciones todo ello dentro del marco propio dado por la estructura institucional y la personalidad de los componentes de los grupos.

El pensamiento interdisciplinario es un compromiso mayor que produce efectos nuevos en la tarea y en los miembros.

La práctica muestra a la sociedad que los procesos de salud – enfermedad implican todos los aspectos humanos, no solo el corporal o el mental, Así la apertura de la medicina como otras disciplinas hacia un cambio interdisciplinario, provee mayores posibilidades de articularse a todo aquello que está involucrado en este proceso, desde lo orgánico, su repercusión en la estructura psíquica y en la conducta, su articulación en las condiciones sociales e históricas y la significación cultural, individual y comunitaria que siempre acompañan a estos fenómenos, con una abordaje integral del ser humano.

TRABAJOS INTERDISCIPLINARIOS

- Reunión en equipo
- Interconsultas
- Pase de sala
- Proyecto-Laboratorio:

jardín
Huerta.
Horno de pan.
Cancha de fútbol.
Festejos de cumpleaños.

- Participarán del equipo de admisión.
- Programación de salidas terapéuticas.
- Reorganización del programa ambulatorio.
- Visitas domiciliarias.
- Externación.
- Trabajos de grupos de pacientes.
- Comité de docencia e investigación.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Se tendrán en cuenta los dos servicios existentes en la provincia e intentar que exista un mayor intercambio entre ambos para poder a cierta unificación de criterios de asistencia y atención; sin pasar por alto las diferencias existentes y la idiosincrasia del medio donde ambos servicios se encuentran insertados.

Es objetivo del Plan de atención Primaria concurrir a los lugares donde el paciente habita para el control del mismo y así poder evitar una posible internación y en caso de ser necesaria sea breve.

Ateneos: es una actividad docente de suma importancia.

PSIQUIATRIA

Actividades prácticas que se consideran necesarias para cumplimentar los objetivos del Plan de Salud Mental de la Provincia del Chaco.

ACTIVIDADES AMBULATORIAS

- a) Admisión de la comunidad, en equipo interdisciplinario. Prevención, promoción de salud.
- b) Consultorios externos
 - ▶ Tratamiento Psicofarmacológicos.
 - ▶ Tratamiento Psicoterapéuticos.
- c) Atención de juntas médicas reconocimiento de ambos servicios, se encuentran insertados.

ACTIVIDADES EN SALA (Internados)

- a) Pacientes de corta permanencia: internación del paciente en crisis (en la misma que se considere necesaria la misma) con el pertinente tratamiento para su contención compensación del cuadro psicopatológico, llevándose a cabo posteriormente, y en la inmediatez, estrategias y dinámicas de externación, con seguimiento terapéutico por consultorio externo.
- b) Pacientes de larga permanencia: Dinámicas de externación (principio de A.P.S.M.); Entrevistas familiares; Tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos; Asamblea con grupos de pacientes.

OTRAS ACTIVIDADES

- ❖ Actividades laborables.
- ❖ Actividades recreativas. Con el fin de estimular a la comunidad, perspectivas de producir, etc.
- ❖ Ateneos: discusión de casos clínicos, psiquiátricos.
- ❖ Reuniones de equipo: llevando a debate todo momento de reflexión con relación a la tarea y al Plan de A.P.S.M..
- ❖ Pases de sala, como un modo de información de las constantes novedades que se van desarrollando con el internado.

INTERCONSULTAS

Actividades que consistirán en evaluar al paciente y seguir el tratamiento hasta su externación, lo cual, quedará debidamente registrado.

Las interconsultas no se limitará a la atención de los pacientes, sino que se fomentará el intercambio con el profesional que solicite el pedido, con la finalidad de resaltar la importancia de la Salud Mental en la vida y en el proceso curativo.

GUARDIAS

Activas y/o pasivas, buscando articular y normalizar los criterios terapéuticos con la guardia central del Hospital, en la relación al supuesto paciente en crisis.

Dichas actividades se abordan desde la DISCIPLINA MEDICA PSIQUIATRICA, pero concomitantemente con la tarea interdisciplinaria y desde las estrategias de A.P.S.M..

PSICOLOGIA

(Integrando el equipo interdisciplinario)

CONSULTORIOS EXTERNOS

Atención de pacientes niños, adolescentes, adultos, (neurosis, psicosis, perversión).

- Tratamiento psicoterapueticos.
- Terapias familiares.
- Grupos terapéuticos.
- Participación en el equipo de estimulación temprana.

EN EL AREA INSTITUCINAL

- Asesoramiento institucional.
- Pericias psicológicas en el ámbito forense.
- Creación y coordinación de gabinetes psicológicos de orientación vocacional en el medio.
- Extensión de certificados de aptitud psíquica.
- interconsulta en todas las unidades de la institución hospitalaria.

CAPACITACION

- Dictado de cursos/seminarios en distintos niveles (profesionales de salud, educación, comunidad en general).
- Ateneos: participación interdisciplinaria con psiquiatría, enfermería y asistencia social en el tratamiento de casos.
- Presentación de pacientes.

OTRAS ACTIVIDADES

- Reunión en equipo.
- Pase de sala.

- Implementar pasantías para alumnos de psiquiatría y psicología.

En relación en pacientes internados en crisis agudas, los mismos serán abordados siguiendo los siguientes criterios: diagnóstico, tratamiento posible (seguimiento y evolución diaria) entrevistas con familiares, teniendo como meta el alta hospitalaria del paciente a efectos de evitar su cronificación, con la correlativa reinserción social y su seguimiento en tratamiento ambulatorio desde consultorios externos.

RESPECTO DE PACIENTES INTERNADOS CRONICOS

- Creación y coordinación de talleres terapéuticos recreativos y socializadores (hospital de día).
- Promoción, participación y coordinación de actividades corporales (deporte, aprovechando el espacio existente al aire libre y mejorando el terreno e implementando la práctica del mismo y gimnasia).
- Implementación de un espacio par huerta y otro para jardinería con una finalidad terapéutica recreativa y con la posibilidad de comercialización de algunos productos a efectos de autobastecerse con relación a ciertas necesidades (por ejemplo: yerba, cigarrillos).

INTERCONSULTAS

Actividad que consistirá en evaluar al paciente y seguir el tratamiento hasta su externación, lo cual, quedará debidamente registrado.

Las interconsultas no se limitarán a la atención de pacientes sino que se fomentará el intercambio con el profesional que solicite el pedido, con la finalidad de resaltar la importancia de la salud mental en la vida y en el proceso curativo.

ENFERMERIA

Los enfermeros deberán:

- Participar en forma activa en la tarea admisión de pacientes por consultorios o interconsultas.
- Elaborar en forma conjunta los posibles tratamientos.
- Participar en forma activa del proceso de externación apoyando al paciente, familiares o contingente, para asegurar que los periodos de externación puedan sostenerse.
- Organizar a los pacientes según sus capacidades y potencias intelectuales, entre si como motivadores de los que menos capacidad posee.
- Coordinar y participar en forma efectiva en la atención de los pacientes con otras especialidades para la pronta atención y recuperación de los mismos (interconsultas).

- Formación sistematizada del personal para permitir la unidad de criterio y la incorporación del personal al tratamiento del paciente.
- Posibilitar y facilitar el enriquecimiento de la práctica con nuevos aportes científicos.
- Elaborar normas internas para organizar áreas según tipos de cuidados de enfermería a pacientes agudos y ambulatorios.
- Dar espacio propicio para descanso, trabajo, alimentación y recreación.
- Participar en forma activa de las interconsultas.
- Participar desde la disciplina mediante: Juicio crítico de la situación planteada; enseñanza de los cuidados asistenciales, asesoramiento del paciente y de su familia, en los casos que lo requieran.
- Coordinar los medios necesarios para la elaboración, conocimiento y aplicación de criterios y normas de derivación e internación al servicio.
- Desarrollar un enfoque alternativo que promueva la capacitación en Salud Mental y Psiquiatría a través del trabajo y la crítica reflexión de este que les permita analizar su relación con pacientes internados y ambulatorios y ser agentes de cambios de su propia práctica.
- Reconceptualizar la atención de enfermería en Salud Mental y su cuidado, e implementar la función preventiva en la familia, comunidad, Hospital General, y grupos específicos y en el marco del equipo de salud.
- Promover el desarrollo y el reconocimiento disciplinario, interdisciplinario y comunitario, de la importancia terapéutica de la relación de soporte psicológico que el personal de enfermería da a sus pacientes y sus familiares.

ORGANIZACIÓN DE GRUPOS DE PACIENTES INTERNADOS

Esta tarea surge con el motivo de realizar un trabajo de reconocimiento de aptitudes laborales e intelectuales a los pacientes que están internados y aquellos que concurren al servicio (ambulatorios, hospital de día), con el objeto de agruparlos en equipos de trabajos de posibles proyectos: horno de pan, pro-huerta. Laborterapia: jardinería.

La tarea se realizará en tres momentos:

1. Por parte de enfermería realizar una exhaustiva observación, para buscar los pacientes que; a estas, puedan estar disponibles para su inclusión en este proyecto; y elevar la lista de postulantes.
2. Realizar con el equipo interdisciplinario, entrevistas a cada paciente (historizar en lo laboral, aptitudes de colaboración y aprendizaje).
3. Una vez terminadas las entrevistas agruparlos a aquellos de menor capacidad, con algunos de buena capacidad y observar el dinamismo del grupo.

El dinamismo del grupo se observará en reuniones semanales donde se le daría las distintas propuestas y ver cuales aceptan.

En todo momento habrá el apoyo y acompañamiento del equipo interdisciplinario y personal de la sala.

TRABAJO SOCIAL

No hay construido una solución alternativa que permita resolver social; y humanamente el problema de los locos, sobre todo aquellos que, tras largos años de segregación en estas instituciones, han perdido toda relación comunitaria con el exterior de las mismas.

El desafío de hoy, es buscar lo eficaz y racional, porque el problema más importante radica en la respuesta social.

La base esta en la construcción de una alternativa al trabajar según tres funciones que deben ser articulados:

- Construir una trama social solidaria y continente para recibir y apostar a la recuperación de las personas exterandas.
- La puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, a través del estado, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social.
- Mantener lo específico de la asistencia en Salud Mental que asegure una recuperación, a fin de impeair nuevas modalidades de internación.

La práctica del trabajador social en el espacio de la Salud Mental plantea un enfoque particular de trabajo como es: la interdisciplina, un ángulo de visión diferente a la situación vivida por la persona y su familia, dando singularidad y significación a la intervención profesional. A la vez el intercambio y enriquecimiento que puedan aportar los demás profesionales, y no profesionales como así también, la comunidad facilita y colabora con el que hacer profesional delineando su estrategia de trabajo.

El trabajador social realiza las siguientes actividades:

- Estudio exploratorio de las características institucionales, de la sala y del Hospital general.
- Recolección de datos pertenecientes a los pacientes internados y ambulatorios.
- La confección de fichas personales de cada uno de los pacientes internados (se vuelcan datos personales y filiatorios, como también todos los ingresos y/o egresos de los mismos; e información de relevancia para su tratamiento) y de algunos pacientes de consultorios externos (elaborados a solicitud de los terapeutas)

- Incorporar las Historias clínicas de los pacientes internados, la hoja correspondiente al trabajador social, volcando todos los datos personales y filiatorios, adhiriendo el diagnóstico de la situación problema-familiar y/o social que presenta el paciente. A la vez se registra las actividades o estrategias de trabajo que se realiza en cada caso.
- Confeccionar registros de todos los pacientes ambulatorios de todas las zonas de donde provienen los mismos, y acuden al servicio para su debido control.
- Hacer trámites de pensiones a pacientes crónicos del servicio.
- Articular diferentes actividades o tareas para la externación o contención familiar y/o comunitaria.
- Tener información sobre todas las instituciones, privadas y públicas que brindan algún servicio a la comunidad y específicamente en esta área de Salud.
- Realizar intentos de pedidos a las entidades correspondientes y lograr el recurso humano necesario para emprender nuevamente diversas actividades, como por ejemplo, jardinería, manualidades, deportes y/o actividad corporal.
- Llevar a cabo entrevistas al paciente y referente familiar desde el momento que se produce la internación, o se cita inmediatamente ante la no presencia de algún referente familiar.
- Diariamente informar sobre el caso, desde el aspecto social, al profesional y al personal de enfermería, para que la comunicación y la información sea permanente, lo cual es de suma importancia para evaluar constantemente las estrategias a seguir en el caso.
- Realizar visitas domiciliarias.
- Tramitar pasajes para los pacientes de alta hospitalaria.
- Concretar reuniones familiares, frente a la no-contención y/o aceptación de la familia, una vez que el paciente es dado de alta por pedido de, los terapeutas con algún fin específico y beneficio de la situación del paciente.
- Realizar informes sociales para ser presentados ante diversas situaciones para lograr beneficios económicos u otro fin.
- Contar con un cuaderno con todas las instituciones del medio y los distintos poderes, con sus correspondientes a la dirección y número telefónico.

SERVICIO DE SALUD MENTAL
PROVINCIA DEL CHACO
SERVICIO DE INTERNACION

La admisión se efectúa por el equipo de admisión, equipo interdisciplinario que funciona diariamente.

Criterio de Admisión

- Brote psicótico agudo (psicosis paranoica, psicosis delirante aguda, exacerbación del delirio, "brote" esquizofrénico).
- Se internarán pacientes con antecedentes de adicciones en ciudades donde no hubiera centros especializados, con posterior derivación al centro de la especialidad.
- Pacientes judiciales por expresa disposición de juez en servicios que cuenten con sala de contención.

Quedan excluidas oligofrenias demencias excepto en los servicios que cuenten con sala de contención en los casos de excitación y/o agitación.

- La internación de toxicomanías se considera solamente si la misma es síntoma de una estructura psicótica, por ejemplo diferentes embriagueces patológicas.

No se interna las psicopatías salvo que se trate de defensa psicopática de una estructura neurótica o psicóticas, por lo cual se evalúa cada caso en particular.

- En relación a la depresión mayor o melancolía se las trata ambulatoriamente o en hospital de día en la mayoría de los casos, solo se interna por excepción en situaciones en las cuales el paciente no tiene familia, o la misma es demasiado patológica y carente de cualquier tipo de contención en ninguno de sus miembros.

No se internan pacientes con trastornos orgánicos graves y subyacente dando prioridad siempre a la estabilidad de la patología orgánica.

- El criterio de internación es siempre un criterio médico no dando lugar a situaciones meramente sociales.

Los pacientes del interior que vienen derivados por un cuadro grave y agudo que no aparecen claro en el momento del examen y presentan dudas diagnósticas, pueden quedar en observación durante (24 o 48 horas).

HOSPITAL DE DIA

Criterios de Admisión para Hospital de Día

- Neurosis muy grave.
- Depresión mayor con o sin intento de suicidio.
- Psicosis en fase Sub Aguda.

AGRADECIMIENTO

Sr. Representante de la O.P.S *Henry Jauról*

Biblioteca Biomédica Lib. Chaco

Dr. Raúl Cabral

Dr. Alfredo Santa Cruz

Dr. Daniel Salinas

Dra. Mónica Ray

Dr. Juan José Páez

Socióloga Julia Passiot

Enfermero Espec. en Salud Mental *Fredy Pintos*

Enfermero Espc. en Salud Mental *Carlos Navarrete*

Asistente Social *Mabel López*

Asistente Social *Nora Gómez*

Dra. Liliana Palacci

Dr. Aristides Lervín