

Producciones de fin de grado

Las prácticas y la cultura institucional. Una tensión que atraviesa las intervenciones en salud.

María del Pilar Liñan Vila* y María Clara Bottaro**

Fecha de recepción:	14 de agosto de 2016
Fecha de aceptación:	26 de octubre de 2016
Correspondencia a:	María Clara Bottaro
Correo electrónico:	mariacbottaro@yahoo.com.ar

*. Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

** . Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo es producto de un trabajo de reflexión e indagación comenzado en mayo de 2015, en el marco de la realización del Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la UBA. Este se propone deconstruir una modalidad de prácticas profesionales que hemos dado en llamar "burocratizadas", buscando los factores institucionales que condicionan esta forma de acción. Para ello se toma el concepto de cultura institucional. Al finalizar se reflexiona sobre la necesidad de comprender el tiempo histórico, los condicionantes políticos más amplios y el contexto institucional en el que el Trabajo Social se desarrolla para poder establecer un posicionamiento ético-político y contribuir a la construcción de un proyecto profesional comprometido con las condiciones de vida de los que viven del trabajo.

Palabras clave: Cultura institucional - prácticas burocratizadas - proyecto profesional.

Abstract

This article is the product of a research begun in May 2015, in the context of the making of the Final Investigation Paper for the Bachelor in Social Work (UBA). This aims to deconstruct a form of professional practices, "bureaucratized practices", seeking institutional factors that affect this form of action. On this purpose we introduce the concept of institutional culture. As a conclusion we reflect on the need to inquire the historical moment, the broader political constraints and institutional context in which social work is developed in order to establish a political position and contribute to build a professional project committed to the living conditions of those who lives from work.

Key words: Institutional culture - bureaucratized practices - professional project.

Introducción

El siguiente artículo es parte de un proceso de reflexión emprendido en mayo del 2015, en el marco de la realización del Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la UBA.

Durante el recorrido del proceso de investigación fue objeto de estudio el trabajo de las profesionales del Trabajo Social en dos Hospitales Generales de Agudos de la CABA en el espacio específico de la atención a la Demanda Espontánea. Como insumo para tal investigación fueron realizadas observaciones participantes y no participantes en las dos instituciones, además de cuatro entrevistas semi-estructuradas a trabajadoras sociales. Se consultaron diversas fuentes bibliográficas deudoras de la línea teórica de la Salud Colectiva, como también fuentes estadísticas para obtener una dimensión cuantitativa de la problemática.

Tomando los aportes de G. Bernater y C. Renterías, se entiende por Demanda Espontánea a "aquella que surge de la necesidad y del interés de la persona por encontrar una respuesta frente a una problemática social que la atraviesa, tomando éste la iniciativa de solicitar la intervención profesional" (Bernater, Renterías; 2013). En este sentido, los sujetos son los protagonistas de este espacio. Agregamos que las "problemáticas sociales" no sólo se refieren a las históricamente reconocidas como tales, sino que incluyen los problemas que surgen de la trayectoria institucional de las personas y del "peregrinar burocrático por la institución", como refirió una de las en-

trevistadas al describir el espacio. Por ejemplo la dificultad de conseguir turnos, de comunicarse con los profesionales, las cuestiones relativas a las jurisdicciones de salud, o diferencias de opinión entre ellos y los trabajadores de la salud.

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

En el documento producto de la investigación mencionada, hemos observado, comentado y puesto en cuestión que muchas de las intervenciones que allí se llevan a cabo parecen responder de manera inmediateista, con acciones de índole administrativa a las "necesidades" de los sujetos demandantes, reconociendo esta forma de acción como "prácticas burocratizadas".

Es necesario discernir entre lo que es el trabajo burocrático y lo que hemos dado en llamar "burocratización de las prácticas". En cuanto al primer concepto, es viable plantear al mismo como una actividad propia y necesaria en la gestión institucional, requisito formal para el desarrollo de las actividades de cualquier institución. Esto implica el uso de instrumentos como planillas para estadísticas, notas de derivación, historia social. En contraposición, la burocratización de las

prácticas la entendemos como una forma de alienación profesional basada en la repetición acrítica de acciones: hemos observado que en muchas ocasiones los instrumentos se utilizan de manera acrítica y rutinaria, transformando situaciones en datos que pierden el sentido que las trabajadoras sociales les asignan en otros ámbitos, como el de viabilizar derechos, generar un vínculo con el sujeto de la intervención, registrar el tránsito institucional para un abordaje multidisciplinar de las situaciones.

M. L. Martinelli, postula la idea de la alienación en la profesión en perspectiva histórica. Ésta y sus intereses, eran absorbidos por el “modo de hacer” capitalista, “operando siempre con la identidad atribuida por el capitalismo y ostentando la cara de los detentores del poder - Estado, Iglesia, Clase Dominante- el Servicio Social caminaba en su proceso de institucionalización atravesado continuamente por el signo de la alienación que [...] llevaba a involucrarse con prácticas conservadoras, burguesas, que apenas procuraban la reproducción de las relaciones sociales de explotación fundamentales para mantener el proceso de acumulación capitalista” (Martinelli, 1997)

Entendemos al Trabajo Social como una profesión asalariada inscrita en la división social del trabajo. Para ello, nos posicionamos desde la perspectiva histórico-crítica (Montaño; 1998) en tanto la consideramos como esencial para comprender la ruptura con las formas de asistencia primitivas de caridad y filantropía, recuperando la esencia del Trabajo Social en relación al contexto político-económico en el que se desarrolla. Montaño explica el surgimiento de la profesión como “un subproducto de la síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la cuestión social”. Así, el trabajador social, analizando su profesión desde esta mirada, desempeña un rol político. Desarrolla estrategias de intervención en un campo de luchas sociales enmarcadas en un proyecto político-económico perteneciente a la clase hegemónica, que busca

mantener el sistema, legitimándolo, articulándose con las demandas populares.

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

Esto no se da así de manera natural, por lo que nos proponemos deconstruir el proceso que lo genera. A los fines de este artículo sólo abordaremos las condiciones de trabajo relativas a los mandatos e intereses institucionales. Para abordar lo mencionado tomaremos el concepto de “cultura institucional”.

Para abordar la inquietud surgida es necesario poner en tensión la categoría de burocratización de las prácticas y su relación con la cultura institucional.

Partiendo de la base de comprender la realidad y el objeto de estudio como complejo y contradictorio, la estrategia metodológica para el análisis de los fenómenos observados se sustentó en la superación de lo inmediato, en la búsqueda de las estructuras que los condicionan; en la comprensión del carácter histórico de éstos, poniendo de manifiesto la relación entre lo individual y lo social; y en la búsqueda de los sentidos y el significado del objeto de estudio en una totalidad compleja (Kosic en Sousa Minayo, 2013).

Cultura institucional

Para comprender las condiciones institucionales de la forma de trabajo que analizamos debemos situarnos desde “lo público”. Consideramos a las instituciones públicas como el espacio privilegiado para llevar a cabo las luchas por la definición de los asuntos públicos y las mejoras en las condiciones de vida. En este sentido, rescatamos el carácter conflictivo de las instituciones y las políticas públicas. Acordamos con la idea de que las necesidades de las personas se constituyen en demandas, que generan presiones para obtener una

respuesta (Pastorini, 2000). Es el Estado quien negocia con los grupos de presión, en términos de políticas, a través de sus instituciones y los trabajadores que se desempeñan en ellas. Así todos los actores presionan en la definición de aquello que debe adquirir carácter público y abordaje estatal, generando una correlación de fuerzas entre los grupos sociales con diferentes tipos de poder. Las instituciones del Estado aparecen como el espacio donde la relación entre lo histórico/social y lo individual se concretiza en el poder cotidiano de producir condiciones de desarrollo del poder social o, en otras palabras, como espacio de discusión y acuerdos de grupos que representan clases.

Para poder reflexionar acerca de las prácticas en las instituciones públicas como expresión de diferentes intereses en pugna, debemos situarnos en la reflexión acerca de la cultura organizacional. Es necesario que pensemos en el rol de los Estados en relación con la organización de sus instituciones. En este sentido, pensando a la Argentina como un país en vías de desarrollo y, tomando los aportes de M. Testa (2009), vemos que los países de América Latina se encuentran en el proceso de conformación y consolidación de organizaciones con un "nivel aceptable de funcionamiento". En este momento el Estado intenta consolidar su capacidad de organizar, mediante las funciones de árbitro y de cohesión social, negociando entre los diversos grupos sociales. En este sentido "las instituciones de un país pueden entenderse como una expresión característica de la cultura nacional [...]" (Testa, 2009). Pero ocurre que los fundamentos y objetivos propuestos para las instituciones se diferencian de la dinámica cotidiana que adquieren en la práctica.

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

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

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

Para pensar lo anterior tomamos el concepto que introduce Menéndez, el "Modelo Médico Hegemónico" (2008) ya que este permite explicar las bases culturales de la burocratización de las prácticas. Refiere a una forma particular de trabajar en salud, principalmente con las enfermedades. Incluye un conjunto de saberes, prácticas y teorías que se desprenden de la medicina científica y que desestiman aquellos saberes que no provienen de ésta. Sus principales características son: biologicismo, ahistoricidad, asociabilidad, acul-

turalismo, individualismo, orientación curativa, exclusión del saber del paciente, la tendencia a la medicalización de los problemas, la salud/enfermedad como mercancía, identificación ideológica con la racionalidad científica (2008). ¿De qué manera esto influye en el trabajo de los trabajadores de la salud?

Observamos que se han ido reproduciendo formas culturales de trabajo aprendidas en la institución que, en ocasiones, aparecen como opuestas al propio posicionamiento de los profesionales respecto de ese trabajo y de su trabajo cotidiano. Tal como afirma Onocko Campos “el hospital moderno masacra a sus sujetos. A todos sus sujetos. Y a todos ellos de manera diferente, según su inserción institucional. Los usuarios fueron reducidos hace bastante tiempo a objeto por la medicina [...] Las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son únicamente las de los pacientes...” (Onocko Campos, 2008). Los propios trabajadores de la salud se ponen en juego día a día en el Hospital. Este reproduce una forma de gestión racional y científica que deja de lado la humanidad de todos sus actores, como si las instituciones pudieran ser pensadas “vacías de gente” (Onocko Campos, 2008.). Paralelamente a lo anterior, el trabajo en el Hospital es uno de los trabajos más desgastantes en relación al constante enfrentamiento con el sufrimiento humano y la muerte, lo que afecta a sus trabajadores.

A continuación tomaremos algunos puntos para ver de qué manera lo anterior se plasma en el trabajo en el Hospital.

Trabajo cotidiano

Los trabajadores de la salud desarrollan sus actividades ejecutando programas estatales, que son parte de la política de salud, en el marco de la Ley Básica de Salud N°153 de la CABA.

Estos programas promueven acciones preventivas y de abordaje de diferentes problemáticas desde la perspectiva de la salud integral, aunque no ponen de manifiesto la forma de llevar estas acciones a cabo. Desde la perspectiva que asumimos al encarar el proceso investigativo pensamos

que lo anterior da la posibilidad a los diferentes profesionales de generar acciones en función de los lineamientos estatales, pero basadas en las necesidades de la población específica de cada institución o territorio. Sin embargo, como esta visión está en permanente tensión con un paradigma de las políticas públicas como forma de redistribución del ingreso, muchas veces la ejecución de los programas se circunscribe a la entrega de los recursos que éstos proponen, quedando, por diferentes cuestiones, las acciones preventivas destinadas a la atención individual que recae en los trabajadores de la salud.

En los Hospitales Generales de Agudos, parte del segundo nivel de atención, los trabajadores de la salud, según lo observado y lo relatado por las entrevistadas en la realización del trabajo de campo, se ocupan de “curar las enfermedades con las que los sujetos llegan al Hospital”, ya sea mediante una internación o el tratamiento ambulatorio. Las problemáticas llamadas por estos trabajadores como “casos sociales”, aquellas que no se refieren a la “salud física” de los sujetos, son derivadas a las trabajadoras sociales o tratadas en conjunto con ellas. Así la enfermedad aparece en primer plano y las cuestiones “sociales” son accesorias, generándose una división entre esferas de la vida humana. Esta manera de ver la salud y la división de las tareas dentro de las instituciones marca formas de enfrentarse a los sujetos de la intervención, a sus problemáticas y de posicionarse frente a ellas desde una perspectiva que entiende a la salud como un estado, acotando las posibilidades en la intervención en la medida en que las esferas carecen de comunicación entre sí. Por otro lado, formar parte del segundo nivel de atención y de la atención de “los agudos” parece imprimir una forma de trabajo basada en la constante incorporación de nuevos sujetos que necesitan una rápida atención, en función de la forma en que se da su proceso de salud-enfermedad. La referencia a la necesidad de camas y del egreso de los internados, fue constante por parte de las entrevistadas en la realización del trabajo de campo. Así es como consideramos que se origina la “burocratización de las prácticas”, estableciendo una relación lineal entre los problemas y sus respuestas, generando procedimientos estandarizados

que los "resuelven". ¿Cómo hacer entonces para desnaturalizar formas de trabajo en una institución cuyo objetivo principal no se cuestiona?

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

Los trabajadores de la salud terminan olvidando su objetivo principal, la producción de salud, entrando en un proceso de alienación, en el que olvidan para qué están ahí. Esto se acompaña por lo que Weller llama modelo de mando basado en el "abandono", no te mando, no te controlo, no te acompaño (2007). Cuando las demandas institucionales no tienen un correlato en acompañamiento y el trabajo de los trabajadores de la salud se signan por el "dejar hacer" por parte de la institución.

En función de enfocar la mirada sobre lo específico de las prácticas de los trabajadores sociales, tomaremos la resolución 482/2002 sobre la organización y funcionamiento de los servicios sociales en establecimientos asistenciales. Ésta entiende al Trabajo Social en salud como "la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares" (Resolución 482/2002). Esta resolución parece apuntar hacia la dimensión observable, "la falta" y "la no organización" en la vida de los sujetos. Solucionando esto el problema quedaría subsanado, ignorando las causas estructurales de los problemas sociales. Las trabajadoras sociales que fueron entrevistadas manifestaron trabajar en esta línea, desde la

carencia y en la enfermedad de los sujetos. Creemos que esta propuesta de intervención debe estar cruzada por una concepción amplia de salud, que permita trabajar con la salud y no sólo con la enfermedad, de manera integral. La resolución hace hincapié sobre el manejo de los recursos. Observamos que esto puede llevar a la institución a exigir a los servicios sociales un trabajo principalmente burocrático y de administración de éstos, dejando en segundo plano su capacidad de intervenir en la transformación de las condiciones de vida de la población.

Esto representa el avasallamiento que produce la institución en los profesionales. Poder salir del "rito burocrático" (CELATS, 1995) es construir las necesidades de los sujetos y traducirlas junto a las capacidades y recursos de la institución. Si no, sucede la legitimación acrítica de las prácticas.

Reflexiones finales

De acuerdo con lo expuesto proponemos algunas líneas para pensar el trabajo en salud en relación con el contexto que las contiene.

En primer lugar queremos resaltar la función social del Hospital como institución pública estatal. Se trata de asegurar la reproducción de la sociedad, pero también de garantizar el acceso a la salud, el derecho a la salud. Aquí entra a jugar el Trabajo Social como actor plural y heterogéneo. Observamos unicidad en él, en su capacidad de trabajar con personas y sus atravesamientos desde una perspectiva social, pero al mismo tiempo es múltiple y contradictorio hacia su interior, cuando enfoca y genera acciones desde diferentes perspectivas. Por lo tanto, el Trabajo Social hospitalario está en una doble pugna, con otros actores de la salud y consigo mismo por la definición de un proyecto profesional hegemónico, con una dirección política concreta.

Al estar el Trabajo Social inmerso en el contexto de la sociedad capitalista, como contribuyente a las condiciones de reproducción social, es necesario que éste marque claramente su dirección ético-política. Tomando a Martinelli (2008), sostenemos que "es fundamental que tengamos

una dirección social claramente posicionada para orientar nuestras acciones, relaciones y decisiones”. La cuestión metodológica implica supuestos explícitos y subyacentes, que incluyen aspectos ideológicos, políticos, conceptuales, éticos (Fuentes, s/f).

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

Para esto el Trabajo Social debe ser capaz de comprender su tiempo histórico, sus condicionantes políticos más amplios y el contexto institucional en el que se desarrolla.

Las actividades realizadas en los Servicios Sociales Hospitalarios en la actualidad toman caminos diversos y hasta inusuales, según lo explicado por las profesionales que fueron entrevistadas. Este tipo de prácticas provoca incomodidad, a tal punto de querer desvincularse de los lineamientos de acción instituidos históricamente y que, a su entender, no hacen a la profesionalización del trabajo social en el ámbito de la salud. Podemos observar, sin embargo, que el malestar que estas contradicciones generan, no necesariamente implica buscar un cambio en esta forma de trabajo, sino que a veces las lleva a generar comportamientos ideologizados como mecanismos de defensa porque “muchos acto-

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

Por un lado, los mandatos institucionales, que representan la estructura del trabajo cotidiano de las trabajadoras sociales, condicionan la acción para la reproducción de las prácticas “eficaces”. Por otro lado, esta institución que limita la acción, la habilita por otro canal. La cultura del “dejar hacer” permite a las profesionales llevar a cabo las acciones fundamentadas en un proyecto ético-político comprometido con las personas. Sin embargo, así como la construcción de esta cultura organizacional lleva décadas de construcción cruzada por conflictos e intereses diversos, su deconstrucción será igual de conflictiva y heterogénea. Debemos estar atentas a este proceso, contribuyendo a él en las instituciones y desde la academia.

Aquí se observa la contradicción principal de este espacio. La perpetuación de acciones burocráticas que piensan a las instituciones “vacías de gente”, pero que al mismo tiempo revalorizan la humanidad de los sujetos demandantes en el encuentro con un otro.

La contradicción es válida ya que la realidad es compleja. Los desafíos pendientes tienen que centrarse cada vez más en comprender las relaciones entre los sujetos y el Trabajo Social, para poder, desde las instituciones, trabajar en conjunto con los sujetos demandantes por la construcción de las condiciones óptimas de vida de los que viven del trabajo.

Bibliografía

- Arias, A; García Godoy, B. (2012) *Conversaciones sobre lo público* - Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Año 2 - Nro. 4.
- Bernater, G; Ríos Renterías, C. (2013) *Reflexionando sobre la intervención profesional en Consultorios Externos de Servicio Social*. Revista Margen N° 68 – abril 2013. Disponible en: <http://www.margen.org/>. Última consulta: 17 de junio de 2015.
- CELATS (1995). *La práctica profesional del Trabajador Social*. (Guía de análisis) 4ta ed. Editorial Humanitas.
- Ferrara, F. (1985) *Teoría Social y Salud*. Catálogos Editora. Buenos Aires.
- Fuentes, María Pilar (S/F). *La cuestión metodológica como cuestión esencialmente política*. Revista escenarios. La Plata
- Lareo, M; Di Lauri, A; Enciso, D; López, N; López, S; Molina, P; Oliva, K; Suffia, L. (2004) *Salud pública, capacidad estatal y equidad: una decisión política a implementar...* II Congreso Nacional de Políticas Sociales (Mendoza, septiembre 2004). Programa de Facturación de Prestaciones de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Martinelli, M. L. (1997) *Servicio social: identidad y alienación*. Cortez Editora. San Pablo.
- Martinelli, M. L. (2008) *Reflexiones sobre el Trabajo Social y el proyecto ético-político profesional*. Revista Escenarios: Prácticas profesionales y prácticas sociales contemporáneas.. Año 8, N°1. Julio 2008. Espacio Editorial. UNLP. La Plata.
- Menéndez, E. (1992) Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. P. 97 a 113. La antropología médica en México. Universidad Autónoma Metropolitana. México, Primera Edición.
- Menéndez, E. (2008) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Salud colectiva, Hugo Spinelli compilador. 2008. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Montaño, Carlos (1998) *La naturaleza del Servicio Social*. Buenos Aires. Cortez Editora.
- Netto, José Paulo (1984) "Método y teoría en las diferentes matrices del Servicio Social" *Serviço Social & Sociedade* n° 14. San Pablo. Cortez Editorial.
- Onocko Campos, Rosana, (2008) *Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria*. Salud colectiva, Hugo Spinelli compilador. 2008. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Pastorini, Alejandra (2000) *¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría "Concesión-conquista"*. En: Borgiani, Elisabete; Montaño, Carlos (coord.) *La Política Social hoy*. Cortez Editora. Sao Paulo.
- Sousa Minayo, María Cecilia (2013) *La artesanía de la Investigación Cualitativa*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Testa, Mario (2009) *Pensar en Salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Weller, Silvana (2007) *La gestión como espacio de cambio (desde dónde)*. en Hechos y palabras: La experiencia de gestión de la Coordinación Sida. Organizador: Bloch, Claudio. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007.

Marco normativo

- Ley 153, CABA. Ley Básica de Salud.
- Ley 27.072. Ley Federal de Trabajo Social.
- Resolución 482/2002, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.