

A Tu Puerta, Salud Social en Movimiento

Facundo Nores
Javier Vicente
Lucia Bernal¹

Resumen:

“A tu Puerta” es una Política Social del Partido de La Costa, que se lleva a cabo a través de un equipo interdisciplinario que consta de un enfermero, un psicólogo y un trabajador social que recorren los 96km de distancia, realizando intervenciones socio-comunitarias, familiares e individuales, reflexionando y evaluando constantemente sobre la trama social de los grupos más vulnerables.

Palabras clave:

INTERDISCIPLINA - INTERVENCIONES SOCIO COMUNITARIAS -EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA - TRANSFORMACIÓN SOCIAL - TRABAJO SOCIAL.

Abstract:

“Your door” it's a social polity of Partido de la Costa, that holds through a team interdisciplinary consisting of a nurse, a psychologist and a social worker, walking 96 km of distance, making community, individual and family interventions and evaluat in gon the social fabric of the most vulnerable groups.

Keywords:

INTERDISCIPLINE – COMMUNITY INTERVENTIONS - DIAGNOSTIC EVALUACIÓN, SOCIAL TRANSFORMATION, SOCIAL WORK

Introducción

El dispositivo de atención domiciliaria “A tu puerta”, surge de la necesidad de brindar un acompañamiento y una atención integral a aquellas familias o individuos que recurrentemente se presentan en el Servicio de Guardia de los tres Hospitales del Municipio de La Costa (Ver anexo I) y a las frecuentes internaciones denominadas “sociales”, es decir, aquellos pacientes que no solo por cuestiones de salud física y psíquica quedan internados en el nosocomio sino que se encuentran en un contexto social vulnerable. Esas internaciones podrían ser pasibles de ser evitadas y/o controladas por el dispositivo, interviniendo en variables sociales, económicas, de organización familiar y de interacción vincular, factores que obstaculizan la externación del paciente.

Se interviene desde lo interdisciplinar, buscando evitar la fragmentación de la situación a abordar, considerando el aporte de otros campos disciplinares, así como también el intercambio y construcción de nuevos métodos. Resultando para este dispositivo, un modo imprescindible para saber –conocer- y saber –hacer- con pertinencia.

¹ Facundo Nores: Licenciado en Psicología

Javier Vicente: Licenciado en Trabajo Social

Lucia Bernal: Licenciada en Servicio Social

Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Costa, Provincia de Buenos Aires.

E Mail: atupuertasaludsocialenmovimiento@outlook.com.ar

Las intervenciones se encuentran sujetas a los profesionales de la Salud pertenecientes al dispositivo, por tal motivo no existe una intervención común, universal o general sino que tendrán lugar a partir de la escucha de lo que la persona expresa y/o manifiesta, es decir, que las mismas estarán sujetas a la singularidad de la situación.

De esta manera, la intervención social remite a la posibilidad de aplicar técnicas específicas como la evaluación diagnóstica, entrevista domiciliaria, articulación con instituciones en las cuales las personas participan, así como la observación directa de la realidad comunitaria, posibilitando la transformación social.

Constituyéndose este dispositivo, el principal instrumento de gestión del Estado para el logro de resultados a favor de la población mediante la prestación de servicios y logro de metas.

Marco teórico:

Foucault señala que un dispositivo es

(...) un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos (1985:138)

Las relaciones que pueden existir entre los diferentes elementos que conforman esa red y sus interacciones, definen la singularidad de la intervención en cada circunstancia.

La concepción de dispositivo en nuestro país se remonta a los años 1988 y 1989 con la creación de los ATAMDOS, que fueron centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria en la provincia de Buenos Aires, bajo la conducción del entonces Ministro de Salud, Dr. Floreal Ferrara.

Constituían el primer nivel de atención y se integraban al hospital de la zona, al que sólo llegaban las patologías de mayor complejidad. No se esperaba a que el paciente solicitara atención sino que el equipo médico se dirigía casa por casa. Esto significó profundos cambios en la concepción sobre la atención médica.

La atención era brindada por equipos multidisciplinarios compuestos por un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y por un odontólogo cada dos ATAMDOS. Cada profesional ganaba exactamente lo mismo que Ferrara, como Ministro de Salud y tenían capacitación y actualización científica permanente.

Cada equipo de especialistas tenía a su cargo 300 familias, las cuales decidían por medio de asambleas sobre el presupuesto del equipo. Lo revolucionario de estos centros de salud fue que constituyeron una experiencia de participación popular directa en materia de salud. Los ATAMDOS sólo funcionaron por 4 meses debido a la oposición que generó en ciertos sectores.

Ahora bien, otra concepción a desarrollar es la Atención Primaria en Salud (APS) cuya estrategia concibe integralmente los problemas de salud/enfermedad de las

personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

APS se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa.

APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral.

Por otro lado, cuando hacemos referencia a la localización de nuestra acción en territorios, escenarios, micro espacios barriales; no estamos indicando con ello, solo un sector geográfico, sino ese espacio de encuentro de diferentes tipos de relaciones que generan un campo de fuerza, en donde unas se oponen, otras se sinergizan, algunas predominan, haciéndolo inestable, permitiendo constantes rupturas y creación de nuevos espacios. En ese campo de fuerzas, se ubican vacíos o tensiones, que van más allá de lo visible o aparente, que permiten la aparición de la duda, de la ambigüedad; favoreciendo el establecimiento de nuevas relaciones, usos y significados puestos en escena que alimentan una dinámica constante en busca de nuevos equilibrios.

Los territorios barriales trascienden la demarcación espacial, hecha privada o estatalmente, pues sin desconocer los límites de su barrio, la infraestructura física y administrativa, los pobladores reconocen otro tipo de territorios generados por el uso más que por la función.

Profundizando la conceptualización de territorialidad urbana, Ocampo Marín (2005) señala que:

(...) el territorio es un constructo social, una valoración, una fabricación, un producto, un espacio tatuado por la historia y la cultura, que se construye a través de prácticas, estrategias, percepciones y la manera de leerlo que también los miembros del grupo que lo constituye.

En el área de Salud Mental, el objetivo principal es brindar un espacio de escucha y contención para las personas que se encuentran atravesando diferentes situaciones problemáticas y que necesitan tratamientos sin internación.

Este acompañamiento terapéutico permitirá sostener la continuidad de tratamientos ambulatorios y facilitar el proceso personal de empoderamiento, es decir, incrementar la capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno.

Cabe mencionar que en el 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, norma que establece una serie de garantías para las personas que padecen ese tipo de sufrimiento y que establece como principio rector la necesidad de evitar la internación de las personas en institutos neuropsiquiátricos. Y que cualquier tratamiento debe realizarse, preferentemente, fuera del ámbito de internación hospitalaria, reforzando la restitución o promoción de sus lazos sociales.

Por considerar el de la salud mental un campo interdisciplinario, establece la posibilidad de que sea abordada desde diferentes actividades, además de la psiquiatría, como la psicología, la enfermería y el servicio social.

En cuanto el Trabajo Social, éste tiene un campo de acción teórico y analítico signado por la intervención, es decir, por su propia práctica. Esta característica es la

que muestra la mayor singularidad de esta disciplina, emitiendo la implementación de técnicas (entrevistas, observación, planificación de estrategias) y la particular interpretación de las mismas, que conforman el capital propio de la profesión y es en éste, en el cual se centra la especificidad profesional (Tonón, 2001).

Es decir, el Trabajo Social no solo trata de investigar, comprender y explicar los fenómenos sino que interviene sobre éstos, en la búsqueda de alternativas, en las circunstancias y hechos desde que es convocado a intervenir. De este modo este campo está comprometido con una forma de transformación de la realidad que proviene de la demanda.

Desde esta perspectiva es posible identificar una gran variedad de formas de intervenir, como la administración de recursos, la reivindicación de derechos, el acompañamiento, la resolución de conflictos, el empoderamiento, el fortalecimiento y recuperación de formas de saber, el conocimiento y sostenimiento de lazos sociales, entre otros. La intervención apela también a otro tipo de relaciones que van más allá de la gestión de recursos, como el abordaje familiar, las entrevistas individuales y la construcción de la demanda desde un escenario complejo.

Se forja de esta manera una práctica que es convocada ante las desigualdades, injusticias y problemas sociales y que intenta responder desde la construcción de su experiencia, actuando sobre diferentes situaciones que se expresan en forma singular a nivel territorial, familiar e individual.

Por lo tanto,

(...) las intervenciones del Trabajo Social se dan en escenarios extraños, caracterizados por la fragmentación social y la irrupción de las nuevas formas de la exclusión, circunstancias que implican una serie de cuestiones que hacen necesaria una mirada profunda hacia la singularidad de éstas. (Carballeda, 2006: 140).

En tanto, es necesario conocer la particularidad de los espacios así como también las características propias de los actores sociales, para construir diferentes formas de conocimiento más integradas y complejas, que nos van a permitir una mejor comprensión de las situaciones problemáticas para su posterior abordaje.

En este punto queremos hacer explícita nuestra adhesión al pensamiento complejo, tomando distancia de la tradición hegemónica en el campo de la ciencia a través de una ruptura epistemológica.

Siguiendo a Morin “la complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, determinaciones, azares que constituyen nuestro número fenomenológico” (Morin, 2003). El pensamiento complejo implica aceptar la incertidumbre, el desorden, la ambigüedad para comprender la complejidad en el entramado del fenómeno social. No desprecia lo simple sino que critica la simplificación.

Teniendo en cuenta lo mencionado en párrafos anteriores y a fin de cumplimentar exitosamente con los objetivos planteados es que la modalidad de abordaje elegido es la del “trabajo en red”, entendiéndose este como la colaboración de dos o más personas u organizaciones para alcanzar una meta, a través del intercambio y el aprendizaje mutuo. Los miembros de la red comparten objetivos y medios de acción, comprometiéndose para desarrollar una estructura conjunta y con responsabilidad compartida.

Se puede considerar a las redes como “un proceso de construcción permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y sincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico” (Dabas, 1993)

Desde esta mirada, se plantea lo interdisciplinar como una forma de articulación que, a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta un sujeto determinado. (Eroles, 2002)

De esta manera cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad, sin dejar al margen los aportes específicos que se pueden realizar desde las diversas disciplinas para poder establecer con los otros integrantes del equipo un acuerdo teórico-ideológico y epistemológico indispensable para la comprensión de la diversidad de los conflictos que se presentan en la intervención.

Implementación del dispositivo, alcances y desafíos

El dispositivo A Tu Puerta, salud social en movimiento, es un programa de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Costa, que pretende brindar un seguimiento integral descentralizado en el domicilio de personas que recurrentemente eran internados en uno de los Hospitales municipales, cuya contención de sus redes primarias y secundarias se encontraba ausente o inexistente.

Objetivo General:

- Atención integral domiciliaria a personas que atraviesan un proceso de salud social vulnerable, promoviendo un abordaje interdisciplinario para evitar reiterados ingresos a los hospitales locales y garantizar la accesibilidad al sistema socio-sanitario a los habitantes del Partido de La Costa

Objetivos Específicos:

- Abordaje familiar desde una intervención interdisciplinar
- Prevención y promoción de la salud desde un acompañamiento territorial
- Acompañamiento y contención psicológica

El dispositivo A tu Puerta presta servicio de lunes a viernes de 14: 30 hs. a 18:30 hs. El mismo se encuentra integrado por enfermera, psicóloga, trabajadora social y chofer, los cuales se trasladan en un vehículo perfectamente identificado con el nombre del programa. Cada Hospital cuenta con un móvil que recorren los 96 km, asistiendo a los domicilios estratégicamente organizados diariamente. Abarcando así, actualmente las dimensiones geográficas del Partido de La Costa:

- Zona Sur: Aguas Verdes, La Lucila, Costa Azul, San Bernardo, Mar de Ajó y Nueva Atlantis.
- Zona Centro: Costa del Este, Mar del Tuyú, Santa Teresita, Costa Chica y Las Toninas.
- Zona Norte: San Clemente

El recorrido diario, en promedio, es de 45 km, lo que suma un recorrido 225 km. semanal y 900 Km. mensuales, por cada móvil, procurando un total de 2700km.

Sumando los fines de semana 270 km, efectuando 1080 km. mensuales. Dando un total de 3780 km. recorridos con los 4 dispositivos móviles, abordando más de mil familias (anexo 2), titulares de derechos, de manera integral e interdisciplinaria, número que se va acrecentando dada las diferentes necesidades y demandas sentidas no satisfechas.

De las intervenciones llevadas a cabo pueden describirse, según el área:

Enfermería

- Promoción y prevención de la salud.
- Interconsulta con médicos que derivaron al paciente.
- Gestión de turnos para las diferentes especialidades.
- Curaciones (quemaduras, heridas cortantes, quirúrgicas, escaras, etc.).
- Control de signos vitales.
- Control de glucemia.
- Saturación de oxígeno.
- Administración de medicación por vía intramuscular.

Salud Mental

- Acompañamiento y contención psicológica.
- Abordaje familiar desde la psicoeducación.
- Reunión de equipo con psiquiatría, psicología y médico clínico.
- Articulación con los centros periféricos para el acceso a profesionales de salud mental, género, niñez.

Trabajo Social

- Coordinación de las actividades específicas en las unidades de internación, ambulatorio, emergencias y guardia para lograr la accesibilidad al sistema de salud.
- Gestión de recursos económicos.
- Gestión de recursos no económicos.
- Información, orientación, promoción e investigación desde diferentes niveles de interacción en el marco de los Derechos Humanos.
- Abordaje familiar, para construir o modificar las relaciones y el empoderamiento de las personas (mujeres, hombres, jóvenes y niños).

A partir de esta modalidad de trabajo, se articula desde el equipo con diferentes efectores de la comunidad tales como Centros educativos, Centros comunitarios, Instituciones religiosas, ONG, Instituciones de tercer nivel para el abordaje de la situación problemática.

Es importante, para finalizar, describir la modalidad de admisión para el seguimiento y acompañamiento de titulares de derechos en proceso de vulnerabilidad. La admisión será considerada a partir de los siguientes criterios;

- Por derivación médica.
- Por solicitud de la Dirección de Acción Social.
- Por solicitud de efectores de otras instituciones (Educación, Juzgado, Servicio Local de Promoción y Protección a la Niñez, Salud Mental, Servicios Sociales de

comunidad, etc.) que presenten informes de situación, los cuales serán evaluados por las autoridades competentes.

Al mismo tiempo el equipo interdisciplinario evaluará la admisión de las derivaciones y/o solicitudes efectuadas, así como también de los sujetos que se presenten por demanda espontánea en el servicio social de cada hospital, dado que el lugar físico de los equipos de cada zona se encuentra determinado en los Servicios Sociales de cada Hospital Local.

Dispositivo Ya A Tu Puerta:

Cabe mencionar que el Dispositivo A Tu puerta realiza un acompañamiento diario, semanal o quincenal de la persona y/o grupo familiar, por lo cual se procura una cantidad de encuentros de intervención que no excede los diez encuentros diarios para garantizar la atención integral. El impacto socio-comunitario e institucional de este dispositivo, es decir, la magnitud de cambio de la población objetivo, requirió la incorporación un nuevo dispositivo móvil Ya a Tu Puerta, con el fin de abordar situaciones que se caracterizan por ser agudas, y en general, en situaciones de crisis donde las personas pueden encontrarse en estado de shock, confusión, fuerte angustia, ansiedad, etc.

El dispositivo Ya A Tu Puerta, interviene en situaciones de emergencia y solicitudes derivadas por diferentes efectores (defensa civil, comisarías, comisaría de la mujer, bomberos, hospitales,) para la atención inmediata a lo largo del Partido, donde la derivación es fundamental para articular y planificar un acompañamiento posterior por los demás dispositivos.

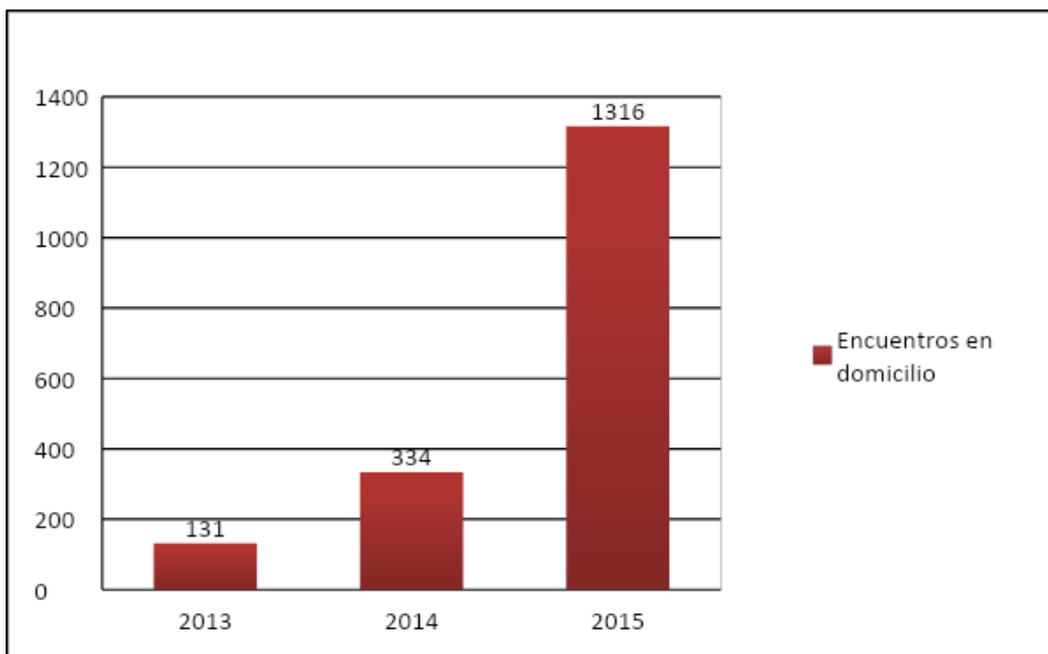
La particularidad se da por el funcionamiento del dispositivo los fines de semanas y feriados, donde la intervención del equipo profesional se da en un espacio de guardia, donde uno de los principales objetivos que persigue es la contención del otro y en forma paralela, realizar un diagnóstico interdisciplinario rápido y eficaz de la situación problemática para una acción inmediata.

Poder realizar una adecuada valoración del daño y del riesgo, se requiere formular preguntas adecuadas, conocer marcos teóricos pertinente e indicadores de riesgo y daño existentes en relación al problema. Igualmente se debe poseer un amplio manejo de las leyes, resoluciones y protocolos de atención relativos a las problemáticas a fin de que las intervenciones se encuadren en torno a los mismos, contribuyendo a garantizar la adecuada atención, denunciar la vulneración de derechos, favorecer la restitución de los mismos, y evitar la doble victimización.

La intervención propiamente dicha en este contexto puede incluir la decisión de realizar internaciones por “causa social” y la articulación con diferentes instituciones de otros sectores.

Intervención desde el dispositivo A tu Puerta Salud Social en Movimiento

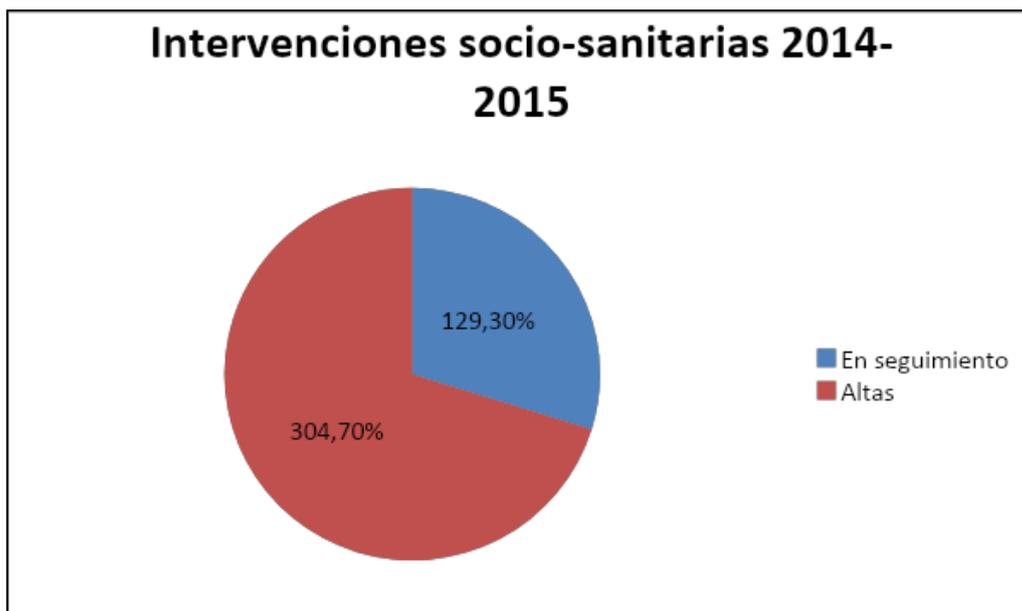
A continuación se describe lo realizado durante los años 2013, 2014 y principio del 2015.



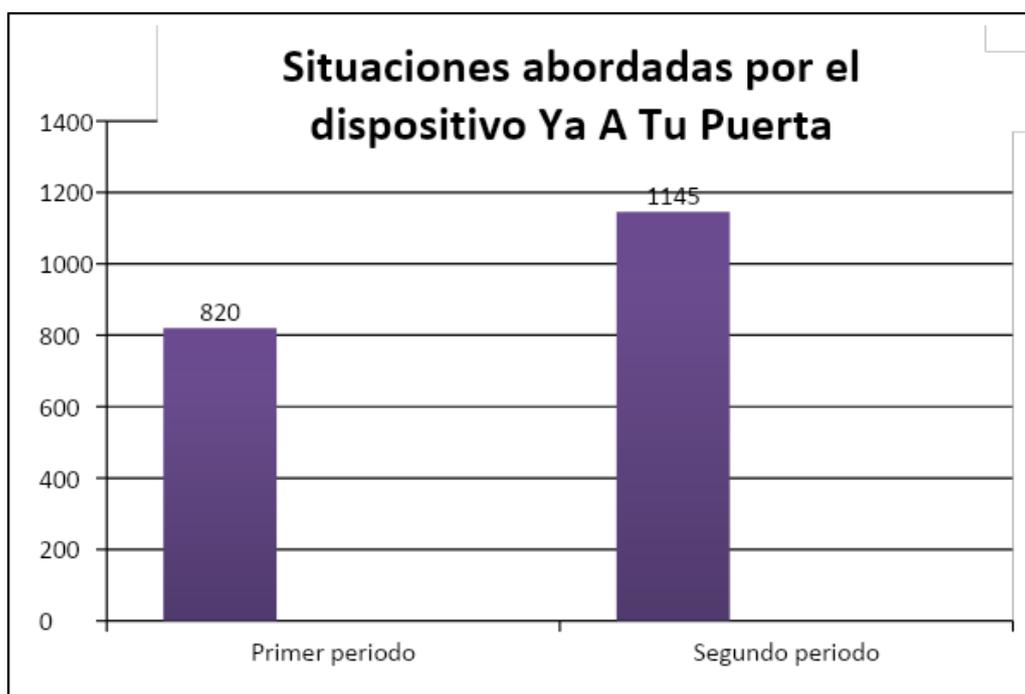
Cuadro comparativo de cantidad de encuentros en el domicilio entre el 2013 año de inicio del Dispositivo A Tu Puerta en zona sur, el 2014 año en que se suman los dispositivos de zona Centro y más tarde en zona Norte y el del Ya A Tu Puerta y el 2015 el funcionamiento de 5 móviles que recorren los 96 km de La Costa de lunes a lunes.



Situaciones en seguimiento de cada dispositivo A tu Puerta, de lunes a viernes, según la zona. - Sur-Sur: Nueva Atlantis, Mar de Ajó, Villa Clelia.
 - Sur Norte: San Bernardo, Costa Azul, La Lucila, Aguas Verdes
 - Centro: Costa del Este, Mar del Tuyu, Santa Teresita, Costa Chica, Las Toninas.
 - Norte: San Clemente.



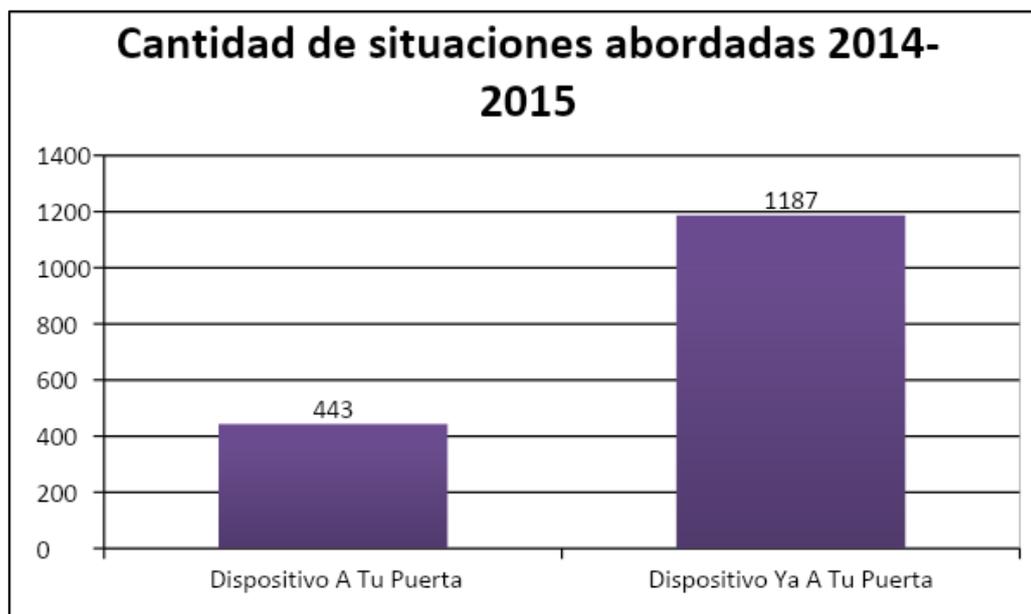
Situaciones que se encuentran, actualmente, en seguimiento por el dispositivo A Tu Puerta y aquellas que tras alcanzar los objetivos planteados por el equipo interdisciplinario se articuló con otros dispositivos para su posterior acompañamiento.



Podemos determinar el primer periodo a partir del inicio en el mes de septiembre del 2014, donde se produjo alertas meteorológicas por grandes tormentas y fuertes vientos. Momento en que se abordaron a las familias más perjudicadas por los temporales. Luego, el segundo periodo se plantea con el comienzo de la época estival 2015. Hasta el mes de septiembre del corriente año.

Es dable mencionar que con el dispositivo Ya A Tu Puerta se abordan situaciones de peligro o desastre que requiere una acción inmediata (emergencia) y situaciones de con víctimas fatales en los cuales las necesidades exceden los recursos disponibles en

forma inmediata, y esto hace necesaria la aplicación de medidas extraordinarias. Entendiendo a estas como situaciones bruscas que quiebran la estructura económica, social y psicológica de la población. Afectan la seguridad física de los individuos mediante riesgos reales y potenciales, aumentando inicialmente las necesidades sanitarias, que exceden los recursos disponibles.



Cantidad de abordadas por los cinco dispositivos que actualmente recorren La Costa, durante el primer semestre del 2015

Conclusión

A modo de conclusión se puede decir que el Dispositivo Móvil “A Tu Puerta”, Salud Social en Movimiento emerge de una fuerte presencia de políticas sociales implementadas desde el Ejecutivo de nuestro gobierno municipal, ligadas a la inclusión social donde el Estado toma protagonismo como garante de derechos sociales y humanos.

Esta centralidad de lo estatal, a nivel macro, implica una revisión de las modalidades de intervención que actúan sobre los efectos de casi 40 años de tránsito hacia la exclusión y fragmentación social que hoy estamos padeciendo.

Fomentando la construcción de mecanismos de inclusión y re inclusión social, como de dispositivos que promuevan el abordaje de orden transversal y desde la perspectiva de la complejidad, no desde un pensamiento simplificante, fijo y homogéneo, se logró dar sentido a las intervenciones diarias y a la creación de nuevas políticas sociales.

Sobre este orden de ideas se considera que se han superado parte de las expectativas de trabajo propuestas desde su inicio (junio 2013), las cuales fueron incentivadas por las demandas vertidas desde el servicio de guardia de los Hospitales Municipales. Por lo tanto, cabe mencionar que el trabajo mancomunado con médicos, licenciados, administrativos y directivos del Hospital fue de gran importancia para el trabajo en red, así como también el acompañamiento desde los referentes comunitarios y directivos del área de Desarrollo Social

Asimismo, se ha logrado cumplir con el objetivo inicial en un número importante de situaciones, se redujeron los ingresos desde el servicio de guardia del Hospital, se concretaron altas de internación de aquellos pacientes denominados "sociales" promoviendo la interacción familiar y comunitaria. Además, se logró presencia y continuidad en territorio, se acompañó y estuvo en situaciones extremas, articulando con demás efectores de la comunidad

Se entiende que es importante replantear y reorganizar lo realizado y lo no alcanzado en post de ampliar el campo de incumbencia de este equipo y de los actores interesados, en el marco de la co-responsabilidad. Dar cuenta de esto incluye también implicarse con lo que, como sujetos, significa participar de una experiencia tan diferente, no solo por lo excepcional de lo que ocurre, sino también porque el objetivo de la intervención es muy distinto al de otras. Se trata de restaurar o reorganizar en el medio de la desorganización psíquica y social, no solo desde lo que le sucede a la persona sino también a todo su contexto.

Para finalizar es importante mencionar que el ejercicio profesional tiene lugar en territorios cambiantes, comprender estos escenarios para poder generar intervenciones pertinentes requiere de un pensamiento complejo, de trascender las fronteras de lo disciplinar y de aceptar siempre que sea posible el trabajo en equipo interdisciplinario.

Anexo I

Marco Contextual

Breve caracterización del Partido de la Costa

El área seleccionada para la implementación del dispositivo de atención domiciliaria, es el Partido de la Costa, un municipio que se encuentra al sudeste de la Provincia de Buenos Aires, ocupando una franja costera de 96 km. de largo y un ancho variable de 2 a 4 km.; limita al Norte con la Bahía de Samborombón, al Sur con el Partido de Pinamar, al Este con el Mar Argentino y al Oeste con el Partido de Gral. Lavalle; tomando como referencia la localidad de Mar del Tuyú, cabecera del Partido - sede del Gobierno Municipal- y centro geográfico de la zona urbanizada de este municipio.

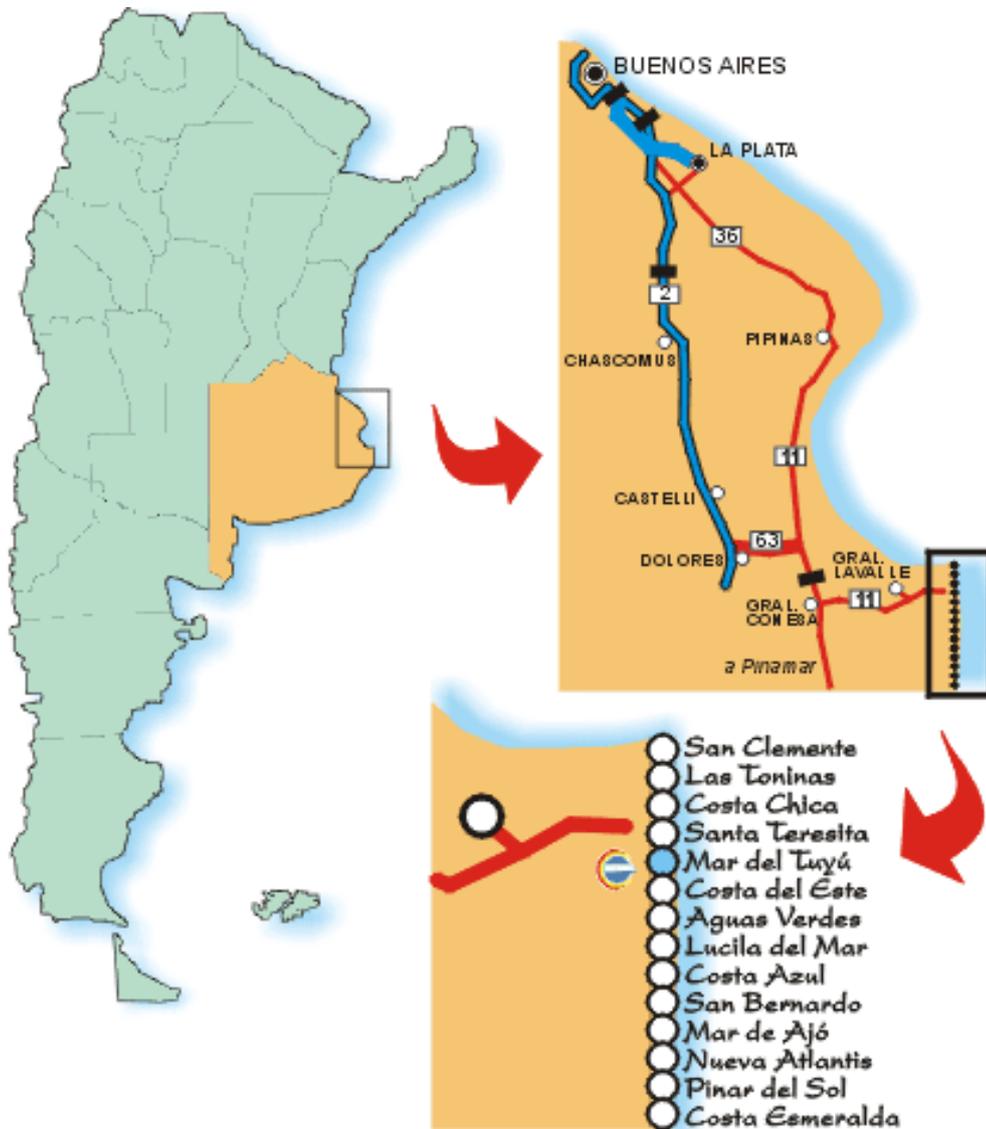
Aproximadamente a partir del año 1930 y como consecuencia del movimiento turístico, se da origen paulatinamente a las (14) localidades que lo componen: San Clemente del Tuyú, Mar de Ajó, San Bernardo del Tuyú, Santa Teresita, Mar del Tuyú, Las Toninas, Costa Chica, Lucila del Mar, Costa Azul, Costa del Este, Aguas Verdes, Nueva Atlantis, Pinar del Sol y Costa Esmeralda (por orden de fundación). El gobierno de la Provincia decide el 11 de Junio de 1978 por Ley Nº 9024 la creación de "Municipios Urbanos" que nacen como municipios turísticos: De la Costa, Pinamar, Villa Gesell y Monte Hermoso. A raíz de problemas jurídicos surgidos con motivo de las elecciones, por no poder encuadrarse los "Municipios Urbanos" en la ley electoral, el 23 de Mayo de 1983 se convierten en Partidos (convirtiéndose el "Municipio Urbano de la Costa" en el Partido de La Costa) y tienen su primer gobierno propio producto de las elecciones del 30 de Octubre de 1983.

Según el censo realizado en el año 2001, la Población estable del Partido de la Costa era de 60.483 habitantes. En el censo del 2010, la población estable es de 70.214 habitantes.

Teniendo en cuenta esta distribución geográfica se diagrama, desde una política de descentralización, dependiendo -técnico, económica y administrativamente- de la gestión municipal, los siguientes servicios estatales de salud:

- 3 (tres) Hospitales Municipales: San Clemente, Santa Teresita y Mar de Ajó
- 11 (once) Centros Comunitarios Municipales: San Clemente (2), Santa Teresita (2), Aguas Verdes (1), Costa Azul (1), San Bernardo (1), Mar de Ajó (4).
- 4 (cuatro) Unidades Sanitarias Municipales: Las Toninas (1), Mar del Tuyú (1), La Lucila del Mar (1), Nueva Atlantis (1).

En estos dispositivos de salud trabaja personal dependiente tanto de la Secretaría Municipal de Salud, como de la Secretaría de Desarrollo Social, y de la Secretaría de Cultura.



Bibliografía

CALIENNI, Mónica; MARTÍN Ana María y MOLEDDA, Marcela (2009) Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplinar. Revista de Trabajo Social – UNCPBA. Año 2 N° 2, p. 37. Tandil.

- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel (2013) La intervención en lo social como proceso: una aproximación metodológica. 1ª ed. Espacio Editorial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CHAMBO ABRIL, V. (1998) "Instrumentos de Psicología comunitaria" Presentación y Parte 1ª. Promolibro. España.
- DABAS, E. (1993) "Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- EROLE, C. (2002) "Los derechos humanos. Una cuestión ética en Trabajo Social". Ed. Espacio. Buenos Aires.
- FOUCAULT, Michel (1985) Saber y verdad. pág. 35. Ediciones de la Piqueta. Madrid.
- MONTERO, M. (1993) "Entre al asistencialismo y la autogestión. La psicología comunitaria en la encrucijada". Conferencia dictada en el Encuentro universitario de Psicología. Rosario.
- MORIN, Edgar (2005) Sobre la interdisciplinariedad. Publicado en el Boletín N ° 2 del Centro Internacional de Recherches e Etudes Transdisciplinaires.
- OCAMPO MARIN, Luis Fernando (2007) De lo regional a lo territorial. Ponencia presentada en VI Encuentro de Postgrados Iberoamericanos sobre Desarrollo y Políticas Territoriales "Construyendo Espacios para la colaboración regional". Toluca, México, septiembre de 2005. Accesible en <http://rippet.cebem.org/encuentro6/doc/A16.doc> mayo de 2007.
- OGGERO, H. (2009) "Psicología Preventiva: Integración Conceptual"
Información disponible en la página oficial del Municipio de la Costa www.lacosta.gob.ar
- Información disponible en www.proyectoetica.org/index.php?... ley-de-salud-mental