

ESCUELA DIOCESANA DE SERVICIO SOCIAL

“Mons. GERARDO T. FARRELL”

Escuela Superior de la Universidad de Morón

**“La Intervención del Trabajador Social en el
Campo de la Salud: limitaciones y
posibilidades. Interrogaciones en torno a la
Especificidad.”**

Por: Bello, María del Luján Carmen

Directora: Lic. Beatriz Rivello

Tesis presentada para obtener el
Título de Licenciada en Servicio Social
Septiembre de 2009

INDICE

Introducción.....	01
Trastienda de la Investigación.....	09

CAPITULO I: **“Hacia la Construcción de la Investigación.”**

Planteamiento de la Situación Problemática.....	19
Interrogantes y Objetivos	31
Hipótesis.....	33
Diseño Metodológico	34
Ámbito Geográfico de Región Sanitaria VII ‘B’	41
Bibliografía	42

CAPITULO II: **“El Trabajo Social y las Implicancias de un Presente Complejo.”**

Introducción.....	44
Algunas consideraciones acerca del contexto actual y su implicancia en La Profesión.....	45
La situación del contexto actual y la cuestión social contemporánea en relación al Trabajo Social.....	46
Las implicancias del contexto actual que signan al Trabajo Social.....	52

La necesidad de analizar –esclarecer a nivel teórico, ético, metodológico y operativo de los Trabajadores Sociales y las actuales implicancias de este contexto en la intervención profesional	54
Tendencias en la Formación Profesional.....	67
Sustentos Teórico-Metodológicos.....	70
Metodología y Método.....	72
Componentes del Método Profesional.....	74
Modelos de la Actuación Profesional.....	75
El Rol en relación con el Campo Institucional: Concepciones, expectativas y contradicciones: ¿cuál es el rol asignado y asumido en el campo de la Salud?.....	79
El Ejercicio Profesional: aspecto legal.....	85
La Intervención Profesional: Implicancias, contextos, movimientos, direccionalidades, ambigüedades y contradicciones:	89
La Práctica Profesional Cotidiana en Instituciones de Salud.....	89
Cuestiones en torno al Objeto de Intervención en el ámbito de la Región Sanitaria VII “B”	95
El lenguaje y los conceptos: significantes y significados	100
La Dimensión Ética como Recurso	102
Conclusiones.....	106
Bibliografía.....	111

CAPITULO III:

“Las Políticas Sociales Hoy: Padecimientos Velados”

Introducción.....	115
Especificaciones en relación a la significación de Estado.....	116
Políticas Públicas y las Cosas del Poder: dimensiones sociales y	

políticas, cuestiones de hecho y de derecho.....	120
Las Políticas Sociales y la Institucionalización en Salud:	
Trayectos, Construcciones y Desconstrucciones.....	125
¿'Paciente' o Sujeto de Derechos?	129
Las Políticas y las Instituciones Sanitarias Hoy: Prácticas y procedimientos realidades y controversias de lo cotidiano.....	131
¿Cuál es la Interacción del Trabajo Social con esta Lógica y Qué Implicancias tiene en el qué-hacer profesional?	133
Modalidades y Alcances en la Comunicación de los Programas Vigentes.....	143
Conclusiones.....	146
Bibliografía.....	148

CAPITULO IV:
“La Especificidad del Trabajo Social en Salud.”

Introducción.....	151
Debates Teóricos en Torno a la Especificidad.....	153
Obstáculos en Relación a la Especificidad –desde la perspectiva de los T. S. entrevistados-.....	162
La Salud y su Vinculación con el Trabajo Social.....	
Dimensión Legal	163
Posición de la Iglesia Católica, Apostólica, Romana	164
Carta de las Naciones Unidas	165
Dimensión Dinámica	167
Dimensión Cualitativa	168
El Espacio Profesional y Las Instituciones Sanitarias: entre autonomías	

y capturas	170
La Dimensión Instrumental-operativa como vehículo interactivo: de la pertenencia a la pertinencia..	180
Campo Dialógico	181
Planificación Específica	183
Componentes Clásicos de la Instrumentabilidad Operativa en T.S.....	
La Instrumentabilidad Gráfica: territorio de lo manifiesto y constructo de Representaciones.....	191
La Entrevista: encuentro con lo heterogéneo.....	198
El Trabajo de Campo: escenario de lo cotidiano.....	200
La Práctica como Ejercicio	202
Conclusiones	203
Bibliografía	209

CAPITULO V
“Conclusiones Generales y Propuestas”

Conclusiones Generales.....	212
El Trabajo Social y el Contexto Actual: Implicancias en la Inter- vención Profesional.....	213
¿Cuál es el Trabajo Social en el contexto actual: qué espacio, rol y Función desempeña en el Campo de la Salud?.....	215
¿Cuál es el Rol asignado y asumido en el ámbito de las Instituciones De Salud pertenecientes al ámbito de la Región Sanitaria VII ‘B’?... ..	216
Las Políticas Públicas en Salud en las Instituciones donde desempe- ñamos nuestra Actividad Profesional.....	
La Especificidad del Trabajo Social en Salud en relación a sus Prácti- cas y a los Proyectos Profesionales.....	217
1. Articulación Conceptual	

2. Articulación entre el Espacio Profesional y el Espacio Institucional	219
3. Dimensión Instrumental-Operativa como articulación entre la Realidad Social y la Realidad ‘Oficial’	222
Propuestas	226
Glosario	228
Bibliografía.....	247
Anexos	255

*Este trabajo es producto-causa de una gran incomodidad...
de una falta...
de un no saber-hacer,
en relación y frente a manifestaciones
–que en el marco de un desencuentro preestablecido-
resultan cotidianamente ‘invisibles’ pero rotundamente reales,
agitándose en un concierto tácito, insoportablemente
disonante.*

*Acaso no se trate ya, de decir una ‘verdad’... de buscarla...
A lo mejor se trate hoy
de escuchar, de mirar atentamente lo diferente, lo inédito
donde sea posible un encuentro con lo real.*

Agradecimientos

A mi familia: Sostén y refugio permanentes... por darme paz en los momentos difíciles, por ayudarme a recomenzar y por darme el Amor para seguir.

*A Beatriz Rivello: por acompañarme en este desafío
Y más allá de él
Por su entrega y su generosidad incondicionales
Porque con su exigencia y rigurosidad implacables
Me ha llevado a resignificar el sentido de mi vida profesional
¡¡Gracias!!*

*A los colegas: por su tiempo y su aporte...
Por compartir sus experiencias singulares
Y permitirme husmear en su quehacer cotidiano
Posibilitando con ello,
Enriquecer el mío propio.*

INTRODUCCION

El presente trabajo propone un recorrido por la práctica de los Trabajadores Sociales en el campo de la Salud.

Si bien el punto de partida –el cual estuvo claro desde el comienzo- fue cierto malestar en relación a mi propia actividad profesional en ese ámbito, el trayecto que se desenvuelve a lo largo de la siguiente tesis de investigación, se fue clarificando en mí paulatinamente, a medida que fui avanzando en la construcción de cada capítulo.

En el desarrollo del mismo, realizo una revisión del quehacer profesional que de ninguna manera está puesta en el marco del juicio valorativo y/o de la calificación; sino a modo de conocer, analizar y desinvisibilizar algunas de las cuestiones que nos implican en la intervención/actuación diaria.

Así fue que esta interrogación inicial acerca del qué-hacer, me fue remitiendo una y otra vez, al **ser profesional**.

En virtud de ello es que el encuadre propuesto a los fines de revisar y analizar las limitaciones y dificultades que se nos presentan en el devenir cotidiano, está sustentado en el campo de pertenencia apelando a la **especificidad**; de ahí el título de este trabajo.

De esta forma la cartografía de este itinerario –con destino incierto pero con un sentido más claro- comienza a ofrecer un rumbo y pone su norte, en tres dimensiones inherentes al campo disciplinar, a saber: **ético-política; teórico-metodológica e instrumental-operativa**.

1. La Dimensión Ético-política: Guía, orienta y legitima el quehacer profesional. Ésta configura un marco que posibilita a su vez, clarificar lo referente a la toma de decisiones es decir: desde dónde partimos y por qué actuamos de un modo y no de otro; de esta forma dota de sentido a la intervención/actuación al mismo tiempo que la sustenta en consonancia con la Misión Profesional.
2. La Dimensión Teórico-metodológica: Esclarece y delimita desde qué perspectiva teórica, conocimientos y concepción del Hombre-Persona intervenimos, propiciando la selección de metodologías en concordancia con esas perspectivas teóricas.

Así ambos componentes de esta dimensión, se integran en cada intervención/actuación a partir de los siguientes interrogantes: qué, con qué y para qué, de ésta.

3. La Dimensión Instrumental-operativa: Conlleva a operacionalizar y amalgamar el pensar-actuar en cada y toda intervención; ampliando y reconfigurando la utilización de técnicas e instrumentos acordes con las dos dimensiones anteriores.

Responde al cómo en tanto construcción –no extracción- en el marco del contexto histórico- socio-político- económico y cultural, que es cambiante y que requiere de un análisis permanente que articule y analice la situación de la vida cotidiana que atraviesan los sujetos sociales, en su condición de actores sociales.

La presente investigación se compone de cinco apartados que se estructuran y conforman a partir de los siguientes contenidos:

El Capítulo I: “Hacia la Construcción de la Investigación”

Este capítulo se compone de dos ejes:

1. Se refiere al “*Planteamiento de la Situación Problemática*”, en él hago una introducción general al problema-objeto de estudio.

Este consiste en el desarrollo y descripción introductorios, procurando un diálogo entre la dimensión macroestructurante y la práctica del Trabajo Social en el campo de la salud en el ámbito de la Pcia. de Buenos Aires, con determinación geográfica en el área de influencia de la Región Sanitaria VII ‘B’ –actualmente Región Sanitaria VII-.

Ciertamente planteo algunas cuestiones iniciales sobre las perspectivas teórico-conceptuales e inquietudes a partir de las cuales me propongo conocer, analizar e interpretar el tema.

Ya en esta primera parte y a modo de argumentar algunos de los supuestos incipientes –productos de mi subjetividad- realicé –a sugerencia de mi directora- una primera aproximación al ‘campo’ a través de entrevistas exploratorias realizadas a informantes claves.

Ello permitió ampliar mis propias perspectivas y avanzar hacia un horizonte más amplio y heterogéneo de la realidad a investigar.

De lo desarrollado en este eje se desprenden: los interrogantes, los objetivos -general y específicos- y el supuesto inicial, que estructurarán los temas y subtemas abordados en el desarrollo de cada uno de los capítulos subsiguientes.

2. El segundo comprende la presentación del “*Diseño Metodológico*” implementado en el proceso de investigación propiamente dicho.

Así la presente investigación se encuadra en el paradigma **crítico-interpretativo con aplicación de metodología cualitativa**.

En efecto la revisión y análisis del quehacer profesional, exigen describir y por lo tanto ‘volver a ver’, procurando cierta comprensión de los hechos para lo cual resulta indispensable ir más allá de lo visible, de lo manifiesto.

Correr ciertos velos y hacer emerger estas cuestiones que subyacen al interior de nuestra práctica, obstaculizando el quehacer cotidiano requiere de una interpretación; en virtud de lo cual, la palabra, los relatos y las expresiones, cobran un papel fundamental. Ciertamente a través de ellos, damos cuenta y comunicamos nuestras concepciones, del modo en que vemos y ‘nos apropiamos del mundo’. Sin olvidar que éstos están implicados a su vez, por cierto ‘orden’ que es histórico, político, cultural y social.

Capítulo II: “Trabajo Social: Implicancias de un Presente Complejo”

El aspecto medular de este capítulo consiste en el análisis y descripción del quehacer profesional y las implicancias del contexto actual en él.

A los fines de favorecer una mayor comprensión de las implicancias actuales, se propone un recorrido desde una perspectiva histórica a través de los debates surgidos en torno a la cuestión social como aspecto nodal de la práctica profesional.

Asimismo se señalan las distintas corrientes teóricas a partir de las cuales se han explicado y estudiado la génesis y la historia del Trabajo Social.

Seguidamente y a partir de los cambios suscitados en el ámbito del Estado –de orden material y simbólico- y en la Políticas Sociales, se enuncian, analizan y describen las afectaciones e implicancias producidas a partir de ello, en la actividad profesional.

Estas complejidades y ambigüedades ponen de relieve nuevos desafíos y la necesidad de esclarecer y analizar desde las tres dimensiones que se mencionan –como aspectos medulares-, las implicancias del contexto en la intervención profesional.

En virtud de ello, se tratan aspectos referidos a la formación y las distintas tendencias en el campo profesional, reivindicando la propuesta de un Plan Académico Integrado en consonancia con las implicancias actuales, promoviendo el desarrollo de un espíritu crítico sustentado en la investigación.

A continuación se detallan y analizan los diferentes modelos de actuación profesional. En este punto se replantea la necesidad de adoptar modelos flexibles y dinámicos capaces de adaptarse a la realidad. Si bien este trabajo se encuadra en la matriz crítico –interpretativa por entender que es la que resulta más adecuada a los fines propuestos, se considera que la pertinencia de los distintos enfoques teórico-metodológicos debe sustentarse en la supervisión y la sistematización de la práctica dado que ambas herramientas, favorecen la revisión e interrogación constante de la práctica profesional.

En una segunda parte y producido un análisis teórico-metodológico del encuadre seleccionado, se propone un diálogo incipiente por aspectos nodales de la práctica en Salud: el Rol: mandatos, expectativas, espacios asignados-asumidos; y aspectos generales de la intervención en torno a los marcos legales que nos habilitan para actuar tanto desde el campo de pertenencia profesional, como desde el campo de dependencia, apelando a las Incumbencias Profesionales.

Seguidamente se describen y problematizan a partir de las conceptualizaciones desarrolladas, aspectos básicos e inherentes a la intervención profesional, atendiendo a las direccionalidades, implicancias, contextos, movimientos, ambigüedades y contradicciones surgidas en el devenir cotidiano.

En esta parte se ha tomado como ámbito de referencia el área social de la Región Sanitaria por entender a este espacio como un lugar estratégico en interacción con el resto de los servicios sociales.

Ya en este punto, los aspectos referidos a la cotidianeidad profesional están sustentados en las ‘experiencias relatadas’ y que fueron recogidas

durante las entrevistas, tanto en las que realicé inicialmente, como las posteriores; propiciando una interacción dialogante y continua entre: campo-reflexión-campo.

Asimismo, se realizan algunas consideraciones generales en relación al lenguaje específico y a los modos en que habitualmente significamos la práctica profesional. Este aspecto cobra relevancia ya que a partir del lenguaje hacemos circular y comunicamos nuestras concepciones, definiciones y conocimientos, que son al mismo tiempo, los que orientan nuestras acciones. Esta se constituye en una dimensión de suma importancia dado que explicita el sentido que habitualmente le conferimos a nuestro universo profesional en la relación con los demás.

Por último, y a partir de un somero recorrido por nuestros orígenes ambivalentes y contradictorios, se propone a la ética como recurso, a modo de propiciar un lugar de alteridad, a partir de la reflexión tomando los dos ‘movimientos’ planteados por Heler (2001): la deliberación y elucidación. Éste tomado del concepto acuñado por Castoriadis (1993:29).

Capítulo III: “Las Políticas Sociales Hoy: Padecimientos Velados”

En este capítulo el tema sobre las Políticas Sociales está orientado a reconocer y distinguir las interacciones propuestas a través de ellas entre el Estado y la Sociedad Civil, a través de un recorrido por las instituciones y las prácticas que se desarrollan al interior de las mismas, a partir de los diferentes programas sanitarios vigentes.

Primeramente se propone una revisión sobre los antecedentes y evolución de las políticas sociales haciendo énfasis en los cambios y afectaciones producidos a partir del neoliberalismo y las consecuencias aún vigentes - sobre todo en lo que hace a su matriz integradora-.

A continuación, se introduce una diferenciación conceptual entre política pública y política social en tanto ‘definiciones oficiales’ y las modalidades de su implementación.

Es a partir de ello, que se distinguen dos rasgos característicos en las modalidades interaccionales propuestas: uno fáctico y otro integrador –o de derecho-, a partir de los cuales es posible observar la flexibilidad, consenso y participación de la población en estas definiciones.

Ciertamente y a modo de favorecer el análisis e interpretación del tema, se incorpora un tercer orden: el del discurso: dado que a partir de él es posible acceder a la dimensión simbólica y a su vez reconocer las singularidades de los diferentes campos de la acción social, en este caso el de la salud.

A continuación de estas consideraciones generales, se bucea –a partir de Foucault: 1966- en los orígenes de la salud en tanto problema social y las relaciones de fuerza a partir de los cuales se forja la institucionalidad sanitaria, profundizando en aspectos embrionarios y característicos de lo ocurrido en la geografía rioplatense.

A modo de conocer cómo inciden las políticas de salud actuales, en las prácticas institucionales y en el entramado interaccional planteado a partir del campo problemático de la intervención profesional, se plantea un trayecto descriptivo a través del diseño, desarrollo e implementación de los programas sanitarios vigentes.

A los efectos de avanzar en la comprensión y análisis del tema se consideran alcances, operatividad y efectividad de los mismos en relación a la accesibilidad por parte de la población a los diferentes servicios.

Por último y a los fines de esclarecer-delimitar el lugar y la participación de los Trabajadores Sociales en ellas, se incorporan las siguientes variables de análisis: comunicación, acceso y conocimiento por parte de los profesionales en relación a los programas, y las prácticas asignadas-asumidas en el diseño, desarrollo e implementación de los mismos.

Capítulo IV: “La Especificidad del Trabajo Social en Salud”

En este apartado y a partir de lo desarrollado precedentemente acerca de las dificultades, limitaciones e implicancias en torno a la intervención/actuación profesional en el campo de la Salud, se intenta profundizar en la descripción, revisión y análisis de la práctica cotidiana en torno a la especificidad, en tanto encuadra y sustenta a la actividad profesional.

Ciertamente a partir de ella se procura un anclaje para el debate y la réplica a través de una articulación interactiva entre el campo disciplinar y el campo de dependencia laboral, en torno a las situaciones problemáticas que requieren de nuestra intervención/actuación profesional.

En el marco de la presente propuesta es que pueden distinguirse tres articulaciones:

- 1- La primera de tipo conceptual, se orienta a discernir y establecer la dimensión social de Salud, ello responde a delinear un marco de referencia propio, ampliando y proporcionando perspectivas más amplias para la atención y tratamiento en los problemas que se desenvuelven en los procesos de salud-enfermedad y asistencia. El concepto desarrollado se funda en tres dimensiones: una legal, otra dinámica y otra de orden cualitativo, ello permite estrechar y esclarecer la relación entre Salud y Trabajo Social.
- 2- La segunda se refiere al espacio profesional en tanto escenario y construcción del quehacer profesional en relación con los ámbitos institucionales procurando una lectura sobre las relaciones de fuerzas que estructuran la práctica cotidiana. Eje temático éste, que es analizado desde una perspectiva histórica en relación a la génesis del Trabajo Social y a los lugares asignados-asumidos procurando un recorrido acerca de la evolución e implicancias de ello, en el presente.
- 3- Por último, la dimensión instrumental-operativa – en tanto vehículo y manifestación de las dimensiones ético-políticas y teórico conceptuales- se presenta como un ámbito estratégico a partir del cual es posible reconfigurar un campo dialógico entre la lógica profesional y la lógica sanitaria-institucional, en relación a las situaciones problemáticas que requieren de nuestra intervención/ actuación profesional. El interés está puesto más en reconocer las direccionalidades, intenciones, capturas, trayectos y posibilidades, que en la instrumentabilidad en sí. No obstante ello, se reivindican tres componentes clásicos de la instrumentabilidad operativa del Trabajo Social: La instrumentabilidad gráfica, la entrevista y la tarea de campo.

Hacia el final y a modo de síntesis el Ejercicio Profesional surge como una dimensión de la práctica profesional que hace emerger los sustentos ético-políticos; teórico-metodológicos e instrumental-operativos en consonancia con el proyecto profesional.

Capítulo V: “Conclusiones finales / Propuestas”

Por último, en esta sección se intenta responder al supuesto inicial desarrollando las consideraciones finales, producto de todo el proceso de investigación, volcando algunas propuestas para superar parte de las limitaciones y afectaciones comprobadas en este trabajo. Todo ello a sabiendas que el mismo es acotado y su contenido relevante temporal e históricamente, justamente por tratarse de una investigación exploratorio-descriptiva; sujeta a discusión y a refutación en tanto surjan nuevas dudas e interrogaciones.

TRASTIENDA DE LA INVESTIGACION

El título que antecede no es propio, es producto de la autora Catalina Wainerman (1997)¹, bibliografía que -entre tantas-, sugiriera mi directora de tesis.

En este “*contar la trastienda de la investigación*”, se mezclan: sentimientos personales, motivaciones, cronología y análisis de un recorrido. Como señala la autora mencionada acerca de las dificultades que tenemos los principiantes en este oficio:

*“(…) ¿Cómo saber de qué manera surgen las ideas, cómo se las trabaja hasta llegar a especificar los objetivos, cuánto trabajo demanda cada etapa de una investigación, cómo lograr financiarla, qué tipo de imprevistos pueden plantearse, cuándo es admisible apartarse del proyecto original, cómo y por qué elegir uno u otro tipo de abordaje, de diseño, de técnicas de investigación? Estas y muchas más son las preguntas que se formulan las y los principiantes.”*²

En mi caso este trabajo de “comenzar a investigar” y aproximarme a la producción de conocimiento³ en y desde el Trabajo Social, surgió como necesidad de concluir con una ‘asignatura pendiente’: la de realizar mi tesis con motivo de mi licenciatura, en la EDSS (Escuela Diocesana de Servicio Social, Monseñor Gerardo T. Farrell), de la Universidad de Morón.

Fruto de una necesidad real, pero también sentida, después de tantos años de haberme recibido de Asistente Social en esa misma institución, unido a la tarea cotidiana del ejercicio de la profesión en el ámbito de la salud.

Más específicamente de la Región Sanitaria VII ‘B’ donde comencé a cuestionar y a cuestionarme –fundamentalmente- qué sentido, razón

¹ Wainerman, Catalina; Sautu, Ruth (comp.): “La Trastienda de la Investigación.” Ed. Belgrano. Arg. 1997.-

² Ídem, 1, Prefacio.

³ Tipos Básicos de Investigación: Exploratorias; descriptivas y explicativas. En mi caso desarrollo una investigación a nivel exploratorio, descriptivo con algunas aproximaciones explicativas, hasta donde he podido llegar. A la vez, las investigaciones pueden ser puras o aplicadas. He seguido los lineamientos de esta última, pues la idea era obtener “insumos para proceder luego a la acción”, de lo contrario: ‘la pura’ no tiene posibilidad directa de aplicación.- Si bien no son opuestas, sino modelos ideales, según el autor mencionado- y también se trata de una investigación bibliográfica y de campo, como se podrá apreciar. Sabino, C.: “Cómo hacer una tesis.” Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina. 1998. Págs. 92 y 97.-

orientación y acción tenía la Práctica Profesional de Trabajo Social. Sobre todo cuando comencé a sentir disconformidad con la tarea laboral-profesional, pues se remitía exclusivamente a una actividad netamente administrativa. Pero esta ‘elucidación’⁴ de lo real la pude ir haciendo en la medida que avancé en la investigación.

Es así que hacia Octubre de 2006 decidí ‘embarcarme’ en este camino, que en palabras de Maliandi (1991:20) “*es ponerse en la huella (vestigium); o sea, ‘rastrear algo’.*”⁵

Tomada la decisión, inicié una larga búsqueda –dado que no tenía muy en claro por dónde comenzar- así:

- Primero fue la lectura de textos sin selección, tomados al azar, aquellos que pensaba me podían ser útiles.
- Luego consulté a una colega con amplia experiencia en el ejercicio de la profesión en el ámbito de la salud y que actualmente ocupa un cargo a nivel superior en una institución sanitaria.
- Hacia fines de ese año (2006) ella aceptó la supervisión de mi proyecto de investigación.
- A inicios de 2007 volví a la EDSS, después de casi veinte (20) años. Llegaba con un nudo en la garganta y bastante avergonzada por esa falta que signó mi decisión. El motivo expreso era la necesidad de conocer las condiciones/reglamentación actual, para la presentación de tesis.
- Allí encontré un recibimiento cálido y un clima de predisposición que se había mantenido intacto a pesar del transcurso de los años. Fue en ese contexto, que me ofrecieron participar de un taller de investigación, a cargo de la docente Lic. Pilar Fernández. Así lo hice..., con agrado, con muchísimo esfuerzo, pero no sistemáticamente, debido a compromisos laborales y a la distancia entre mi domicilio y la facultad; sin embargo la docente y el grupo de compañeros cursantes, fueron un estímulo para seguir con la idea de obtener mi licenciatura.
- Para octubre de 2007 sólo había logrado producir un total de tres (3) carillas escritas, que había titulado: ‘Introducción’.

⁴ “La elucidación es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan. Es una creación social- histórica.” Castoriadis, Cornelius: “La Institución Imaginaria de la Sociedad.” Ed. Turquesa. Volumen I. Bs. As. Arg. 1993. Pág.11.-

⁵ Maliandi, Ricardo: “Ética: conceptos y problemas.” Ed. Biblos. Arg. 1991. Pág. 20.-

Hoy he aprendido que esta se escribe totalmente, cuando se concluye la investigación, porque como dice Sabino (1998:146) mal podía hacer una introducción, cuando no sabía cómo haría y sobre qué, la investigación.

*“La introducción, y en cierta medida el prólogo, son secciones que anuncian al lector lo que había de seguir en la obra. (...) se formula una promesa. (...) no siempre es posible cumplir con todo lo ofrecido, puesto que entre el proyecto de estudio y su realización median inevitables divergencias. (...) De allí que cuando se escriba en el orden indicado, resulte tan importante revisar detenidamente el borrador de la introducción...”*⁶

- Esta cita me conecta con el momento y tiempo, en que de regreso del Congreso de Trabajo Social –Mendoza 2007- y siguiendo la sugerencia de la Lic. Pilar Fernández, decido cambiar de directora de tesis y consultar a la Lic. Beatriz Rivello – quien había marcado mis primeros años de cursada en mi carrera - y que a pesar de su limitación de salud, decidió aceptar este desafío y guiarme en esta etapa final de mi estudio de grado.

Ella fue quien con una maestría singular –que me resulta difícil de definir- me introdujo y orientó en el apasionado mundo del descubrimiento, de la duda; auspiciando un marco sumamente novedoso: el de la resonancia. En efecto, lejos de una postura tradicional y reproductora de sus propios sentidos y saberes, ‘con-dujo’ un proceso – acaso un acontecimiento- promoviendo –sutil e implacablemente- una búsqueda singular a partir de mis propias oscilaciones e inquietudes.

Ya desde los primeros encuentros, empecé a clarificar el rumbo y experimenté con asombro, algo de lo que expresa Deleuze: *“Toda obra es un viaje, un trayecto, pero que sólo recorre tal o cual camino exterior en virtud de los caminos interiores que la componen, que constituyen su paisaje o su concierto.”*⁷

- Así, este trayecto comenzó en mi interior; movilizand o cuestiones sumamente significativas de mi desempeño profesional, generando a su vez interrogaciones y búsquedas que me interpelaban en lo más profundo de mi ser profesional.

⁶ Ídem, 3, Pág. 40 y 146.-

⁷ Deleuze, Gilles.: citado por Vega Daniel en: VVAA: “Travesías Institucionales: escritos de una subjetividad implicada en el campo social. Otras clínicas.” Ed. Lugar, Bs. As. Argentina, 2000, Pág.8.-

- Cada encuentro significaba un intercambio y debate/reflexión; una lista interminable de bibliografía y devoluciones por escrito, minuciosas y rigurosas: punto por punto; temas y subtemas, sugiriendo bibliografía más específica; comentarios aclaratorios; sugerencias y explicación para la elaboración de fichas eruditas y de ‘registro’ o resumen...
- Luego ‘volverían’ a ser tratados y ampliados en el encuentro personal.
- Y es allí, cuando –recuerdo- cómo comencé a escribir, a esbozar mis primeras ideas, a sustentirlas y articularlas desde la teoría y desde la práctica cotidiana.

Sí, fue allí... en esas ‘devoluciones escritas’ (a las que Beatriz llamaba **papeles de trabajo**⁸) que me asustaban, me interpelaban, me remitían, me colocaban una y otra vez en la ‘huella’, es a partir de ello que pude avanzar en la reflexión y en la producción escrita.

- Comenzar a esbozar cuestiones referentes al “*Planteamiento de la Situación Problemática*” me condujo a otro descubrimiento que favoreció notablemente la construcción de ésta: la ‘indicación’ de realizar ‘entrevistas a informantes claves’.
- Fue revelador, interesantísimo y enriquecedor, poder llevar a cabo estas entrevistas a directivos y personal del campo de la salud, partiendo desde el ámbito de la Región Sanitaria VII B, espacio donde además, desempeñaba mi actividad como Trabajadora Social. Cada desgrabación, transcripción, análisis y reflexión, fueron producto de un gran esfuerzo, considerando que sólo se trataba –en palabras de mi directora- de ‘una aproximación al campo de investigación y desde la perspectiva de los participantes.’ Realidad que pude revisar desde otra perspectiva y no solamente como integrante de ese sector.
- En agosto de 2008 se produjo una fuerte crisis en el ámbito de la Región Sanitaria VII B –actualmente Región Sanitaria VII-, que concluyó con mi traslado a otro servicio en el área hospitalaria. Hecho éste, que afectó de alguna manera el sentido de esta investigación; sobre todo lo referente a realizar una propuesta de trabajo, destinada a ampliar las prácticas del área social en esa institución.

⁸ **Papeles de Trabajo:** “Espacio donde se van registrando los avances que se van realizando. Frases provisionales que van perfilando el tema, problema; antecedentes sugeridos de la primer consulta bibliográfica y de las siguientes ideas y reflexiones surgidas en cada encuentro con la directora y pruebas de muestras de campo.” Rivello, Beatriz. 2008.-

Así fue que la realidad, me obligó a reencauzar este proyecto y en medio del trayecto, a modificar el rumbo sin perder el sentido; para lo cual fue necesario bucear –una vez más- en mis motivaciones e intereses.

Más allá de los sinsabores y circunstancias que ello me provocó, hoy a la distancia, siento que fue una instancia más de aprendizaje... No obstante por ese entonces se hicieron carne en mí, algunas de las interrogaciones y/o advertencias que me hiciera Beatriz al comienzo de este proyecto.

Aprendí mucho:

1. A pensar de lo conveniente o no, de los obstáculos y fortalezas; debilidades y amenazas de realizar una investigación en el mismo espacio de empleo/trabajo. A efectuar y aplicar, a sugerencia de la tutora/directora, el análisis F.O.D.A.⁹
2. A esclarecer posiciones y profundizar mi avidez por la lectura; la realización de fichas; la producción de escritos y la reflexión ética¹⁰, de la que habla Heler (2001:33), esclareciendo y ejerciendo asimismo, la dimensión política de Trabajo Social, que resulta clave

⁹ Análisis F.O.D.A: Fortalezas- Oportunidades- Debilidades- Amenazas.- También se lo nombra como D.O.F.A (Debilidades- Oportunidades- Fortalezas- Amenazas). Se utiliza en planificación estratégica. El objetivo estratégico se utilizó para calificar una acción, como algo similar a ‘prioritario’. Usado en términos bíblicos de la idea de identificar la existencias de aliados y enemigos. “(...) En planificación coincide con la necesidad de identificar códigos comunes en un juego dependiente de aliados y oponentes. (...) en espacio/ estructura micro-macrosocial, como campo de tensión, de lucha...” Pero también como un análisis de rigor y sistematicidad que requiere tenerse en cuenta se trabaja en planificación y más aún la capacidad de discernir y analizar la instrumentabilidad o instrumentación de objetivos, de cómo lograr los objetivos, teniendo en cuenta los recursos materiales, humanos, etc; pero también las dificultades y amenazas (humanas y materiales) existentes. Factores facilitadores y obstaculizados para llegar al objetivo.

Existen distintos niveles de aplicación y análisis, un nivel III y IV de complejidad, por ej., se genera cuando las estrategias deben enfrentar situaciones en que las reglas mismas son parte de lo que se disputa o cuestiona, esto es lo que ocurre con frecuencia en los espacios sociales/institucionales, donde dichas reglas no son hechos o circunstancias para analizar y transformar y transformarse, sino que son sujetos que ‘piensan’ y controlan recursos de poder y que generan las reglas de juego. (para esta nota he seguido a Rovere Mario: ‘Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.’ Ed. OPS. 1993- serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N° 96.

¹⁰ La Reflexión Ética: “es poner en cuestión, revisar, criticar, reflexionar con autonomía, con libertad y responsabilidad (ser responsable significa ser capaz de..., por ejemplo tener poder). En palabras de Heler: “(...) tanto de dar respuesta a la pregunta acerca del por qué de nuestras decisiones y acciones, como de hacernos cargo de sus consecuencias. (...) Por consiguiente y apropiarnos de la autonomía supone la reflexión crítica son la situación conflictiva pero también sobre nuestras obligaciones. (...) acompañada con la elucidación, en el sentido que da Castoriadis a la noción: “trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan.”. Ambas reflexión ética y elucidación hacen a la revisión de la propia identidad como profesionales de Trabajo Social. Análisis de: “La toma de decisiones responsables de la práctica de Trabajo Social: La Reflexión Ética como recurso.” Heler, Mario, En: “Revista ConCiencia Social- Nueva Época.” Año 1- N°1. Escuela de T.S. de la Universidad de Córdoba. Arg. Diciembre de 2001. Págs. 29 a36.-

al momento de reconocer y enfrentar las relaciones de fuerzas que se estructuran en nuestra práctica cotidiana.

3. Tener en cuenta los tipos de imprevistos que suelen aparecer a lo largo de una investigación.
 - Luego vendría el ‘trabajo de campo’, que en realidad: “vino desde el principio”, con las aproximaciones sucesivas; las observaciones cada vez más focalizadas y el análisis de los registros que aprendí a hacer en el Diario de Campo.

Pero cuando hablo de trabajo de campo, en este caso me refiero específicamente, a ponerme en contacto directo con la población objetivo.

- Esto significó revisar: el diseño de la investigación previsto, la metodología a utilizar y las técnicas e instrumentos a implementar.
- Ello también fue significativo en los intercambios y debates con la directora.
- Asimismo el tiempo que debía dedicarle a la recolección de información y las distancias geográficas, se me presentaban como obstáculos insuperables. Esto logró angustiarme. Una y otra vez me preguntaba si podría con todo...
- Así fue que primero diseñé ‘una prueba piloto’ para aplicar la técnica de entrevista (y diseñar, pensar algunos lineamientos temáticos y estrategias para acordar el momento/tiempo/horario y lugar a realizarlas). Pero además, “crear y potenciar” facilitadores ante la resistencia que generaba en los colegas Trabajadores Sociales.
- ¿Cómo acordar una entrevista con un/a Trabajador/a Social del mismo campo – salud- y profesión?
- Pensé y hasta dramaticé cómo hacerlo.
- Ensayé modos, formas de entablar una relación amable pero además con ‘distancia óptima’, suficiente para recoger información y evitar inducción en la pregunta, o realización de algún comentario que direccionara respuestas.
- Antepuse sus tiempos y predisposición, acordando horarios y lugar que consideraban más propicios.
- Traté de explicar, cuál era mi objetivo: Saber y aprender a partir de sus vivencias, experiencias y conocimientos, para lograr hacer mi tesis de graduación.

- Transmitir agradecimiento y respeto por: el aporte, el tiempo dispensado, sus opiniones y sustentos –tanto teóricos como prácticos- aún no estando de acuerdo.
- Asumir una actitud de escucha.
- No perder el hilo conductor de los objetivos/intereses de mi investigación.

Todo un ejercicio, un entrenamiento, un aprendizaje y consecuentemente un análisis, reflexión posterior y algunas ratificaciones para realizar próximas entrevistas. No obstante ello, cada uno de estos esfuerzos e implicaciones se reconfiguraban en cada encuentro dialógico, desafiándome permanentemente, por lo novedoso y singular.

- Cada entrevistado/a, puso también su impronta. Fueron construyendo y aportando a través de cada entrevista, generando nuevos matices e interrogantes y ampliando mis perspectivas.

Esta heterogeneidad rica y diversa que recogí en campo, me complicó considerablemente, por dos motivos:

1-: Desgrabar, transcribir, anotar los silencios, gestos... plasmar el sentido de esas expresiones originales... analizar cada una de las tantas entrevistas realizadas y relacionarlas.

2-: A la hora de armar la matriz de datos tuve que aprender más aún, a:

- Buscar mayor entrenamiento en informática y uso de PC.
- Cómo armar cuadrículas; reconocer categorías y volcar la información.
- Consultar, leer, revisar cómo se presenta la información recogida y luego traducirla en datos¹¹. Aunque como sostiene Wainerman (1997:21), respecto a la información recogida: *“Estas están llenas de contenidos sociales, sean valores, circunstancias de vida, orígenes sociales, conocimientos, oportunidades, expectativas o concepciones de vida diversos, que se traducen en comportamientos también diversos.”*¹²

¹¹ “El dato es la lectura que se hace de los hechos e información recogida en el campo de investigación. Por lo tanto el dato es una elaboración, aunque a veces mínima, que hacemos, quienes interpretamos, comparamos, ordenamos, en base al marco teórico-referencial de quienes investigamos.” Rivello, Beatriz: Explicación en Encuentro Personal. Gral. Rodríguez Bs. As. 29-05-2009-

¹² Ídem 1, Wainerman y Sautu. 1997, Pág. 21.-

Efectivamente esa ‘información’ que debía plasmar en cruces de variables, es al mismo tiempo un cuerpo que se origina en los relatos, en las vivencias, en las expresiones de otros; de personas, actores sociales, profesionales del Trabajo Social que intervienen en una realidad social compleja y cambiante, atravesados cada uno de nosotros por ella.

- También tuve que hacer y rehacer el informe final varias veces y quizás deba recalcar y afirmarme en la provisoriedad del conocimiento, porque como dice Sautu (1997:193).

“(...) la investigación social científica presenta evidencia empírica construida a partir de un encuadre teórico, persiguiendo objetivos cuyos contenidos son temporalmente relevantes para el momento histórico en que fueron planteados, acotados y alcanzables, forman parte de un proceso acumulativo, están sujetos a discusión y, finalmente, sus inexactitudes son susceptibles de ser sometidas total o parcialmente a refutación.”¹³

Porque ‘aprender’ esos relatos singulares y diversos lograron ilustrar, enriquecer, argumentar y sostener desde la realidad de la vida cotidiana del Trabajo Social, los escritos de los temas y subtemas que desarrollé en cada capítulo.

Se constituyeron –además- en un material documental singular, en este momento histórico social. Porque posibilitaron más aún: un nuevo diálogo y reflexión con la bibliografía leída; un desafío permanente a interrogarme, avanzando y profundizando en el tema objeto de estudio.

De hecho a lo largo de esta tesis, fui redescubriendo y comprobando muchos de los supuestos de los que partí, pero al mismo tiempo estas comprobaciones se ampliaron, se profundizaron logrando sorprenderme y ‘causando’ al mismo tiempo, nuevas inquietudes.

Al final de este camino recorrido, puedo afirmar que ya no soy la misma y comprendí –a partir de cierta ruptura con mi pasado profesional- la importancia indiscutida de la **investigación**, tanto para producir conocimiento, como para la actuación/intervención profesional cotidiana /ejercicio y autonomía responsable de todos

¹³ Ídem 1, Pág. 193.-

nosotros como Trabajadores Sociales, con limitaciones pero con la fortaleza de SER.

CAPITULO I
“HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN”

PLANEAMIENTO DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Los cambios en la realidad, responden a un devenir constante y requieren por lo tanto, de una revisión permanente. Cambios por un lado visibles, externos, como lo son los producidos en la economía, la política, el Estado, las instituciones, los medios de comunicación, etc. con consecuencias e implicancias no tan visibles pero no por ello, menos importantes; que se refieren a una dimensión interna acaso a los contenidos, tal es el caso de las ideologías, las costumbres, los estilos de vida, las significaciones, entre otros; claro que ambas dimensiones se interrelacionan y promueven un escenario dinámico modificando el paisaje y los diálogos. Escenario en el cual hemos de transitar e intervenir cotidianamente, de ahí la importancia de interpretarlo y comprenderlo.

Si bien la crisis socio-económica del 2001 se ha superado en tanto tal, en la actualidad pueden observarse algunas consecuencias a modo de secuelas sociales, que han logrado instalarse en nuestra sociedad y si bien hicieron eclosión en ese año, son el resultado de un paulatino proceso que fue modificando la estructura social, acrecentando la brecha entre ricos y pobres y diversificando al mismo tiempo a este último sector. Así una amplia gama de problemáticas se encuentran atravesadas por la cuestión de la accesibilidad-exclusión, lo cual tiene una estrecha relación con el **Trabajo Social y los nuevos desafíos en la intervención profesional**.

La problemática que afecta al conurbano bonaerense pone de relieve la dificultad en el acceso por parte de la población a recursos y servicios básicos. Sin dudas **la salud** constituye una de las necesidades básicas; las cuestiones y dificultades que se refieren a la accesibilidad de ésta, acrecienta la vulnerabilidad de la población afectada y en este caso, la desigualdad de oportunidades que se plantea con ello ya no se refiere a alcanzar tal o cual estándar económico o social, sino a la posibilidad de vivir. Y es por ello que no podemos concebir a las necesidades de salud como una falta o carencia, sino como a un derecho social y en tanto tal, constituye una obligación del Estado.

Sin embargo desde las instituciones y políticas públicas sanitarias, pareciera estar más relacionada con la idea de muerte y de enfermedad, que con las posibilidades de vida.

La crisis generalmente es observada sólo a partir de la población afectada, ello constituye un problema mucho más amplio que atraviesa

asimismo, a las **políticas públicas y a las instituciones**. Estos ámbitos también han sido empobrecidos material y simbólicamente, por lo tanto, nos implican e interpelan a todos los que trabajamos en el campo de la salud pública.

En este punto es necesario aclarar, que el interés a lo largo de la presente investigación, estará puesto en **las implicancias y afectaciones producidas en la intervención del Trabajador Social**. Acaso, esta interpelación a modo de interrogante produce una marca, cierta inquietud que nos conduce a pedir auxilio y a buscar apoyatura en nuestros conocimientos –teóricos y metodológicos- para intentar cierta comprensión –a modo de ruptura y luego apertura-, que posibilite una construcción novedosa, dinámica e integral, en tanto posibilidad de superar algunas de las limitaciones que surgen desde estos ámbitos.

Una postal de lo cotidiano es la imagen de las largas colas en los hospitales públicos; la demanda ha crecido y el número y condiciones laborales de los trabajadores de la salud se ha deteriorado considerablemente.

La oferta institucional, no logra acomodarse a las necesidades de la población y las respuestas que mayoritariamente continúan operando desde la asistencia y la medicalización, se tornan deficientes pero además desde esta concepción, el espacio para la intervención social también parece estrecharse.

Estas respuestas dan cuenta de que **las políticas públicas de salud**, han sido empobrecidas en su contenido social y evidencian un desplazamiento hacia el asistencialismo. Si bien este último ha constituido siempre una respuesta asimétrica, con una sentencia a la pasividad de la persona, en estos tiempos de crisis y escasos recursos, su oferta es aún más limitada.

Por otro lado se observa que las **políticas de atención primaria** destinadas a la prevención y promoción de la salud, atravesadas por una dimensión participativa, hoy son casi nulas.

Así, las falencias en la prevención que posibilitan cierto adelantamiento, conllevan a una atención focalizada en la enfermedad que se encuentra estrechamente relacionada con la idea de urgencia “cuestión de vida o muerte”. Es entonces que desde esta perspectiva, este contexto requiere de una respuesta rápida lo cual obstaculiza una acción reflexiva y un análisis

de la problemática a abordar y por lo tanto, dificulta una respuesta adecuada: la práctica profesional se torna rígida y se automatiza.

Habitualmente, somos los Trabajadores Sociales quienes nos constituimos en los portadores visibles de estas dificultades, quienes recibimos las quejas (de otros profesionales y de las personas) y quienes seremos juzgados como eficientes en tanto la obtención del recurso se concrete a corto plazo venciendo los tiempos previstos para tal o cual tramitación. En este punto y en nombre del “compromiso”, la escucha y la palabra suelen constituirse en las únicas alternativas posibles de intervención por fuera de la gestión burocrática, que operan a manera del tan mentado “acompañamiento”. Una falencia que se desprende de la observación de mi práctica cotidiana, es la dificultad para revisar y evaluar desde nosotros, estas dificultades.

Desde una perspectiva dinámica de la salud en tanto proceso social, que hace a la cuestión de la vida humana y atraviesa la existencia en los diferentes contextos culturales, económicos, étnicos, políticos, sociales, etc. es posible ampliar el debate acerca de la salud-enfermedad-asistencia, en el ámbito público de la provincia de Buenos Aires.

Las políticas de descentralización y regionalización con mayor auge en la década del 70', a través de la creación de CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud) y de las Regiones Sanitarias, no han tenido la efectividad social esperada. Prueba de ello, lo constituye la atención cada vez más concentrada en los hospitales.

El **primer nivel de atención** destinado a la prevención y promoción de la salud con una finalidad participativa, se ha debilitado enormemente, actualmente se encuentra reducido a campañas de vacunación y consultas médicas. De hecho en lo cotidiano, estos Centros de Salud son reconocidos y significados como “Salitas de Primeros Auxilios” y/o “Salitas Periféricas”. La primera expresión se halla vinculada a la noción de emergencia que justamente, es la contracara de la atención primaria; y la segunda, remite a un lugar o espacio acaso pensado en el límite del sistema de salud.

Asimismo las Regiones Sanitarias –pertenecientes al **tercer nivel de atención**- cuya misión fundacional es la de facilitar el acceso de la población a través de la planificación y ejecución de estrategias propias de acuerdo a las particularidades de su comunidad, promoviendo la organización e interrelación locales, ofrece en el presente algunas

características que la distancian de su misión originaria. Estas se caracterizan por una organización rígida y verticalista y por una práctica técnico-administrativa de carácter burocrático, a partir de lo cual las respuestas resultan poco ágiles y permeables en relación a los cambios continuos de su comunidad.

Al observar algunas características comunes de los **establecimientos sanitarios públicos**, surge que se trata por lo general de edificios antiguos y deteriorados, que en algunos casos, ni siquiera cumplen con las medidas de bio-seguridad mínimas necesarias. Por otro lado, los más modernos y de reciente inauguración evidencian notables falencias en cuanto al recurso humano y equipamiento; contornos sólidos pero vacíos y mudos para satisfacer las necesidades de su comunidad.

En relación a ello es posible señalar, una notable preocupación por su equipamiento, con tecnología de punta cada vez más específica, acaso como un reflejo de la visión tecnocrática de la salud, mientras que el recurso humano sigue siendo insuficiente y en condiciones de contrataciones precarias.

Esta característica deshumanizante adquiere una doble dimensión: hacia fuera, con las personas que demandan de sus servicios; y hacia dentro con el personal, que alienado por la demanda y en condiciones precarias de empleo, debe responder en forma rápida y eficaz. Claro que ambas, se interrelacionan en una dimensión relacional deshumanizante.

Estas instituciones de contornos amenazantes, deshumanizadas en sus contenidos y en sus tratamientos, con más exigencias que respuestas, confunden y parecen tornarse poco confiables. Así, nos encontramos con que en los últimos años las demoras en el acceso a los servicio de salud, han experimentado un aumento progresivo y continuo.

En contrapartida a esta realidad que tensiona y angustia, surgen una serie de ofertas “mágicas” a través de curanderos, pseudos-curas sanadores y/o diferentes cultos y rituales. Espacios cada vez más concurridos, acaso un placebo en la búsqueda de calmar parte de ese mal, que ha traspasado el límite de lo visible pero no por ello, de lo real.

Pero para evitar caer en una cuestión mesiánica-apocalíptica, resulta necesario en este punto delimitar un marco de posibilidades de modo tal, que emprender esta tarea referida a una observación crítica y al análisis de qué-hacer cotidiano, requiere tener en claro los límites propios (colectivo

profesional) y los límites institucionales (la salud pública en el ámbito de la Pcia. de Bs. As); para desde ahí visualizar falencias, dificultades y vicios rutinarios, procurando un espacio para la propuesta como instancia de apertura y de superación.

A los fines de poder clarificar estos escenarios en tanto dimensión singular y específica es menester delimitar el ámbito geográfico de la presente investigación.

Tal y como se expone precedentemente la interrogación estará puesta en **la intervención del Trabajador Social en el campo de salud**, en el ámbito de la provincia de Buenos Aires y más específicamente, en la circunscripción geográfica correspondiente a la Región Sanitaria VII “B” con sede en el partido de General Rodríguez. El área programática de ésta, abarca los municipios de: Merlo, Las Heras, Marcos Paz y Luján. La Región se constituye en el nexo entre las distintas instituciones locales de salud (hospitales sean provinciales o municipales, secretarías de salud y centros de atención primaria) y el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.

Como se ha expuesto anteriormente, esta institución se caracteriza por una organización rígida, que responde básicamente a la planificación del Ministerio.

La singularidad está signada en función de las estadísticas que se constituyen en los indicadores cuantificables, a partir de los cuales se determinan la cantidad de insumos o recursos “evaluados” como necesarios. Desde la Región no se elaboran Programas o propuestas alternativas tendientes a resolver las problemáticas sanitarias locales, en virtud de lo cual el concepto de regionalización pierde su dinamismo original y parece remitirse a una mera división territorial.

Estos espacios-tiempos ambiguos y contradictorios por los que transitamos, se constituyen en lo Otro que nos atraviesa, nos condiciona, nos posibilita, nos significa y nos exige en el devenir cotidiano, una respuesta en tanto Trabajadores Sociales de la salud.

Responder desde y por nuestra práctica profesional requiere de una revisión crítica de nuestro quehacer cotidiano en relación a estas dimensiones, que nos posibilite mayor claridad y autonomía en la toma de decisiones a partir de una reflexión en el marco de la ética profesional.

Pero iniciar cualquier recorrido por el quehacer cotidiano requiere de un análisis del espacio profesional a partir de la interacción con los distintos campos en virtud de los cuales se construye la intervención. Para ello, resulta indispensable clarificar desde dónde intervenimos: desde qué marcos conceptuales y cuáles son nuestros lugares asignados-asumidos en la institución, para la intervención profesional.

*“Todo esto, empero, supone de parte de los trabajadores sociales conjugar críticamente tres verbos fundamentales: ver, escuchar, decir. Ver, en tanto capacidad de atención a la realidad e indagación de la misma; escuchar, en tanto capacidad de oír las diversas voces que buscan reflexionar sobre dicha realidad; decir, en tanto capacidad de dar cuenta desde su propia especificidad de esa misma realidad. Estos verbos representan los preámbulos del verbo mayor que conjuga el Trabajo Social: intervenir.”*¹⁴

La interrogación acerca de cuál es la intervención del Trabajador Social, específicamente en el ámbito de la salud-enfermedad-asistencia, hace a la cuestión del pensar y el actuar, para lo cual resulta indispensable, reflexionar sobre el qué-hacer cotidiano e indagar sobre el sentido que orienta nuestra práctica profesional, a saber: el para qué – quiénes?, el qué?, el cómo?, desde dónde? y con qué?, pero “ (...) ya no nos basta con hacer, ya no nos basta con pensar lo que hacemos; hoy también queremos saber lo que pensamos; queremos elucidar lo real porque sin elucidación de lo real no hay intervención lúcida posible.”¹⁵

Sin dudas, el ingreso en la carrera hospitalaria a partir de 1.988 con la reglamentación de la ley 10.471/1988, constituye un logro indiscutible que implica el reconocimiento formal en la categoría profesional.

Si bien todos los que participan en el ámbito de la salud, parecen avenirse a este reconocimiento formal, es posible encontrar en la realidad cotidiana algunas contradicciones que ofrecen cierta disonancia al respecto: se observan coincidencias acerca de lo valioso e importante del papel del Trabajador Social en la salud, pero resulta significativa la necesidad de señalar su condición de profesional, explicitando la diferencia a otrora, cuando era considerado un agente de la actividad para-médica.

¹⁴ Quezada Vanegas, Margarita: “La Promoción Humana: Un desafío para las Políticas Sociales.” En: Revista de Trabajo Social “Política Social: ¿Mantener, Innovar, Crear...? Ed. Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile. Nro.68/1996. Pág. 5.-

¹⁵ Aquín, Nora: “El Trabajo Social para un nuevo contexto”. Trabajo presentado en Jornadas Metropolitanas de Servicio Social, Octubre 1999. –Publicado en: Boletín Informativo de Consejo Profesional de Graduados en S.S. Año 6- N°19- Bs., As, Argentina.- Pág.3 (dossier).-

Acaso, esto me hizo ruido, me impresionó como una necesidad de tener presente y recordar lo que ya no somos, como si el fantasma de aquél origen suplementario y accesorio estuviera en cierta forma presente. Es que como señala Lima (1989:23): “Por ser el Trabajador Social obra de la concepción positivista del conocimiento y de la ciencia, se ha limitado a aceptar pasiva y acríticamente los postulados y las teorías que lo han orientado.¹⁶ (...) El Trabajo Social nació bajo el manto del deslinde entre un conjunto de conocimientos sobre la sociedad, por un lado, y de un conjunto de procedimientos para modificarla, por el otro, este segundo polo, el de la **aplicación**, sería el Trabajo social, y por tal razón ha estado supeditado al conocimiento especulativo.”¹⁷

De este modo el Trabajo Social se orienta e implica aplicación de técnicas de intervención y como tal separa la teoría de la práctica; ésta última asignada al quehacer profesional del Trabajador Social, desde una concepción positivista en coexistencia con otros paradigmas vigentes.

En una primera indagación exploratoria, fue consultado un médico coordinador de una de las Regiones Sanitarias, acerca del espacio que ocupa el Trabajo Social en el campo de la salud, respondiendo:

MCRS “Forma parte del equipo de salud, con un rol importantísimo y... ninguna –yo siempre digo- ni enfermería, ni psicología, ni el trabajador social... son los para-médicos, eso se terminó. Todos forman parte del equipo de salud, todos **deben opinar por igual, todos **deben** en conjunto laburar en estrategias.”*

**TSE-Perdón, usted dice: “deben”, cree que en la realidad es tan así? Qué cada uno ocupa un espacio en el equipo de salud?*

*MCRS -Acá, acá lo estamos **dando** en el sentido de que bueno... cuando se hacen las reuniones de equipo técnico se opina y desarrollan tareas por igual..., pero en la mayoría de los lugares, creo que no.*

En este punto, pareciera que la legitimidad y reconocimiento que ofrecen la ley no fueran suficientes, el espacio y la participación equitativa estarían librados a la consideración ajena o a la propia voluntad. De hecho algo de esto parece estar en coincidencia con la necesidad recurrente

¹⁶ Lima, Boris Epistemología del Trabajo Social.” Ed. Humanitas. Arg. 1989, Pág. 25.-

¹⁷ Ídem 16, Pág. 23.

*MCRS: médico coordinador de Región Sanitaria en entrevista exploratoria.

*TSE: Trabajadora Social entrevistadora.

planteada en la discusión por el espacio profesional y la redefinición de la tarea cotidiana.

El término espacio remite a su vez -a lo mejor por cierta analogía-, a pensar en los lugares con que cuenta y que ocupa el Trabajador Social, tanto en las instituciones en que desarrolla su práctica concreta, como a nivel central, en este caso en el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires; máxime si consideramos que en algún momento existió un área social a nivel central, que se disolvió luego del advenimiento de la democracia.

De lo consultado informalmente hasta el momento, poco se sabe sobre las causas que provocaron esta disolución, de lo que sí se sabe es de ese vacío que persiste en la actualidad.

Este vacío (que da cuenta de una pérdida importantísima) y ese “deben” parecen unificarse para denunciar cierta deuda, o al menos, cierta falta... Abrir la interrogación referida a estas falencias, requiere establecer a partir de aquí una diferenciación entre los **espacios** con que se cuentan y aquéllos que se ocupan.

Los primeros, responden a los lugares -físicos y simbólicos- tareas, herramientas, recursos, etc. asignados y definidos desde el marco institucional. Pero aquellos que se ocupan, están implicados por cierta actitud y decisión, denuncian un posicionamiento común que se concreta hacia nuestra especificidad, pero que siempre está en relación con lo anterior. Y es a partir de clarificar esta interrelación, que se abre una dimensión de nuevas posibilidades.

El espacio profesional, entendido como el ámbito ideal configurado por las cuestiones, objetivaciones y problemas que hacen a una actividad específica, se encuentra implicado por una serie de aspectos, uno de los cuales lo constituye el **rol profesional**.

Al explorar acerca del rol del Trabajador Social en salud, se observan coincidencias (tanto desde otras profesiones como desde la propia), que dan cuenta de las contradicciones, ambigüedades y expectativas adjudicadas al mismo:

*MCRS - “(...) Debería estar definiendo un panorama de la realidad o sea dentro del equipo de salud, es el integrante que tiene que **hacer ver cuáles son las necesidades** de esa realidad, para tratar de **corregirlas**, porque*

*después los **problemas de salud** suceden en base al **problema social que existe...**”*

Podría inferirse entonces, que si bien considera importante el rol del Trabajador Social, le adjudica como principal ocupación el hacer **en campo**, para **corregir** y efectuar un control social, sobre las personas que demandan en los servicios de salud. Son las personas el “problema” y por ello ¿hay que corregirlos?

Acaso como señala Aquin: “¿Qué espera el modelo de nosotros? (...) Un mandato –mediado a través de una serie de instituciones- tiene que ver con las interpretaciones psicologizadas del problema social.”¹⁸); Construyendo de este modo sujetos-problemas individuales, alejados de todo análisis de la compleja situación socio-histórica que configuran y producen la demanda.

MCRS-“*El rol del trabajador social, es uno de los más importantes, que está –creo en el fondo- menospreciado. Porque el rol del trabajador social no se debería limitar a..., no es solamente acá que pasa esto, que se tiene que dedicar absolutamente a la burocracia administrativa.*”.

En este punto el entrevistado admite una falta de reconocimiento en la profesionalidad del Trabajador Social, a través de un desplazamiento en la asignación de tareas administrativas.

A partir de la entrevista a una trabajadora social informante clave, que habla sobre el rol del Trabajador Social, dice:

***CTS** -“*Y ...yo creo que es muy amplio... en realidad creo que... el rol del trabajador social tiene muchas aristas, (...) es como que me cuesta contestar (...) El rol del trabajador social en salud, está muy... digamos viciado de lo administrativo, es difícil...digamos, pero también por un lado es necesario...(...) -el rol está bastante desdibujado, no se si... no se si bien como es, pero está muy desdibujado, y está como... muy viciado de lo administrativo.*”

De estas manifestaciones se desprende un reconocimiento de cierto vicio o contaminación, acaso este exceso de la tarea administrativa ¿está

¹⁸ Ídem 15, Pág. 3 (dossier).

*CTS: Colega trabajadora social, en entrevista exploratoria.

visualizado más allá de lo discursivo, como un daño con respecto a la especificidad?

Así también, surgen en este punto algunas de las expresiones recogidas con respecto al rol: “menospreciado”... “desdibujado”; la primera - manifestación vertida por un médico - se refiere acaso a una falta de reconocimiento o subestimación, y la segunda -expresada por una colega- evidencia cierta ambigüedad y/o dificultad para definir y delimitar la actividad profesional.

Posiblemente, esta dificultad propia para definir y delimitar el rol, encuentre correspondencia con esa falta de reconocimiento.

Una de las vivencias más recurrentes en la práctica cotidiana que se agita en mí, generando gran incomodidad, es a partir de observar que la intervención profesional se diluye casi al punto de desaparecer, fagocitada por la gestión técnico-administrativa, en donde el mandato institucional parece constituirse en el eje rector casi exclusivo de la tarea. Situación que se torna aún más crítica, por tratarse de instituciones estatales y públicas que atravesadas por una concepción mercantilista, han desplazado sus misiones originales a partir de cierta analogía con el mundo empresarial, el cual presenta un diferencia crucial y es que por encima de cualquier fin o razón social, éste último tiene una finalidad de lucro.

A partir de este marco, la eficacia del Estado pasa por el recorte del gasto público y por maximizar la administración de los recursos. Esta propuesta referida a la competitividad del Estado, requiere de expertos gerenciadorees capaces de administrar los recursos, conforme a las categorizaciones de la población problema. *“Es en el desarrollo de la búsqueda de maximización de los recursos y reproducción del capital que se halla un vínculo del Trabajo Social con la gerencia social, ahí la racionalidad positiva se plantea para explicar la realidad y forma en que los profesionales actúan.”*¹⁹

Frecuentemente las personas que asisten a las diferentes áreas sociales, lo hacen derivadas por los distintos servicios médicos, para que el Trabajador Social “resuelva” la situación que dificulta o imposibilita la indicación médica.

¹⁹ Esquivel Corella; Freddy: “Gerencia Social: Un análisis crítico desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2005.- Pág. 84.-

Derivación que en algunos casos, es realizada en un marco de exigencia y de desconocimiento que es transmitido a la persona que consulta. En ocasiones se trata de gestiones para la obtención de medicación, insumos protésicos o estudios de alta complejidad; en otros, para localizar al “paciente” a los fines de la iniciación o continuidad del tratamiento; o bien, para resolver cuestiones con las que no se sabe qué hacer: problemáticas de violencia, abuso, etc. Eventualmente, solicitando el alta social con carácter de urgente, solicitud que más allá de la situación socio-sanitaria, familiar, económica y/o habitacional que pudiera presentar ese individuo, encubre una problemática institucional que excede la incumbencia profesional: la necesidad de la cama para otro “paciente”.

Y nosotros... “resolvemos”, respondemos prolijamente a la tarea asignada.

En el devenir cotidiano, algo de aquél origen para-médico y suplementario pareciera recrearse aún hoy. A partir de aquí me surge el siguiente interrogante: ¿Para qué-quiénes intervenimos?

Los **programas** propuestos por el Ministerio son implementados acríticamente, no se realizan informes o devoluciones escritas de lo observado en relación a su implementación u operatividad. Tampoco se elaboran propuestas tendientes a superar estas dificultades o a resolver otras, que se hayan detectado.

La mayor parte de la tarea desarrollada es de carácter administrativo y consiste en la recepción y evaluación de las diferentes solicitudes (medicación, insumos protésicos, estudios de alta complejidad, etc.), que luego serán remitidas al prestador oficial o privado que corresponda, para su resolución. Nuestra tarea queda así, circunscripta exclusivamente a lo que la institución espera de nosotros; paralelamente esto evidencia la falta de conocimiento e interacción con la realidad social en la cual desarrollamos nuestra práctica.

De hecho no se ha elaborado hasta la fecha ningún tipo de diagnóstico situacional, como así tampoco, una guía de recursos actualizada con el consiguiente relevamiento de los existentes en la comunidad y a nivel central.

Desde la Región Sanitaria perteneciente al Tercer nivel de atención –en tanto ámbito programático y descentralizado del Ministerio de Salud- el contacto directo que se establece con las personas que demandan es

mínimo, solo se interviene con aquéllos que se presentan espontáneamente y/o que reciben tratamiento en hospitales nacionales o de la C.A.B.A y que son derivados a ella para una gestión determinada. La relación con los distintos servicios sociales es despersonalizada: vía telefónica y/o por canales escritos.

Por otra parte, los espacios de reunión previstos para el intercambio no han logrado sostenerse en el tiempo, en la actualidad son prácticamente inexistentes.

De lo observado en relación a ello surge lo siguiente: Por un lado se evidenciaron dificultades por parte de los colegas en lo que hace a la participación, llegando en algunos casos a enviar personal administrativo en representación del servicio; y por otro, la dificultad desde el área social de la Región para sostener esta oferta. Podría inferirse a partir de esta situación, que este espacio de encuentro común, no es lo suficientemente valorado desde uno u otro lado del colectivo profesional implicado.

Otra de las cuestiones que surgen a diario, es la observación y calificación realizada por distintos integrantes del equipo de salud, quienes opinan, “evalúan”, cuestionan y en ocasiones “determinan” nuestro quehacer profesional. Estas dificultades ameritan superar los espacios de queja y mera catarsis como así también, la tendencia a recibir “observaciones” y “evaluaciones” externas, en lo que respecta al desempeño profesional. En este punto, la supervisión se presenta como la única alternativa válida, puesto que implica un análisis crítico desde nuestro saber-hacer específico.

Por otro lado en lo que hace a la capacitación, es posible observar cierta tendencia en la búsqueda de “especialización” en diferentes temáticas (infancia, violencia, gerontología, adicciones, etc.), ofertas que generalmente son realizadas por diferentes campos disciplinares. En este punto al igual que en lo expuesto precedentemente –en relación a las “evaluaciones” de nuestra práctica- puede inferirse cierta búsqueda errática, en tanto está direccionada hacia fuera del campo de pertenencia. A lo largo de las situaciones que se plantean, algo de esto que no nos pertenece, que no nos identifica, que no nos corresponde, que no nos resulta adecuado para... es utilizado y/o realizado “naturalmente”. ¿Acaso en este punto es posible interrogarse acerca de una falencia en el reconocimiento de lo que nos es propio y que hace a la especificidad de la profesión?

A partir de la construcción de una oferta diferente y común al colectivo profesional ¿será posible que desde otros campos de saber, incluido nuestro campo de dependencia institucional, se amplíe y/o transforme la demanda hacia el Trabajador Social?

En relación a la cuestión planteada, surgen inicialmente los siguientes ejes temáticos, que en su posterior desarrollo y análisis reflexivo, intentarán dar respuesta a los **interrogantes**:

- Trabajo Social y el contexto en el cual se plantea la problemática en cuestión.
- Las Políticas Sociales hoy y su relación con las instituciones en salud.
- La intervención profesional en el ámbito de la salud. Cuestiones de forma y de fondo.
 1. ¿Cuál es el Trabajo Social en el contexto actual; qué espacio, rol e intervención desempeña en el campo de la salud?
 2. ¿Cuáles son hoy las Políticas Públicas en Salud y cómo se aplican en la institución donde desempeñamos nuestra Actividad Profesional?
 3. ¿Cuál es el rol asignado y asumido en el ámbito de las instituciones de salud pertenecientes a la Región VII B?
 4. La especificidad del Trabajo Social en relación a las prácticas que realiza ¿Se corresponde con los proyectos profesionales en las dimensiones ético-política; teórico-metodológicas; instrumental-operativas?

Objetivo General:

Profundizar el conocimiento sobre el desarrollo actual del Trabajo Social, en el ámbito de la salud.

Objetivos Específicos:

- Analizar y describir el quehacer del Trabajador Social en el contexto actual; revisar y analizar la intervención/actuación que

desempeña en el campo de la salud, en el ámbito geográfico de la Región VII B.

- Conocer y relacionar las Políticas Públicas en Salud y la aplicación de programas en el área social de la Región Sanitaria VII B.
- Describir y analizar las características de la institución en salud.
- Reconocer y comprender la especificidad del Trabajo Social y su relación con el proyecto profesional.
- Aportar algunas conclusiones y propuestas respecto al estudio efectuado.

SUPUESTO INICIAL

De la presentación de la situación problemática planteada
Inicialmente, parecería que:

La intervención del Trabajador Social en salud, actúa en virtud de la tarea asignada por el campo de dependencia institucional.

Asimismo es posible observar y registrar cierta fractura o falta de correspondencia entre estos mandatos y nuestra especificidad.

¿Acaso a partir de la situación que se plantea, la intervención del Trabajador Social pierde su autonomía y especificidad y queda reducida a una cuestión técnica y suplementaria?

DISEÑO METODOLÓGICO

Pineda; de Alvarado; de Canales (1994:77), sostienen que: "En general se puede afirmar que el diseño metodológico es la descripción **de cómo** se va a realizar la investigación"²⁰.

La investigación que propongo realizar, se encuadra – según mi criterio- en el **paradigma interpretativo**²¹ con aplicación de **metodología cualitativa**²².

El diseño no es estructurado (como en la cuantitativa), sino que la planificación es flexible; indicando lineamientos generales de acción, por ello también se lo conoce como *diseño emergente*. Ello posibilita que a medida que se va explorando el fenómeno de estudio, se pueda ir modificando el camino a seguir y los métodos y técnicas a utilizar según sea necesario.

Teniendo presente que la investigación efectuada, está encuadrada desde la perspectiva interpretativa y comprensiva, con un análisis y reflexión crítica del **Trabajo Social en Salud**, es un estudio de tipo microsocioal, dentro del marco del contexto macrosocioal en el cual se desarrolla la problemática en cuestión.

²⁰ Pineda; de Alvarado; de Canales: "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud". Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Serie Paltex. OMS. E.U.A. 1994. Pág. 77.

²¹ **Paradigma:** Proviene del latín *paradigma*, que significa mostrar, manifestar. Algunos de los significados que le asignan son: marco, modelo, concepción, mundo,, ejemplo.

"Los paradigmas de la investigación determinan cómo se conceptualiza el objeto de estudio, los problemas a tratar, los métodos y técnicas a utilizar, la forma de explicar, interpretar o comprender los resultados de la investigación realizada". De *Ibíd.* 20. Pág. 15.

"El **paradigma interpretativo** está en vías de consolidación y su supuesto básico es la necesidad de *comprensión* del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes". Según Vasilachis de Gialdino, Irene: "Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos". Centro Editor de América Latina (CEAL). Arg. 1992. Tesis 5. p.43.

²² **Metodología cualitativa:** De la perspectiva teórica que se adopte, dependerá lo que se estudie." *La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas; habladas o escritas, y la conducta observable. (...) La metodología cualitativa es: inductiva: el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística ; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino consideradas como un todo; los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio ;tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas; el investigador se aparta de sus propias creencias o las suspende; para este investigador todas las perspectivas son valiosas; los métodos cualitativos son humanitas; los investigadores dan énfasis a la validez de su investigación porque obtienen un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatoria ;crean su propio método, es un arte". Según sostienen Taylor y Bogdan, en : "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados". Paidós. Arg. 1992. Págs. 19 y 20.*

Según Pérez Lalanne (2000:36)²³, existen distintos tipos de investigación; siguiendo el esquema que presenta este autor, el estudio llevado a cabo, se basó en los criterios y características que a continuación detallo:

Criterios:

1. Naturaleza: Este criterio se refiere al material sobre el que se trabaja o es objeto de la investigación. En este caso se procedió a desarrollar una investigación *teórica*, pero partiendo de la realidad *empírica*, ya que alude a hechos y fenómenos de ésta.

Es decir de la información acumulada a lo largo de un período de más de veinte años de labor profesional en el ámbito de salud; se tomaron los dos últimos para el estudio; abordando y analizando ideas de distintos autores, para efectuar un análisis crítico e interpretativo. Por ello es un trabajo de tipo bibliográfico, analítico, reflexivo, articulado con lo que surge de la práctica profesional, siguiendo los objetivos propuestos (ya enunciados con anterioridad en este trabajo).

2. Finalidad: El propósito último de esta investigación, será de finalidad *básica*. (Algunos autores la denominan puras) Es decir que el propósito es llegar a una comprensión del fenómeno a estudiar, no pretendiendo realizar más que aportes teóricos a la disciplina, sin aplicar en forma inmediata estos conocimientos que se van descubriendo.

Se denomina básica porque constituye el fundamento del proceso de acceder y luego aportar ciertas conclusiones a nivel teórico, nutriéndose de distintas publicaciones que permitieron avanzar sobre el conocimiento de la *Intervención del Trabajador Social en el ámbito de Salud*. Pero, además, intenta aproximarse a una investigación de tipo *aplicada*, porque si bien toda investigación comienza siendo básica y nutriéndose de publicaciones y documentación anterior, la idea es que oriente a que puedan aplicarse a solucionar problemas concretos o inmediatos, que apunten a proponer la transformación de la realidad en el que se da la problemática planteada.

“En definitiva, tanto la básica como la aplicada son investigaciones empíricas, aunque la primera sea predominantemente teórica porque

²³ Pérez Lalanne, Roberto: “Investigación Social”. Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad nacional de Lomas de Zamora. Arg. 2000. Pág 36 y sig.

apunta a elaborar – valga la redundancia- teoría, mientras que la segunda es predominantemente empírica o empírica propiamente dicha porque aborda problemas concretos”²⁴

3. Alcance temporal: este criterio refiere a los momentos en que se efectúa el estudio. En mi caso es de tipo *sincrónica*, ya que aborda una sección en un único momento en que efectué el estudio, es decir que la recolección de información la realicé en un período de tiempo actual y determinado: dos años (2007-2008). Siendo, además de carácter retrospectivo, pues el estudio se refiere al pasado, pero también *prospectivo*, pues tiende a una proyección futura, en la medida que permita producir propuestas superadoras para La intervención el desempeño del Rol del Trabajador Social en este ámbito.
4. Tipo de estudio: (profundidad del mismo) se refiere a los diferentes niveles de análisis de acuerdo con los objetivos de la investigación, por lo que se intentó que sea *rigurosa, intensiva y exhaustiva*. El tipo de estudio es *exploratorio*, a la vez que *descriptivo e interpretativo*.

La intención fue comenzar por la familiarización de la temática, efectuando un rastreo, por ello inicialmente es de tipo *exploratoria* (la que debería responder y dar cuenta de **¿qué pasó?**); en este caso se procedió a:

- Explicitar mis reflexiones, observaciones y conocimientos previos sobre el tema en cuestión, basados en el interés por dar respuesta a las dudas e interrogantes que vayan surgiendo.
- Realicé un ‘buceo’ y ‘rastreo’ bibliográfico sobre Trabajo Social; Salud; Intervención Profesional; Políticas Sociales; Instituciones de salud; Especificidad profesional; entre otros.
- Asimismo efectué *entrevistas*, como técnica de recolección preliminar en *campo*, utilizando como guía un breve *cuestionario*, siendo la forma de aplicación verbal de dicho instrumento: *una entrevista breve* a informantes claves (personas expertas y/o con conocimiento sobre el tema; al respecto ver Anexo I donde se detallan las preguntas del cuestionario que permiten tener un panorama acerca de la temática en cuestión.)

²⁴ Ibíd. 23. Pág. 38.

✦ Lectura y análisis de bibliografía obtenida, con fichaje de la misma, lo que permitió posteriormente, construir el marco teórico y referencial de esta investigación.

✦ Mientras que la *descriptiva*, avancé en detallar y responder a: **¿cómo, dónde, cuándo, con qué frecuencia?** Muy probablemente pueda llegar a aproximarme a la *explicativa* (¿por qué pasó?)

5. Amplitud: este criterio nos remite a los alcances de la investigación, al contexto al que se abordará el análisis. En este sentido es de tipo microsocioal, ya que se estudió un grupo, en una institución determinada y dentro de ésta la intervención que desempeña y asume el Trabajador Social en Salud, pero en relación al contexto macrosocioal.

6. Fuente de datos: se considera fuente a aquellas que nos proveen de información necesaria para la investigación. Es decir, al *origen de los datos*. En mi caso, tomé fuentes *primarias*: de primera mano, originales: que han sido recolectadas a través de la aplicación de *técnicas de recolección de información*; entre ellas las *entrevistas* (a informantes claves), realizadas en la etapa exploratoria y que dieron pie a tener una ‘visión inicial’. Coincido con Vélez Restrepo (2003 103-106) en que **la entrevista** “es un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados(..) La situación de la entrevista coloca a la experiencia en el centro de la acción, y el contacto dialógico y narrativo se desenvuelve en ella, de manera reflexiva, con razón y corazón. El tipo de interacción presente en la entrevista da cuenta de una compleja trama de relaciones humanas y sociales configuradas mediante juegos de antecedentes o precedentes que están atravesados por la ética y la experiencia.”²⁵

Las Entrevistas implementadas en la Etapa Exploratoria a informantes claves, fueron practicadas a dos referentes de la Región Sanitaria VII ‘B’ - Médico Coordinador y Trabajadora Social- por considerar a ésta un ámbito emblemático en lo que se refiere a la programación, organización y asistencia de salud, dentro del espacio geográfico a partir del cual se desarrolla la presente investigación.

²⁵ Vélez Restrepo, Olga en: Tonon, Graciela (Compiladora) VVAA: “Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social”, Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2005. Pág. 35.-

Asimismo los informantes claves seleccionados para esta primera aproximación al objeto de estudio, constituyen referentes de perspectivas heterogéneas pero significativas del ejercicio profesional en Salud.

Como también *entrevistas focalizadas* (cuyo protocolo se halla en anexo II), que se refieren a un tipo de entrevista donde el investigador orienta sus incógnitas, a sujetos con los cuales tiene una relación o vínculos ya establecidos, en este caso *a profesionales de la salud, en ejercicio profesional*

Estas entrevistas se realizaron a Trabajadores Sociales en el ámbito de la Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, cuya práctica se desarrolla en el área programática de influencia perteneciente a la Región Sanitaria VII 'B', en el segundo y primer nivel de atención.

Como hecho significativo, se estima conveniente destacar que los datos referidos a las respectivas identidades personales de cada uno de los colegas consultados, han sido modificados en su totalidad reemplazándolos por nombres ficticios. A los efectos de garantizar la privacidad y anonimato de cada uno de los entrevistados, he decidido asimismo, no divulgar los respectivos ámbitos institucionales en los cuales se desempeñan.

A su vez me remití a *fuentes secundarias*: ya que son datos que han sido recogidos y procesados por otros autores y han servido para otros estudios, como por ejemplo: publicaciones y trabajos científicos que surjan del rastreo, lectura, interpretación y fichaje de textos.

Posteriormente otras de las técnicas que apliqué *en campo*, fue *la observación participante* (ya que la investigación la efectúo en el espacio de desempeño profesional), es decir que este tipo de técnica-históricamente utilizada en las Ciencias Sociales y en particular en Trabajo Social-, implica la percepción de los fenómenos a través de los *sentidos y en el momento en que se están produciendo*; tomando debido registro²⁶ oral (grabaciones concensuadas) y/o escrito (en el diario de

²⁶ **Registros:** “El registro es un instrumento de recuperación de la memoria y análisis de la acción profesional. Fundamentalmente lo utilizamos para rescatar la singularidad de las personas que atendemos y de los fenómenos que atraviesan, a partir de detallarlo que dicen, piensan, sienten perciben y les interesa, desde su propia lógica y cultura” En Rivello, Beatriz: “Taller de Investigación en Trabajo Social. Serie Documentos de Trabajo N°1”. EDSS Universidad de Morón.2005. p.4.

campo).²⁷ Taylor y Bogdan (1992:74) señalan que “Durante el proceso de cualquier tipo de investigación que se trate, deben llevarse notas de campo detalladas”,²⁸

7. Características: De acuerdo con las características que fue adquiriendo este proceso de investigación, es de tipo *cualitativa*, ya que **no** se trata de realizar un estudio cuantitativo/ estadístico sobre esta población objetivo: profesionales en el campo de la salud, sino de avanzar en una exploración, descubrimiento y descripción a partir de la información suministrada por ellos.

8. Marco: nos remite al *lugar o área de estudio* en que se desarrolla la investigación. Pueden ser de campo o de laboratorio. El estudio lo efectué en el *hábitat y campo* donde se desarrollan las acciones y fenómenos; es decir, en la Región Sanitaria VII “B” de la Pcia. De Buenos Aires, que se extiende sobre el 2do y 3er. cordón del conurbano.

El conurbano bonaerense constituye el aglomerado más importante de la Argentina y uno de los más grandes de Latinoamérica y está integrado por veinticuatro partidos que rodean la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dentro del mismo, se distinguen los llamados cordones (el 1ero – o conurbano propiamente dicho-, 2do. y 3er. Cordón) según su proximidad con la C.A.B.A. Recientemente, con los avances de la urbanización otros seis partidos parcialmente urbanizados, se han integrado al conurbano bonaerense: Escobar, Gral. Rodríguez, Marcos Paz, Pilar, Pte. Perón y San Vicente.

El proceso de urbanización a partir de la globalización, se produce en un contexto de ajuste económico, privatizaciones, desindustrialización y un importante índice de desempleo que conjuntamente con otros factores, tienen como consecuencia el incremento de la pobreza. Esto tiene implicancias en las condiciones y calidad de vida, al mismo tiempo que plantea el problema de accesibilidad-exclusión a los servicios públicos de salud

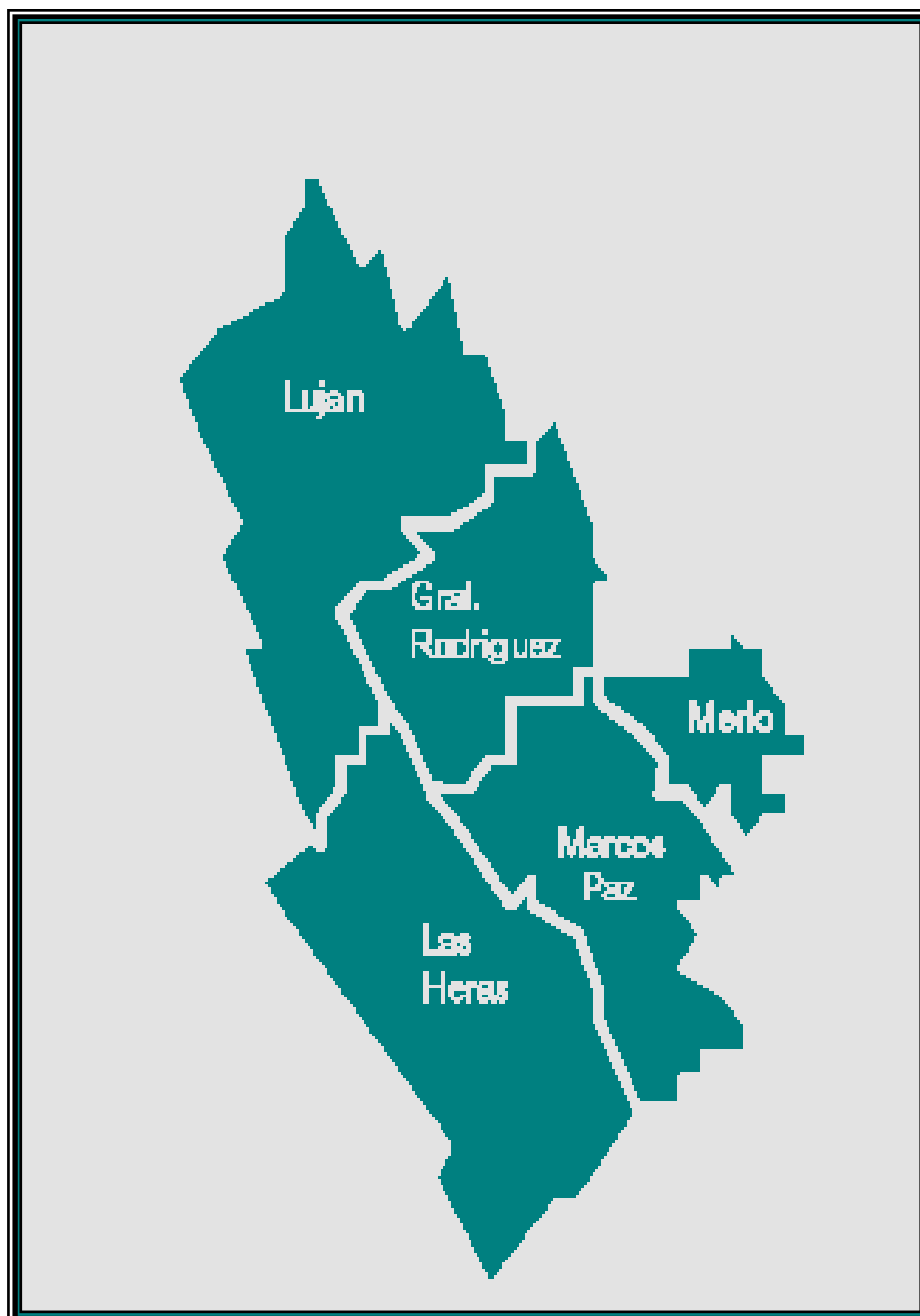
²⁷ **Diario de campo**: “Es un cuaderno de anotaciones, de registro diario de lo acontecido y observado. Debe efectuarse el mismo día y momento en que se realiza la observación, intentando describir y detallar con la mayor precisión posible lo sucedido. Es como un depósito de hechos e ideas que crece sin cesar, desde la más vaga a la más precisa y textual; además en él podemos volcar nuestras subjetividades. No se realiza para entregar a otros, ni para dar cuenta de lo que se hizo, sino para ‘darse cuenta’ de lo que hice, reflexionando luego sobre el hacer y acontecer”. *Ibíd.* 26. p.6.

²⁸ *Ibíd.* 22. Pág.74.

La Región Sanitaria VII “B” comprende los partidos de: General Rodríguez, Luján, Merlo, Marcos Paz y las Heras. El área programática de esta sede regional, consta de una población total de 765.152 habitantes. Asimismo, el área geográfico de influencia está conformado por un total de nueve hospitales, sólo tres de ellos son de dependencia provincial, a saber: HIGA Vicente López, Planes, HIGA Héroes de Malvinas y Colonia Cabred –de Internación psiquiátrica- el resto son de rango municipal. El ámbito regional cuenta con un total de 79 CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud), los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Gral. Rodríguez: 15. Las Heras: 4, Marcos Paz: 5, Luján 23 y Merlo: 33.

Si bien el trabajo de investigación desarrollado se circunscribe al ámbito geográfico que se menciona precedentemente, se hace saber que en la actualidad y a partir de octubre de 2008, el ámbito regional ha ampliado su área de influencia constituyendo la Región Sanitaria VII.

Ámbito Geográfico de la Región Sanitaria VII 'B'



Fuente: Mapas sanitarios de la Pcia. de Buenos Aires. (sitio. de Internet google)

Referencias: Los partidos de: Luján, General Rodríguez, Las Heras, Marcos Paz y Merlo se hallan en el 2do y 3er cordón del conurbano bonaerense y componen el ámbito geográfico de la Región Sanitaria VII "B".

Bibliografía utilizada en 'Trastienda de la Investigación' y Capítulo I

- AQUÍN, Nora: "El Trabajo Social para un nuevo Contexto." Trabajo presentado en: 'Jornadas Metropolitanas de Servicio Social.' Octubre de 1999. –Publicado en: Boletín Informativo de Consejo Profesional de Graduados en S.S. Año 6. N° 19.
- CASTORIADIS, Cornelius: "La Institución Imaginaria de la Sociedad." Ed. Turquesa. Volumen I. Bs. As. Argentina, 1993.
- DELEUZE, Gilles: por: VEGA, Daniel en: VVAA: "Travesías Institucionales: escritos de una subjetividad implicada en el campo social. Otras Clínicas." Ed. El lugar. Bs. As. Argentina, 2000.
- ESQUIVEL CORELLA, Freddy: "Gerencia Social: Un análisis crítico desde el Trabajo Social." Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2005.
- HELER, Mario: "La Reflexión Ética como Recurso." en. "Revista ConCiencia Social. Nueva Época." Año 1, N°1. Escuela de T. S. de la Universidad de Córdoba, 2001.-
- MALIANDI, Ricardo: "Ética: conceptos y problemas." Ed. Biblos, Bs. As. Argentina, 1991.
- LIMA, Boris: "Epistemología del Trabajo Social." Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina, 1989.
- PÉREZ LALANNE, Roberto: "Investigación Social." Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales –Universidad Nac. De Lomas de Zamora- Argentina, 2000.
- PINEDA; de ALVARADO; de CANALES: "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud." Organización Panamericana de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Serie Palter. OMS. E.U.A. 1994.
- QUEZADA VANEGAS, Margarita: "La Promoción Humana: Un desafío para los Trabajadores Sociales." En: Revista de Trabajo Social: "Política Social: ¿Mantener, Innovar, Crear...?". N° 68. 1996. Escuela de T. S. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- RIVELLO, Beatriz: "Taller de Investigación en Trabajo Social. Serie de Documentos de Trabajo N°1." Escuela Diocesana de Servicio Social (EDSS) Universidad de Morón. Bs. As. Argentina, 2005.-
- ROVERE, Mario: "Planificación Estratégica de RR HH en Salud." Ed. OPS. 1993.
- SABINO, Carlos: "Cómo hacer una tesis". Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina, 1998
- TAYLOR y BOGDAN: "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados." Ed. Paidós, Bs. As. Argentina, 1992.-
- VASILACHIS, Irene: "Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos." Centro Editor de América Latina (CEAL). Argentina, 1992.-
- VELEZ RESTREPO, Olga: en: TONON, Graciela (Comp.) VVAA: "Las Técnicas de actuación profesional del Trabajo Social." Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2005.-
- WAINERMAN, Catalina; SAUTU, Ruth (Comp): "La Trastienda de la Investigación." Ed. Belgrano. Bs. As. Argentina. 1997.-

CAPITULO II:
“TRABAJO SOCIAL Y LAS
IMPLICANCIAS DE UN PRESENTE
COMPLEJO”

Introducción

El siglo XXI se muestra como un tiempo de cambios y descentramientos, donde los modelos y propuestas sobre el ser, hacer y pensar se replantean y exigen al Trabajo Social la necesidad de reflexionar y actuar sobre el contexto en el cual se desarrolla, desde las siguientes dimensiones: Ético-política; Teórico-metodológica; Instrumental-operativa.

Hasta ahora confluyen y coexisten distintas interpretaciones sobre la intervención profesional, basados en conceptos, métodos y prácticas que en el pasado fueron definitorias. Sin embargo estos ‘modelos’ aparecen hoy como insuficientes para interpretar y comprender las complejas situaciones que a diario se presentan en las instituciones donde desempeñamos nuestra profesión.

Pensar en la intervención profesional hoy, conlleva necesariamente a una revisión dinámica y a reflexionar con actitud crítica, sobre la realidad social, como dimensión macroestructurante de la profesión que se encuentra sujeta a permanentes cambios.

Las políticas neoliberales que han acontecido y dejado huellas profundas en nuestra sociedad, imponen replanteos en los ámbitos públicos y privados, consecuentemente en las instituciones donde trabajamos; exigiendo un desempeño profesional con mayor eficacia, eficiencia y competitividad que obliga a analizar en profundidad: qué hacemos, cómo lo hacemos, desde dónde, para quiénes.

Con qué sustento teórico-metodológico y ético -político, avanzamos en la construcción de ciudadanía, de los derechos sociales, abandonando una visión restringida y muchas veces anacrónica de la actuación profesional, con sujetos sociales que encarnan las personas que atraviesan situaciones de amenaza, desencanto, cambio de valores, nuevas y complejas problemáticas; tratándolos generalmente como seres producto de sus propios conflictos y dificultades, propio de lo que se consideraba al inicio de la profesión (fines del siglo XIX).

Ello se constituye en un desafío hacia el interior del colectivo profesional y hacia las prácticas cotidianas a desarrollar, orientado a colaborar en el afianzamiento de la democracia actual.

A través de un análisis y descripción del quehacer cotidiano, intentaré interpretar y comprender los ámbitos que transitamos, el posicionamiento y direccionalidad que le conferimos a la profesión por medio de las situaciones que se abordan a diario, en la Región Sanitaria VII B, ámbito enmarcado en la Pcia. De Bs. As., que incluye el segundo y tercer cordón del conurbano bonaerense.

A tal fin, resulta necesario, desarrollar algunas conceptualizaciones que son claves a lo largo del presente capítulo, a modo de producir un encuentro a partir del diálogo entre las dimensiones teórico-conceptuales y la práctica cotidiana.

Los ejes conceptuales a desarrollar, son los siguientes: El contexto actual y sus implicancias en la profesión; Rol, Intervención y Ética Profesional.

Algunas consideraciones acerca del contexto actual y su implicancia en la profesión:

“El Trabajo Social – así como cualquier otra profesión de las Ciencias Sociales- habla desde un lugar específico sobre un espacio y sobre cuestiones que no le son específicas, en función de intereses que, además de personales, son colectivos.

De manera que las situaciones microsociales que aborda nuestra profesión, si bien presentan una amplia variedad y adquieren especificidad en cada espacio, no pueden ser pensadas adecuadamente si no en relación al espacio macrosocial al que pertenecen”¹.

Porque las circunstancias actuales que atraviesa América Latina y dentro de ella Argentina, requiere de proyectos para nuestra profesión de Trabajo Social, ya que implica preguntarse si es posible revertir la práctica profesional teniendo en cuenta las funciones que este sistema le ha asignado históricamente a ésta.

De allí que analizaré inicialmente:

- La situación del contexto actual que condiciona al Trabajo Social.
- La necesidad de analizar-esclarecer a nivel ético-político, teórico-metodológico e instrumental- operativo de los Trabajadores Sociales y las actuales implicancias de este contexto en la intervención profesional.

¹ Aquín, Nora: “El Trabajo Social para un nuevo contexto”. Ponencia presentada en las Jornadas Metropolitanas de Servicio Social, octubre de 1994. Publicado en: Boletín Informativo del Consejo Profesional de Graduados en S.S. o T.S. Año 6. N° 19. Bs. As. Arg. 1996. (dossier) p. II.

La situación del contexto actual y la cuestión social contemporánea en relación al Trabajo Social.

Referirnos a las condiciones contextuales en que se desarrolla nuestra profesión, implica analizar y exponer el sentido que ha ido tomando la misma, dentro de la dinámica social como una práctica específica, condicionada por el momento histórico, político, económico y socio cultural por el que constantemente se vió atravesada; el cual está sujeto a cambios permanentes.

Si bien no hay miradas- interpretaciones neutras, sino situadas en contextos sociales, históricos y personales, analizar y comprender este marco nos proporciona enmarcar las posibles direccionalidades que ha tomado el ejercicio de la profesión de Trabajo Social. Porque: *“El método para conocer este mundo no puede ser la observación exterior de los fenómenos, sino la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida por medio de la participación en ellas a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas”*².

Es importante tener una visión e interpretación que suponga avanzar hacia un espacio más amplio del cada vez más restringido espacio nacional.

Lo que sucedió y sucede en América Latina y en el mundo, nos proporciona la posibilidad de comprender al interior de nuestro país, los cambios que se vienen produciendo y las implicancias que acarrear.

Siguiendo el análisis de Mallimaci (1996)³ considero importante rescatar que en los albores del nuevo milenio asistimos a un proceso de mundialización, donde no es posible encerrarse en un espacio nacional, ya que lo que ocurre en todo el mundo repercute en nuestro país, como también en los restantes; ello implica una interdependencia, donde las transformaciones que vivimos tienen causas múltiples, complejas e impredecibles. *“En los últimos veinte años en todo el mundo, sobre todo bajo orientaciones políticas económicas del llamado ‘ajuste’, se han incrementado, agudizado, procesos sociales de pauperización frente a los cuales se han establecido nuevos*

² Vasilachis, Irene: “Métodos cualitativos I. Los problemas teórico- epistemológicos”. CEAL. Arg. 1992. p.43.

³ Mallimaci, Fortunato: “Estado y Políticas Sociales en Argentina al fin del milenio”. En: V.V.A.A.La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional. F.A.U.A.T.S. Espacio. Arg. 1996. p. 29 y ss.

patrones de análisis que recuperan las viejas nociones de marginalidad, plantean nociones que parecen nuevas, como la cuestión social.

(...) En el marco de eso se discute: ¿Hay una nueva 'cuestión social'?, o hay nuevas expresiones de la vieja 'cuestión social'. Esta discusión es extremadamente importante para los Trabajadores Sociales.”⁴ Porque relaciona los orígenes del Trabajo Social con estas ideas.

Para Netto (2002), la 'cuestión social' es la relación existente entre capital- trabajo, propio de una perspectiva dialéctica marxista, donde vincula el antagonismo histórico entre ambas categorizaciones.

Diferencia el pensamiento **conservador** del reaccionario. Sosteniendo que el primero, a lo largo del siglo XIX, parte de la idea de que el orden burgués es el orden final de la historia; que la Revolución Francesa, como toda revolución no es más un caso de política, es un caso de policía; luego hay que reprimir los movimientos revolucionarios; sus ideas son de orden **reformista**, es decir que entienden que dentro de la sociedad hay problemas sociales que deben ser reformados, pero dentro de los límites del orden burgués, que éstas se deben dirigir a reformar los aspectos técnicos, administrativos y procesuales.

Mientras que los segundos- los reaccionarios-, tienen un pensamiento **restaurador**. Volver a restablecer el orden anterior, no la de solucionar problemas sociales, sino la de la restauración de las instituciones socio-políticas del antiguo Régimen, es decir la unidad de la Iglesia con el Estado, las órdenes religiosas o Estados feudales.

Pero Netto afirma que “(...) al mismo tiempo, y en eso los conservadores se distinguen netamente de los reaccionarios ellos entienden que esta sociedad no es perfecta, que tiene problemas, y que es necesario reformarla”.⁵

Es aquí que los conservadores orientan sus ideas y acciones para la solución de los problemas sociales existentes, **dentro del orden** – que el autor considera burgués-, es decir que pueden ser solucionados / 'reformados', **dentro del marco de este orden ya establecido** y naturalizado como 'normal'.

⁴ Netto, José Paulo: “Reflexiones en torno a la 'cuestión social'”. En: V.V. A.A.: “Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social”. Espacio. Arg. 2002. p.9

⁵ *Ibíd.* 4 Pág.12.

La lectura del pensamiento de Comte (1798-1857)⁶ impulsor del **positivismo**⁷ a fines de siglo XIX, nos muestra que sus ideas están ligadas a la **reforma social**. Partiendo de suponer que hay **un orden natural** en la sociedad; que existe una jerarquía social que es natural, por ello es natural que haya ricos y pobres, que haya quienes mandan y quienes obedecen.

Por lo tanto hay que trabajar – como una exigencia moral- para que este orden natural no cree condiciones de conflictividad social.

Netto (2000) considera que el paradigma positivista, que surge a fines del siglo XIX, persiste actualmente en relación a las acciones profesionales vigentes y hace referencia a que el Trabajo Social nace bajo este epistema.

Alude a que no hay una nueva ‘cuestión social’ sino que ésta es propia del pensamiento conservador y burgués,” (...) porque su sistema de causalidad (de la cuestión social) es el mismo que hace cien años atrás”.

Considera entonces que: “El Trabajo Social como profesión, solamente se pone en nuestras sociedades cuando la ‘cuestión social’, además de reconocida como tal, es objeto de un trato específico del Estado. Sólo cuando el Estado propone intervenir con formas institucionales, se crea el espacio para la profesionalización del Trabajo Social.”⁸

Tanto Rozas Pagaza (2001), como Netto (2002), ambos de concepción materialista dialéctica, no acuerdan con la perspectiva teórica sobre la cuestión social, ya que les parece que: “(...) no existe vieja ni nueva cuestión social en tanto ella emerge como tal con el inicio del

⁶“Augusto **Comte** (1798-1857): Filósofo y sociólogo francés. Discípulo del conde Saint Simón (el que hizo el primer intento de formulación de una *ley del progreso*, partiendo de considerar que el ‘orden social’ engendrado a partir de la Revolución Francesa, demostraba que la humanidad había llegado a la ‘etapa adulta’ de su desarrollo y que el industrialismo producía un creciente cambio y consecuentes ‘disturbios’, por lo tanto era necesario estudiar a la sociedad, pero como lo hacían con la naturaleza: nació así la ‘física social’), confrontó con él en la línea de pensamiento, produciendo una ruptura epistemológica. En ‘Curso de Filosofía Positivista’ (1830-1842) propuso una nueva teoría filosófica que llamó positivismo.” En: Rivello, Beatriz.” Taller de Investigación en Trabajo Social. (Apuntes preliminares”. Glosario. Serie Documentos de Trabajo N°1. E.D.S.S. Universidad de Morón. Arg. 2005. Pág. 52.

⁷“El **positivismo** es una teoría del saber que se niega a admitir otra realidad que no sean los hechos y a investigar otra cosa que no sean las relaciones entre los hechos .En lo que toca por lo menos a la explicación, el positivismo subraya decididamente el **cómo**, y elude responder al **qué**, al **por qué** y al **para qué**. Se une a ello, naturalmente, una decidida aversión a la metafísica, y ello hasta tal punto, que algunas veces se ha considerado este rasgo como el que mejor caracteriza la tendencia positivista”. En Ferrater Mora, José: Diccionario de Filosofía. Tomo II. Ed. Sudamericana. Arg. 1965. 5ta. ED. Pág. 456.

⁸ *Ibíd.* 4. Pág.19.

capitalismo y con las particularidades históricas que ella adquiere en cada formación social.”⁹

Difieren de las conceptualizaciones que realizan Rosanvallon (1995:7) en tanto éste entiende a la cuestión social hacia fines del siglo XIX, que se ‘remitía a las disfunciones de la sociedad industrial naciente’ y se vinculaba fundamentalmente con las transformaciones del proletariado, así como a los sistemas de protección contra ‘riesgos’ a los que estaban sometidos, producto de la organización capitalista de la sociedad; “...desde principios de los años ochenta(1980), el crecimiento de la desocupación y la aparición de nuevas formas de pobreza parecieron, al contrario llevarnos a largo tiempo atrás. Pero a la vez se ve con claridad que no se trata de un simple retorno a los problemas del pasado. Los fenómenos actuales de exclusión no remiten a las categorías antiguas de explotación .Así ha hecho su aparición una nueva cuestión social”¹⁰.

Este autor (Rosanvallon) considera que es necesario concluir con la exclusión social a través de incrementar el **empleo remunerado** y la **solidaridad**, como fuentes necesarias para la solución de los problemas sociales actuales.

Mientras que Castell (1997:25)¹¹ tiene un abordaje distinto en cuanto a la conceptualización. Él no habla de ‘nueva cuestión social’, sino que vincula la ‘cuestión social’ con la posibilidad de **integración** de cualquier orden social. “Castel no dice ‘tenemos una nueva cuestión social’ sino que insiste en la metamorfosis de ella, llegando al punto de decir que lo que hoy se llama ‘exclusión social’ es una equivocación. Para Castel esta expresión de ‘exclusión social’ es ambigua, y él busca llamar a los fenómenos así denominados con el término de **desafiliación**”¹²

Volviendo al análisis que hace Netto(2001) éste considera que en Trabajo Social hay dos matrices: una matriz propia de la cultura protestante - que guía e influencia a Mary Richmond - y otra marcada por la Iglesia Católica, la que infiere que es la que más influyó en la currícula de formación de las Escuelas de Trabajo Social en América Latina.

⁹ Rozas Pagaza, Margarita: “La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social”. Espacio. Arg.2001. Pág.225.

¹⁰ Rosanvallon, Pierre:”La nueva cuestión social”. Manantial. Arg. 1995. Pág.7.

¹¹ Castel, Robert: “Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado”. Paidós. Arg. 1997.p.25

¹² Ibíd.4. Pág. 23.

“Es necesario distinguir el Trabajo Social inspirado en la cultura católica del que viene influenciado por la línea protestante”¹³ .

Acá el autor mencionado (Netto,2001) alude a la institucionalización del Trabajo Social, con la influencia de la norteamericana Mary Richmond, que era protestante y por lo tanto imbuida de una acción de tipo filantrópica; sin embargo en este sentido, es necesario aclarar que la misma tenía fuerte inclinación al paradigma positivista.

Considero conveniente abrir un pequeño paréntesis para hacer una mención importante en torno a quién se la considera como la propulsora de la ‘institucionalización’ del Trabajo Social.

Siguiendo los escritos que hace Rivello (2005:23) *“Dentro del contexto en que se considera el surgimiento de la profesión de Trabajo Social, adjudicado a Mary Ellen Richmond, amerita enunciar los aportes que la misma ha efectuado a la producción de conocimiento. En el marco del paradigma **positivista** que irrumpe como teoría que interpreta la realidad social acontecida en Estados Unidos de América, momento en que se producían transformaciones a nivel político, económico y social que dieron lugar a la preocupación por estudiar, entender e interpretar la cuestión social. Fue quien impulsó la primer Escuela de Servicio Social en 1918, iniciada como Escuela de Filantropía en 1889” (...)* Mary Ellen Richmond escribió varios libros: ‘*Visitas amigables*’ (1899); *El buen vecino en la ciudad moderna* (1907); *Diagnóstico Social* (1917); ‘*Qué es el Servicio Social de Casos?*’ (1922); ‘*Mirando hacia lo lejos*’ (*The Long View*, 1930), publicado dos años después de su fallecimiento, por la Russell Sage Foundation, a la que se había integrado como investigadora desde 1907 y desde entonces financiada por ésta. Justamente en el año de publicación de su tercer libro, publicado por la fundación mencionada, formula una teoría sobre Trabajo Social, apoyada en más de diecisiete años de investigación y experiencia directa de trabajo en campo”¹⁴

Desde esta perspectiva al Trabajador Social, entonces, le cabe hacer que los sujetos sociales que atraviesan problemas, deban ser ‘encauzados’, controlados y orientados a volver al orden establecido. Sin embargo su hipótesis es la siguiente: *“(...) no hay ninguna situación histórica que ponga límites a las acciones profesionales y que no ofrezca, además, posibilidades y alternativas”¹⁵*

¹³ *Ibíd.* 4. Pág. 18.

¹⁴ *Ibíd.* 6. Pág. 22. Esta autora hace referencia, además, a todas las fuentes que consultó para el estudio de la vida y obras de Richmond.

¹⁵ *Ibíd.* 4. Pág.10

De allí la importancia de remitirse a la génesis de nuestra profesión, para lograr esclarecer e interpretar qué hacemos, y desde dónde lo hacemos (perspectiva); cuál es el sustento teórico que orienta nuestras prácticas profesionales.

En este sentido hemos estudiado durante largos años la historia y nacimiento de la profesión con la interpretación de algunos autores, como Ander Egg¹⁶ y Norberto Alayón¹⁷ -entre otros- que aluden a la construcción de los orígenes del Trabajo Social como una cronología y evolucionismo histórico; desde las 'protoformas' de la acción social; de cómo la ayuda, asistencia, filantropía y beneficencia, se transformaron en Trabajo Social.

Mientras que aparecen en la actualidad, nuevas perspectivas y teorizaciones en torno a la Modernidad como la de Gustavo Parra (2000)¹⁸ que se refiere al origen 'antimoderno' del Trabajo Social y la otra desde la genealogía (concepto tomado de los trabajos de Federico Nietzsche) donde muestra y advierte lo que se puede ocultar detrás de los valores; asimismo del análisis de las **relaciones entre lenguaje, poder y conocimiento**, producida por Alfredo Juan Manuel Carballada (2004)¹⁹, que trata de salir del análisis clásico, con conceptualizaciones inéditas.

*“Alfredo nos hace ver cómo los discursos acerca del ‘otro’ se las arreglan para permanecer casi inalterables hasta el presente: como fundamento para el disciplinamiento, por la necesidad del progreso y para crear sujetos, los sujetos necesarios para un orden; él se encarga de proporcionarnos hasta el deleite el detalle sobre los puentes entre las épocas y cómo la intervención en lo social, artificialmente construida, transcurre entre rupturas de órdenes y equilibrios, desde una mirada genética del Trabajo Social, como valioso instrumento para poder ver lo viejo inscripto en lo nuevo”.*²⁰

Así podemos comprender que el Trabajo Social en cuanto profesión es una de las diversas formas de enfrentar las consecuencias de la cuestión social.

¹⁶ Ander Egg, Ezequiel: “Historia del Trabajo Social”. Humanitas. Arg.1985 (edición actualizada de la 1ra. Realizada en 1958) y “Qué es el Trabajo Social?”. Humanitas Arg.1989 (re edición de obra publicada por la misma editorial en 1960).

¹⁷ Alayón, Norberto: “Orígenes Trabajo Social en Argentina” Humanitas. Arg. 1972.

¹⁸ Parra, Gustavo: “Antimodernidad y Trabajo Social”. Publicación de la Universidad Nacional de Luján. Arg. 2000 y posteriormente editada por Espacio. Arg. 2002.

¹⁹ Carballada, Alfredo Juan Manuel: “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad”. Espacio. Arg. 2004.

²⁰ *Ibíd.* 19. Prólogo de Lic. Elena Riegelhaupt.

De lo expuesto inferimos las distintas posiciones en torno a la interpretación del contexto macrosocial en el cual se desarrollan las situaciones problemáticas que atraviesan las personas que demandan nuestra actuación profesional y que requiere de una elucidación²¹ en torno a lo que hacemos, pensamos y pensar lo que hacemos, como dice Aquín (1994:III) *“Lo prometedor en este proceso es que ya no nos basta con hacer, ya no nos basta con pensar lo que hacemos; hoy también queremos saber lo que pensamos; queremos elucidar lo real porque sin elucidación de lo real no hay intervención lúcida posible”*²².

Pero... ¿Cuáles son algunas de las marcas de esta cuestión social que signan con más fuerza al Trabajo Social?

Las implicancias del contexto actual que signan al Trabajo Social:

Los cambios que se han venido suscitando durante los últimos treinta años –desde la hiperinflación en adelante- a partir de los cuales las sucesivas decisiones políticas han privilegiado lo económico en desmedro de lo social, dan cuenta de una inversión en el rumbo político, estatal y público, que se irán estableciendo paulatinamente a partir de las resignificaciones que los erigirán como “necesarios”, más allá de sus consecuencias para la sociedad toda.

A lo largo de este tiempo, se irán modificando asimismo los diferentes ámbitos de decisión, participación e intervención y las valoraciones adjudicadas a ellos. Esta situación nos coloca frente a una realidad compleja, fragmentada y contradictoria que tiene fuertes implicancias y afectaciones en Trabajo Social, en tanto se constituye en la dimensión macroestructurante de la profesión. Estos cambios vertiginosos y presentados ante todos como lo único posible, han producido alteraciones en la direccionalidad y sentido de la profesión. Coincido con Aquín (2001:10), cuando define que:

“(...) en tanto profesión, Trabajo Social es una práctica social estructurada por una situación macroestructurante. También afirmamos que, considerando a las prácticas por su objeto, Trabajo social participa de las características de una práctica distributiva y de una práctica cultural. En su dimensión distributiva, Trabajo Social

²¹ **Elucidación** es tomado del concepto que hace Castoriadis. “La elucidación es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan. Es una creación social – histórica”. En: Castoriadis, Cornelius: *“La institución imaginaria de la Sociedad”* Vol. I. Tusquet.Arg. 1993. Pág.11.

²² *Ibíd.* 1. Pág. III (dossier).

interviene en la distribución de valores de uso entre individuos, grupos y familias y otras instancias sociales, con el objeto de alcanzar una distribución deseada en determinadas condiciones. Y en tanto práctica cultural, Trabajo Social aborda una constelación de símbolos a partir de los cuales se constituyen las líneas de fragmentación y de solidaridad, de tolerancia y reconocimiento o de exclusión y rechazo, con la finalidad de transformar o reproducir tales herramientas de discurso.” ²³

Indagar sobre la intervención social hoy, conlleva necesariamente a revisar la realidad social dado que nuestra inserción en ella, estará dada por las situaciones que abordamos a diario y es en el diálogo e interrelación permanente entre ambas, que vamos construyendo y delineando una dirección, un rumbo, a través del cual significamos y somos significados como colectivo profesional.

Poder ver y decir en relación a ello, más allá de los condicionamientos y limitaciones vigentes, nos abre la posibilidad de pensar, proponer, elegir diseñar y ofrecer, nuevas alternativas desde el ámbito profesional.

Desde fines de la década del 80' venimos asistiendo a una serie de crisis que han generado nuevas situaciones problemáticas pero lo más impactante de ello, es que paralelamente se han logrado poner en jaque marcos referenciales normativos y valorativos, que hasta ese entonces venían operando como base y sustento de las posibles vías de resolución respecto de tales problemáticas. Tal es el caso de lo que ocurrió con los derechos sociales y sus garantías por parte del Estado.

La convertibilidad iniciada a comienzo de los noventa, puso fin al problema de la hiperinflación –en tanto crisis económica-, pero ello sería el comienzo del neoliberalismo en un marco de notable dependencia de los organismos financieros internacionales, que sentencian y subordinan la agenda social. Paulatinamente se inicia el proceso de privatización del ámbito público, la desocupación que venía en aumento pasa a ser un problema estructural, situación hasta entonces inédita en nuestro país. Esto modifica la estructura social, la situación de pobreza aumenta y se diversifica. Asimismo la fragmentación social va a encontrar correspondencia con las políticas sociales desarrolladas,

²³

Aquín, Nora: “La categoría y la condición de ciudadanos en el campo problemático del Trabajo Social” Revista Miradas, Publicación del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Santa Fe. Nº 1, noviembre de 2000. La presente se halla en Revista ConCiencia Social. Nueva Época. Año 1, Nº1, Diciembre 2001. Publicaciones de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Córdoba. Argentina. Pág. 10.

que despojadas de su dimensión ético-social, se tornan parciales y focalizadas sustentadas en una concepción economicista.

“Esta visión se presentaba como novedosa, e implicaba una retirada casi definitiva del Estado en tanto su función integradora de la sociedad, así se pusieron en crisis sus fundamentos teóricos y filosóficos, en especial en una nueva resignificación del concepto de “derechos sociales” y como consecuencia la aparición de otras lógicas relacionadas con la intervención de las políticas sociales.”²⁴

Al mismo tiempo, se produce una fractura entre lo político y lo social, trayendo a esta escena la cuestión de la legitimidad.

Esta nueva situación que se plantea, va a ir enrareciendo el clima, nublando las alternativas y obscureciendo el horizonte de lo posible, tornando obsoletas las intervenciones tal como eran pensadas e implementadas hasta entonces. La cuestión ya no pasa por los “recursos escasos”, por las “respuestas”... pareciera que estas situaciones nos han encontrado, en cierta forma, desarmados para enfrentarlas...

Este desplazamiento del Estado parece habernos implicado también en cierto corrimiento a través de los mandatos institucionales, que nos requieren justificar el recurso, debiendo certificar la pobreza, a través de instrumentos probatorios de la “necesidad” (en tanto carencia y responsabilidad individual).

La necesidad de analizar -esclarecer- a nivel: ético-político; teórico- metodológico e instrumental- operativo de los Trabajadores Sociales y las actuales implicancias de este contexto en la intervención profesional:

Pese al impacto que produce la situación descripta, un gran porcentaje de los Trabajadores Sociales no hemos internalizado adecuadamente la articulación directa que tiene el accionar profesional con las influencias que, en el plano político-ideológico, surgen de los sectores del poder dominante.

El movimiento de reconceptualización en la década de fines de los años '60, jugó en nuestro país y América Latina un papel importante al cuestionar los soportes ideológicos y teóricos del Trabajo Social tradicional. Sin embargo, ello no alcanzó a desarrollar en el plano teórico, metodológico y operativo, no siendo capaz de generar prácticas

²⁴ Carballeda, Alfredo Juan M.: “El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad.” ED. Espacio. Bs. As. Argentina. 2006. Pág. 112.-

profesionales cualitativamente diferentes, además de verse cooptados por la ruptura de gobiernos dictatoriales, comenzando lo que se dio en llamar “etapa del silencio”, por lo menos en Argentina.

El advenimiento de la democracia ofrece un abanico de nuevas posibilidades y hubo un intento por retomar lo iniciado durante la Reconceptualización, sin embargo éstos no llegaron a plasmarse en producciones y modificaciones de importancia desde nuestra especificidad.

No obstante sí ha dejado en claro la importancia de un Trabajo Social contextualizado en la realidad y características de los países del cono sur.

Durante esta etapa –finales de la década del 80 y mediados de los 90-, el interés estuvo enfocado más en una búsqueda errática por la “especialización”, a través de una visión fragmentada de la intervención, que en el análisis crítico de las bases conceptuales y ético- operativas.

Simultáneamente, nuevas formas –más sutiles y menos perceptibles- de sometimiento y opresión fueron surgiendo paulatinamente desde otros lugares.

Esta vez, el trayecto era diferente: avanza desde lo simbólico a lo concreto, ofreciendo en su trayecto importantes desviaciones, fracturas y desencuentros que no conducen al destino de progreso anunciado, sino a su opuesto.

El doble discurso se constituye así- entre otros factores- en una nueva forma de ejercer del poder y el control social, en tanto que distrae y confunde para avanzar en su consolidación.

Acerca de estas nuevas formas de dominios y enfrentamientos, nos advierte claramente Mallimaci (1996:43): *La realidad social no se impone jamás de manera natural y unívoca sino que ella es objeto de interpretaciones y de luchas por el sentido que se dan a las interpretaciones. En un momento de crisis institucionales históricas dadoras de sentido (léase estado, iglesias, FFAA, sindicatos, partidos), la lucha por el control simbólico y por la construcción de imaginarios es central. Aquellos que tengan capacidad para distribuir y/o acrecentar su capital simbólico acumulado serán los que hagan “imponer” su sentido común.”*²⁵

²⁵ Ídem 3 Pág. 43.

Todo ello favoreció y favorece a la ‘invisibilización’ y ‘naturalización’ de las situaciones de injusticias que se imponen bajo la lógica del mercado con importantes consecuencias en el deterioro de los lazos sociales.

Así la interpretación y el análisis crítico se constituyen en paradigmas cada vez más utilizados por Trabajo Social, dado que posibilitan correr ciertos velos y avanzar más allá de eso que nos viene “dado”.

Siguiendo la línea que propone Rivello (2005.37), podemos decir que estas nuevas formas de conocer dan lugar a más y novedosas producciones y por lo tanto promueven una mayor autonomía profesional. *“Este proceso de modernidad que estamos viviendo, nos lleva a reflexionar con actitud crítica cómo interpretamos (versthen), porque ante una manera de intervenir subyace una forma de pensar, de interpretar, de conocer, de “nombrar” y hasta de construir sujetos y objetos de conocimiento.”*²⁶

Y es aquí donde todavía observamos el desarrollo desigual de la profesión, coexistiendo en la actualidad y generando al interior del quehacer profesionales, por lo menos tres tendencias. Ellas son las siguientes:²⁷

a) Un contingente importante de profesionales mantiene una visión tradicional de la profesión, a veces fundada en valores religiosos; por ello, desarrolla una acción técnico- asistencial, la cual tiende a ser funcional al sistema.

b) En segundo lugar, existe un Trabajo Social ‘modernizante’, producto del desarrollo de las fuerzas productivas y de las necesidades del sistema capitalista de contar con personal apto para las funciones que se les asigna en sus estructuras empresariales o estatales. Estos Trabajadores Sociales son formados en una ideología con componente técnico- científico y sus prácticas profesionales, basadas en la eficiencia y la calidad técnica, está dirigida a la conciliación de los intereses contrapuestos que se expresan en la dinámica capitalista.

c) Un contingente aún reducido de Trabajadores Sociales se acerca a una actitud investigativa y técnica, basada en conocimientos científicos desmitificadores.

²⁶ Ibíd. 6. Pág. 37

²⁷ Rozas Pagaza, Margarita: “El Trabajo Social y la Crisis Actual en América Latina” Ed. Humanitas, Arg., 1986. Pág. 33-34.-

Hoy un gran porcentaje del colectivo profesional, nos hallamos desarrollando una intervención asistencialista, basada en compensar las carencias y signados por el rol y mandato institucional.

“..en lo que es Servicio Social hospitalario básicamente... tiene que ver con las prácticas más bien asistenciales, o sea... todo lo que implica la demanda espontánea y directa que cubre el Servicio Social... con respecto a la eximisión para el pago de algún estudio... pacientes que carecen de cobertura médica... de obra social.. (...) trámites de medicación por vía de excepción, prótesis... y alguna orientación en general, desde lo que es el Servicio Social hospitalario...”²⁸

Otros efectuando una labor de tipo técnico-administrativa que conlleva a ser funcional al sistema, en tanto controlan, certifican y vigilan si los sujetos sociales son pobres y necesitados del recurso que otorga “medidamente” la institución.

“...Hago en realidad gestiones para el Ministerio de Desarrollo Humano y el Ministerio de Salud de la Provincia, trabajo con pacientes ambulatorios que se están tratando en Capital Federal en distintos hospitales, para los cuales realizo la ‘encuesta social única’, acompañando de las constancias de Anses, que no tiene obra social y carecen de recursos...”²⁹

Un escaso grupo de trabajadores sociales intenta revisar los aspectos teórico-metodológicos y ético-operativos para la intervención, descubriendo y aplicando el método científico para que a través de la investigación se llegue a efectivizar un Trabajo Social que responda a la resolución de las problemáticas –producto del sistema imperante- y con la participación activa de los actores sociales.

“..hemos hecho un trabajo bastante coordinado, con una planificación bastante ajustada a la realidad, que todas ‘las chicas’ parten de un diagnóstico participativo en su área, hacen un diagnóstico territorial y tenemos un lineamiento de trabajo (...) la idea es la descentralización (...) se marca fundamentalmente lo que es la participación (...) sería un poco lo que sostiene nuestro trabajo, el trabajo en red, el trabajo en equipo, la intersectorialidad.. la participación comunitaria, la gestión de recursos y la capacitación, digamos que serían como unos puntos

²⁸ ‘Laura’ de 30 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

²⁹ ‘María Lucía’ de 52 años de edad, Trabajadora Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

para la sustentabilidad de los proyectos, la idea nuestra es un proyecto que sea sustentable en el tiempo y para que sea sustentable en el tiempo tiene que haber participación de la gente, compromiso de la gente y decisión de la gente, porque una cosa es avanzar para la comunidad, con la comunidad y otra cosa es trabajar en la comunidad para provecho de algún sector.”³⁰

En virtud de ello resulta necesario recurrir y revisar hacia el interior de nuestro campo de pertenencia, las herramientas y objetivaciones comunes (en tanto construcciones de conocimientos –teóricos y metodológicos-compartidos) con las que contamos.

Apelar asimismo, a los marcos conceptuales y legales que nos respaldan y habilitan para la intervención³¹, como así también a la ética, no como valores sino como la idea de compromiso³² de tener el ‘intencio obliqua’³³ (“*reflexión forzada*”), de analizar y tener actitud crítica ante cada hecho, fenómeno, situación que se nos plantea, unida a la elucidación, para la legitimación del ejercicio profesional.

En ocasiones pareciera que estos aspectos que hacen a la identidad³⁴ y pertenencia profesional fueran resignados o subordinados a la realidad social y a las exigencias de nuestros campos de dependencia. ¿Acaso, nuestra especificidad es vulnerable a los condicionamientos externos y requiere por lo tanto ser afianzada?

³⁰ ‘Natalia’ de 62 años de edad, Trabajadora Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

³¹ Entendemos por **intervención profesional**: “...pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional. (...)Es un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esa relación que se construye el **objeto de intervención**.” Rozas Pagaza, Margarita: “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social” .ED Espacio, Bs. As. Argentina 1998.- Pág. 60 / 61.- ...

³² “Comprometerse significa ir hacia delante junto con el otro: COM- PRO- MISO” García, Carlos Javier: “Ética” Ponencia en “Jornadas Provinciales de Trabajo Social.” 03-12-2000. Docente de Filosofía Carrera de Trabajo Social en E.D.S.S. Universidad de Morón. Bs. As. Argentina.

³³ Rivello, Beatriz: Encuentro de Intercambio: Dirección de Tesis, Agosto de 2008.

³⁴ **Identidad profesional**: “La identidad es el resultado transitorio de un proceso de apropiación simbólica de lo real que supone la competencia de un actor singular sobre el universo de significaciones, la competencia es inversión simbólica en la acción que pone en relación los gestos con el universo de sentido. Por esta capacidad de conferir sentido a los actos necesarios de materializar las significaciones adquirida el actor se convierte en sujeto, autor de sus actos y portador de identidad. (...) Pero en la medida en que las significaciones son recibidas y compartidas, los gestos forman parte de un acto social, se puede abordar el proceso como un hecho propiamente cultural. La cultura se expande y no se totaliza sino en cada identidad conquistada.” Gagnon, Nicole: “Datos autobiográficos y praxis cultural. La Historia oral: métodos y experiencias.” Edición a cargo de José Miguel Marinas y Cristina Santamaría. Ed. Debates. Madrid 1993- Pág. 195.-

¿Qué nos da identidad profesional?: ‘Somos lo que hacemos’ y hacemos siempre en relación al Otro, por lo tanto esta apropiación es también dinámica y se encuentra atravesada por una historicidad, aspectos epistemológicos-fundacionales y culturales.

“Este trabajo en principio... en forma macro es muy estructurado, porque trabajamos dentro de lo que son programas, manejamos diversos programas que son derivados de nuestra Región de referencia(...) también atendemos a las personas que vienen a consultorio externo y tratamos desde el Servicio Social de ser creativos y de instrumentar pautas que nos dejen desarrollar nuestro quehacer profesional.”³⁵

A su vez en las ciencias sociales, toda construcción profesional se realiza en un encuentro con el otro, en un cara a cara, estos procesos intersubjetivos son constitutivos de una significación que a su vez nos significa.

Aguayo (2007:136) a partir de un análisis basado en la sociología comprensivista de Weber, enriquecida por la fenomenología de Schutz y la hermenéutica de Ricoeur, realiza un aporte sumamente esclarecedor en lo que hace a la constitución y evolución de las profesiones modernas y al respecto dice: *“En este sentido, la acción profesional es también un proceso bibliográfico que construye identidades. Es un proceso configurador de la persona, del sí mismo (self), y por lo mismo una relación alter-ego (...) esto nos lleva a afirmar que el quehacer profesional contiene significado aún antes de que éste se manifieste explícitamente y, por lo tanto, sólo puede ser interpretado de manera simbólica.”³⁶*

¿Cuáles son los sustentos ético-políticos, teórico- metodológicos e instrumental- operativos con que contamos los Trabajadores Sociales en la actualidad?

Parra (2001:315) sostiene que *“Las características del Trabajo Social que a mi entender son centrales para una clara comprensión de nuestra profesión en el modo de producción capitalista (...) El Trabajo Social surge con un componente ‘ejecutivo’ (...) lo que constituye su núcleo fundante y es, por lo tanto, constituyente de un ethos profesional. (...) basado en el carácter conservador de la*

³⁵ ‘Graciela’ de 51 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

³⁶ Aguayo, Cecilia: “Las Profesiones Modernas: Un dilema del conocimiento y del poder: Un análisis para y desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2007. Pág. 136.

*profesión hasta la actualidad y (...) por lo tanto: (...) las consecuencias de la cuestión social son fragmentadas en las denominadas 'problemáticas sociales', y por lo tanto, reducidas a un conjunto de variables susceptibles de ser modificadas. Así, la intervención profesional, es reducida a meras acciones del tipo burocrático-administrativas."*³⁷

Las transformaciones y secuelas del neoliberalismo imperante en los 90' han impactado fuertemente en la **formación profesional**, más allá de los esfuerzos e intentos producidos por algunas Escuelas de Trabajo Social. Las políticas educativas y de financiamiento estaban dirigidas mayoritariamente, hacia las profesiones vinculadas al desarrollo tecnológico y económico.

Rozas Pagaza (2004; 96) plantea la necesidad aún pendiente, de establecer sustentos que fundamenten la relación entre la formación profesional y la realidad social. La autora sostiene que a partir de distintas matrices teóricas como el positivismo, el funcionalismo y el marxismo –hoy vigentes pero “metamorfosadas”- se intentan explicar antiguos dilemas conceptuales y metodológicos de ejercicio profesional. *“Estos problemas se han intentado resolver desde miradas diferentes, entre ellas la teoría de los sistemas, las teorías del interaccionismo simbólico, del relativismo individual, del neoparsonianismo, y la teoría interpretativista, que han configurado un pensamiento identificado como conservador, por un lado, y como renovador, por otro; en este último caso encontramos, sobre todo, a aquéllos que se consideran posmodernos. Asimismo, y en contraposición a estas posturas, aparece una tendencia denominada crítica...”*³⁸

A partir del marco ideológico que relativiza la cuestión social es posible observar un **resurgimiento de las tendencias positivistas** que asocian el origen de la profesión a una evolución de las prácticas filantrópicas y de caridad. La dicotomía que ofrece esta corriente entre el saber y el hacer, es una constante, que tiene fuertes implicancias en lo que hace a la producción de conocimientos. La intervención es concebida como un conjunto de técnicas fragmentadas en diferentes etapas y momentos.

³⁷ Parra Gustavo: “Los Proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social argentino: un recorrido histórico.” En: V.V.A.A: “Nuevos Escenarios y Práctica Profesional.” Ed. Espacio, Bs..As. Argentina. 2001 Págs. 31 y sgtes.

³⁸ Rozas Pagaza Margarita: “El nuevo contrato del Trabajo Social con la sociedad: Las dimensiones ético-políticas y ético-técnicas en la formación académica: Cuales son las tendencias epistemológicas, teóricas y metodológicas en la formación profesional en T. S? en VVAA: “La cuestión social y la formación profesional en TS en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana” XVIII Seminario Latinoamericano de Esc. De TS, Julio 2004, San José de Costa Rica. Ed Espacio. Bs. As- Argentina. 2004. Pág. 97

El Funcionalismo surge del lado de la teoría de los sistemas para reestablecer cierto orden o patología social. A partir de esta tendencia, se simplifica la concepción de la práctica social a través del binomio recurso-demanda y propone una lectura lineal de la realidad basada en explicaciones causa-efecto. El lugar propuesto para la intervención está relacionado con la administración de los recursos y la utilidad a las exigencias institucionales. La práctica que propone es pobre, rígida y se reproduce a través de un circuito mecanicista sustentado en la lógica formal y el tecnicismo.

El Interaccionismo Simbólico se basa en el pragmatismo y propone una práctica basada en la eficacia técnica a la luz de estadísticas que omiten aspectos culturales, sociales e históricos. Esta corriente Sintetiza en cierta forma actualizada las anteriores. Propone a la modernización de técnica e instrumentos puntuales para el abordaje de las diversas problemáticas y se halla vinculado a la gerencia social. Postula a la especialización en tanto modalidades fracturadas para la intervención. En esta línea la competitividad (en analogía a la lógica del mercado) parece desplazar a la competencia profesional.

La Teoría Crítica-interpretativa quizás la que ha venido tomando mayor auge en el último tiempo, se sustenta en un análisis crítico en relación al sistema capitalista y reivindica los derechos sociales. *“Por otro lado, se considera que los derechos sociales son constitutivos de la condición de ser trabajadores sociales profesionales en tanto el campo profesional tiene como objetivo garantizar dichos derechos sociales (...) Esta es la direccionalidad ético-política sobre la cual se traza la divisoria ente la intervención profesional en Trabajo social, y las propuestas profesionales técnico-administrativas.”*³⁹

Desde de esta tendencia se propone el **saber especializado**⁴⁰ a partir del cual la intervención es problematizada en tanto construcción dinámica en la que interactúan, **el campo de pertenencia**⁴¹, **el campo**

³⁹ Ídem 27 Pág. 111

⁴⁰ **Saber Especializado:** “es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas.” García Salord, Susana: “Especificidad y Rol en Trabajo Social: currículum –saber – formación” Ed Humanitas, Bs. As-. Argentina. 1991. Pág. 20

⁴¹ **El Campo de Pertenencia o Campo Profesional** es tomado de García Salord: “Todo campo profesional se estructura en relación con ciertos imperativos sociales que plantean como necesario un tipo de práctica determinada.. (...) La profesionalización supone la sistematización de un conjunto de representaciones (conocimientos, habilidades, información) y su elaboración con un SABER ESPECIALIZADO así como la institucionalización de la transmisión de ese saber, a

de dependencia⁴² y **el campo de intervención propiamente dicho**⁴³. Al mismo tiempo que postula una lectura compleja de la realidad social a partir de la cual se relacione la intervención profesional con la cuestión social y reivindica a la investigación como base para la producción de conocimientos.

De esta forma el análisis de la práctica cotidiana se propone trascender las descripciones meramente empiristas para constituir un aporte a la teoría social desde la **especificidad**⁴⁴.

Coincido con Parola (1997: 41-42) en que: *“...la conformación de un saber especializado del Trabajo Social debe utilizar como punto de partida la práctica profesional, para que en sucesivas objetivaciones se pueda dar explicación de ella.”*⁴⁵

Este análisis debe partir de lo cotidiano pero considerando la complejidad macroestructurante que atraviesa a la sociedad y a nuestra profesión. De esta forma las objetivaciones que se construyan favorecerán a una mayor actualización y adecuación del ejercicio profesional, conforme a las circunstancias reales que requieren de nuestra intervención; al mismo tiempo que se constituye en nuestro aporte profesional hacia dentro del campo pertenencia y hacia fuera del mismo.

Así, estas producciones se gestarán desde nuestra especificidad, dando cuenta de la realidad cotidiana que atraviesa el ejercicio profesional y por lo tanto, de las problemáticas, ambigüedades y complejidades que abordamos a diario a través de una revisión crítica, que integre: exigencias, demandas, saberes, posibilidades y dificultades. *“Por lo tanto las prácticas profesionales cotidianas seguramente están orientadas por un proceso de conocimiento, que consideramos se ha generado y se genera en ese juego histórico de relaciones*

través de una instancia social reconocida y legitimada, para que constituya el saber especializado en un SABER CERTIFICADO.” Ibid. 40, Pág. 17.

⁴² Este se refiere al campo Institucional en el cual se desempeña la actividad profesional.

⁴³ Se refiere al Objeto de Intervención en tanto Campo Problemático.

⁴⁴ En lo referente a la **Especificidad**, adhiero a lo conceptualizado por García Salord: “La **especificidad profesional** es una construcción histórico-social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Este ámbito de relaciones está constituido por SUJETOS SOCIALES que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional. Ídem 40, Pág. 19

⁴⁵ Parola Ruth: “Aportes al saber específico del Trabajo Social”. Ed Espacio. Bs. As. Argentina. 1997, Pág. 41 y 42 respectivamente.

articuladas entre el campo profesional, el campo de intervención y el campo institucional/laboral.”⁴⁶

Este saber-hacer especializados, requieren de una actitud científica que se apoye en los sustentos teóricos al mismo tiempo que en una actitud reflexiva en la que se tengan en cuenta el **marco de referencia**⁴⁷ y sus implicancias en el ejercicio profesional.

Esto se vincula asimismo, con los cambios suscitados en relación a la concepción de los problemas sociales y por lo tanto: con las representaciones sociales, con las prácticas cotidianas, con el impacto de la crisis en el Estado y la sociedad civil y su repercusión en la práctica profesional.

Algunas de las implicancias actuales, más relevantes para Trabajo Social son las siguientes:

1. El desarrollo de este contexto trae aparejado nuevas y complejas problemáticas, que son presentadas como “demandas” en los servicios sociales de las instituciones.
2. Recorte de recursos materiales, pero también cambios culturales en la población, atravesados por la crisis de legitimidad de las instituciones y por una concepción individualista que lesiona los lazos sociales, postulando la psicologización de los problemas sociales.
3. Significativo impacto de la fragmentación social que se presenta en términos de exclusión-inclusión y que pone de relieve el tema de la accesibilidad a bienes y servicios básicos, para el desarrollo de una vida digna. Hecho que tiene fuertes implicancias a su vez, en aspectos culturales y simbólicos en lo referente a una participación social igualitaria e integradora y a las posibilidades futuras de alcanzarla.

Estos ejes tienen implicancias en dos dimensiones fundamentales de la profesión: una, en lo referente al área y objeto de intervención; y otra, como trabajadores en lo que hace al mercado y condiciones de trabajo. Ambos vectores se hayan vinculados a su vez, a la importancia de la capacitación y **formación profesionales**⁴⁸.

⁴⁶ Ídem 45, Pág. 52.-

⁴⁷ Entendemos por **Marco de Referencia**: “al conjunto de representaciones desde las cuales se entiende y conceptúa al problema, objeto de intervención profesional, y el tipo de interacción entre los sujetos sociales involucrados en el campo y se establecen los objetivos y podrecimientos.” Ídem 40, Pág.19

⁴⁸ “En el caso de la formación en Trabajo Social, lo que se juega en los procesos de enseñanza-aprendizaje es la habilitación de profesionales para operar en las problemáticas sociales que se manifiestan (...) a partir de un conjunto específico de conocimientos, habilidades y actitudes”.

De hecho al interior del colectivo de Trabajo Social, es posible observar profesionales con gran diversidad en su formación profesional, pues la misma es generalmente fragmentada y/o focalizada. En relación a ello, de la muestra realizada en la tarea de campo surge lo siguiente:

“Yo estudié en la EDSS, en Morón (...) pero debe hacer más de quince años que tengo mi licenciatura (...)

A lo largo de mi carrera yo he visto de todo un poco... en violencia familiar..., en la parte pericial, en niños... en infancia, tengo un año y medio hecho... lo hice con el Ministerio de Salud, hace muchos años...”⁴⁹

“Me recibí en la ‘Diocesana’ de Morón. Empecé en el 71, en el 75 tuve que abandonar por razones políticas (...) y volví en el 91 y tuve que validar algunas materias... y en el 93 terminé.

*(...) hice la licenciatura, me falta la tesis (...)
Ya no me acuerdo pero cursos, he hecho como unos veinte cursos...
(...) todo en salud, todo en salud y minoridad...
y algo sobre tercera edad.”⁵⁰*

“Me recibí en la UBA, en la Universidad de Ciencias Sociales en Trabajo Social

*(...) me recibí en el año 95’, Soy Licenciada en Trabajo Social.
(...) Siempre me interesó salud
y siempre cuando había algún curso o alguna jornada en salud...
siendo estudiante también.*

*(...) Capacitación así, específica no,
nada más que cursos y jornadas...
leí mucho de salud también (...)⁵¹*

González Cristina y Nucci, Nelly: “Enseñar a intervenir con familias: algunas reflexiones desde el Trabajo Social” en: Revista “escenarios” Año 5, N° 9: “Formación Profesional y Realidad Social” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2005. Pág. 21.-

⁴⁹ ‘Carolina’ de 54 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Municipal, en entrevista focalizada.

⁵⁰ ‘Pedro’ de 59 años de edad, Trabajador Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

⁵¹ ‘María’ de 39 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

*“Me recibí en 1979 de Técnica en Minoridad y Familia, en la
Universidad Nacional de Luján
(...) comencé la Licenciatura en la Universidad de Lomas de Zamora y
me recibí en el 93’ o 94’.
(...) Curso de post-grado de ‘operadora familiar’ en la UNLU...”⁵²*

*“Estudié en la Facultad de Derecho,
tengo varios años en ejercicio,
trabajé en educación y en salud
(...) en la facultad te recibís de Asistente Social,
después cuando el colegio de Asistentes Sociales sacó los decretos
convalidando títulos,
como es de nivel universitario,
no me acuerdo qué decreto es...se homologó con la licenciatura.
(...) Cuando trabajaba en educación, la capacitación es permanente
(...) paralelamente en salud,
sí tuve la oportunidad de hacer muchas capacitaciones
(...) en temas específicos de salud
(...) en salud la temática es amplia...”⁵³*

*“Soy Técnica Universitaria en Minoridad y Familia.
Licenciada en Trabajo Social
‘especializada’ en Organización y Administración de Servicios...
me recibí en la UNLU en 1993.
Soy Perito Judicial,
hice un año en la UNLU como ‘operadora familiar’...
hice dos post-grados en ‘violencia familiar’ (...)
ambos con presentación de trabajos monográficos.
Hice el ‘ profesorado superior en Servicios Sociales ’.”⁵⁴*

*“Me recibí en la Universidad Nacional de Luján, el 2-08-1999,
el título es de Licenciada en Trabajo Social,
con orientación en Organización y Administración de Servicios.
(...)Hice algunos congresos,
congreso de atención primaria de la salud –ese fue en Cuba-
(...) y después acá todo lo que es la parte de ‘HIV’,
(...) la parte de pediatría...”*

⁵² Ídem35.-

⁵³ Ídem, 30.-.

⁵⁴ ‘Cecilia’ de 52 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

*Después hice el curso de Perito Judicial pero no rendí el examen...
después hice otro en familia...
y la Maestría en epidemiología de gestión y política de salud,
en la Universidad de Lomas, me falta la tesis.*”⁵⁵

*“Me recibí en la UBA, en la Facultad de Derecho,
cuando funcionaba la Escuela de Servicio Social.
Ahí, fui de la primera promoción de Licenciatura en Servicio Social,
en el año 1975.*

*(...) Hice capacitación docente,
curso materno infantil, lo hice en la Escuela de Sanidad,
después hice un curso de post-grado de investigación en la UBA
y después he hecho cursos varios referidos a varias enfermedades:
tuberculosis, diabetes, parasitosis, desnutrición, en fin...
distintos temas que hacen a la salud.*”⁵⁶

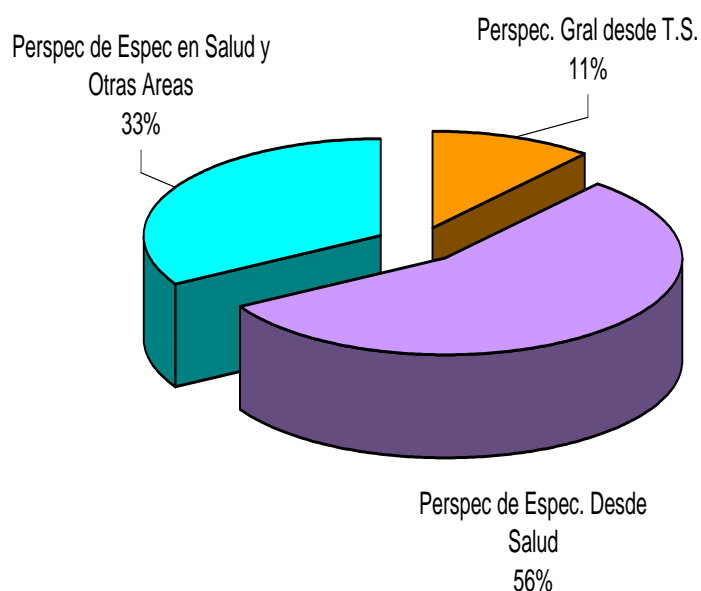
*“...Hice la carrera en la Universidad Nacional de Luján
y me recibí ya hace y si, cinco años (...)
Hice la carrera en la universidad,
que te da también el título de técnica... también intermedia
(...) pero bueno, yo terminé la licenciatura.
(...) No he decidido hacer ni un post-grado, ni maestría,
yo terminé la licenciatura...
en general todo lo que he hecho
ha tenido que ver más que nada con... alguna decisión particular,
personal de...participar de alguna jornada, algún congreso...
bastante heterogéneo digamos...
(...) no me he decidido favorecer la formación en particular...
en violencia o adicciones... (...)
de hecho sí, me interesaban bastante las jornadas...
las reflexiones, las discusiones... de políticas sociales en general...
alguna cuestión muy genérica de lo qué es Trabajo Social...”*⁵⁷

⁵⁵ ‘Pilar’ de 33 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

⁵⁶ Ídem 29.-

⁵⁷ Ídem 28.-

Tendencias en la Formación Profesional



En lo que respecta a la Formación-capacitación Professional conforme a la información recabada en campo, surge que el 89% del total de los Trabajadores Sociales entrevistados, evidencia una tendencia hacia la 'especialización' en determinadas áreas de la acción social (Salud, Infancia, violencia, etc.). A su vez de este 89%, un 56% ha sustentado esta búsqueda de especialización desde una perspectiva 'sanitaria'. Es decir, a partir de las diversas propuestas efectuadas por el Campo de la Salud. Sólo el 11%, se refiere a la Formación Profesional desde una perspectiva más amplia e integral basada en el Campo Disciplinar propio.

En un gran porcentaje, los Trabajadores Sociales hemos favorecido la búsqueda hacia una 'especialización' en diversas temáticas -incluso en el marco propuesto por otras disciplinas-, por lo que resulta necesario comenzar a construir una teoría social que direcciona la intervención profesional.

Ello depende fundamentalmente de:

Proyecto Académico Integral:

- Revisar las currículas de las Escuelas de Trabajo Social, que implica un **Proyecto Académico Integral**⁵⁸, el cual requiere de una revisión y evaluación permanentes tendientes a la actualización y al desarrollo de la especificidad."En este sentido la academia tiene la responsabilidad no sólo de producir cierta oferta de profesionales, sino de proponer un tipo de profesional acorde con la identificación de la demanda social que resulta del desarrollo de sus funciones de investigación sobre la realidad nacional y sus perspectivas de desarrollo."⁵⁹

Formación Profesional:

Considero oportuno en este punto, abrir un paréntesis dado que si bien entiendo a la formación profesional como un proceso permanente e inacabado, habitualmente aparece más relacionado a la formación de los futuros profesionales en el ámbito universitario.

Es por ello que hago referencia a la capacitación como instancia de **actualización profesional**. Espacios éstos, que no debieran quedar reducidos a jornadas y congresos -que si bien hacen a la formación y favorecen el intercambio-, constituyen asimismo opciones eventuales y esporádicas.

⁵⁸ Acá me refiero a lo conceptualizado por García Salord: "La implementación de esta perspectiva supone además el desarrollo de una serie de acciones en relación con la actualización y formación docente y con la convocatoria y agrupación de los profesionales en ejercicio, así como también la incorporación de los académicos al proceso de reflexión y elaboración desarrollados a nivel nacional e internacional por el gremio. El cambio curricular implica entonces el concepto de, un PROYECTO ADADEMICO INTEGRAL Ídem 40, Pág. 141.-

⁵⁹ Ídem 40, Pág., 140.-

En virtud de ello, surge la necesidad de instrumentar espacios sistemáticos que atraviesen el ejercicio cotidiano y que trasciendan la opción personal-individual, promoviendo **grupos de estudio y espacios de supervisión** de la práctica profesional; dado que estos ámbitos resultan hoy, indispensables al momento de proponer una práctica crítica y reflexiva sustentada en la actualización teórico-metodológica; ético-política e instrumental-operativa. No obstante, este tema será desarrollado con mayor detenimiento, más adelante.

La Investigación:

- Propender a la investigación como fuente en la producción de conocimiento, en tanto construcción de un saber autónomo y específico, lo cual constituye al mismo tiempo, un aporte a la comprensión de lo social.
- Avanzar en la producción de conocimientos, que se logra a través de incorporar a la **investigación**⁶⁰ *“como instrumento para llegar a mejorar los niveles de interpretación-intervención (es decir de investigación inmediata) y de producción de conocimientos (investigación mediata), cuyo resultado será absorbido rápidamente en los servicios donde trabajamos”*⁶¹

De ello surge la necesidad de reconocer a la investigación como elemento constitutivo del saber- hacer-conocer del Trabajo Social, en tanto constituye una dimensión constructora, que posibilita trascender los ‘préstamos’ de otras disciplinas y el direccionamiento externo que – en ocasiones- encauza la práctica profesional produciendo desviaciones con respecto a las incumbencias y misión profesionales.

Tal y como expresa Vélez Restrepo (2003:138): *“La formación en investigación no es un asunto exclusivo de los académicos, ella compromete a la profesión como un todo orgánico para que la producción de conocimientos –sobre las dinámicas sociales, donde*

⁶⁰ Rivello propone una ‘aproximación’ al concepto de **investigación** diciendo que: “es un estudio sistemático, controlado, reflexivo y crítico sobre las supuestas relaciones que existen sobre los fenómenos (...) Es un momento metodológico consistente en descubrir un problema. Por eso se habla de “aporía”, que viene del latín ‘aporisma’, es decir dificultad de paso, de hallar el camino.” Rivello, Beatriz: “Acerca de la relación entre Trabajo Social e Investigación”. Trabajo presentado en II Jornadas de Trabajo Social e Investigación en EDSS, Universidad de Morón, Argentina, 1999.- Pág. 4 y 5 , respectivamente.

⁶¹ Ídem 60, Pág. 3

cotidianamente actúan los(as) Trabajadores(as) Sociales, y sobre los aspectos operativos de la misma- constituya uno de los ejes definitorias del ejercicio profesional.”⁶²

Sustentos Teórico-Methodológicos:

Analizar críticamente los **sustentos teórico-metodológicos y ético-políticos** que subyacen al interior del colectivo profesional y en particular en cada actuación/intervención de los trabajadores sociales.

Como hemos venido sosteniendo, tras nuestros modos de actuar, subyacen modos de pensar y de ver, que le otorgan sentido y direccionalidad al hacer.

La complejidad y ambigüedad imperantes en la actualidad nos exigen replantearnos acerca de la Metodología⁶³, abandonando las visiones parcializadas y anacrónicas que le otorgan un cariz meramente operativo.

De hecho, ello se constituye en uno de los obstáculos epistemológicos que se inscribieron fuertemente en la tradición profesional. Históricamente el Trabajo Social estuvo signado por un hacer que se hallaba direccionado y construido desde la externalidad.

Trascender estas dicotomías y ambigüedades, implica abandonar las concepciones reduccionistas, instrumentales e irreflexivas, en pro de una actitud científica en donde el saber y el hacer interactúan permanentemente como elementos indispensables y constitutivos de toda acción profesional, que debe conducirse y sustentarse desde y en la especificidad, incumbencias, misión social y ética profesional.

“Resignificar el papel de la teoría en la comprensión compleja de lo social –teniendo en cuenta la articulación orgánica que ella establece con la metodología, como depositaria de concepciones y

⁶² Vélez Restrepo, Olga L.: “Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas” Ed. Espacio. Bs. As. .Argentina.. 2003. Pág., 138.-

⁶³ **Metodología:** “Se refiere al estudio de los métodos como objeto de conocimiento. Trataría más bien la Teoría de los Métodos que ordenan la operaciones cognitivas y prácticas, en la acción racional profesional.” Boris Lima: “Epistemología del Trabajo Social.” Ed. Hvmantitas. Bs. As. Argentina, 1989, Págs. 14 y 15.

A su vez Taylor y Bogdan señalan lo siguiente: “El término Metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas.” Taylor y Bogdan: “Métodos Cualitativos de Investigación.” Ed. Paidós. Bs. As. Argentina, 1992, Pág 15.

visiones desde las cuales se perfilan procedimientos, lógicas y caminos- implica trascender la concepción instrumental y operativa que algunas veces se tiene sobre lo metodológico. Asumir una vigilancia epistemológica y una actitud crítica que permitan analizar las implicaciones prácticas que determinadas nociones, concepciones y rutinas le imponen al accionar profesional, es urgente.”⁶⁴

Las rupturas con estas modalidades conservadoras de la **actuación profesional**⁶⁵ conllevan a revisar las implicancias epistemológicas que a través de los diferentes espacios-tiempos han ido moldeando nuestros modos de ser-saber-hacer Trabajadores Sociales.

Realizando un recorrido histórico por el desarrollo de la profesión es posible destacar distintas **propuestas metodológicas** que han ido desde el caso individual, pasando por lo grupal, para arribar luego al trabajo social comunitario o integrado; pudiendo observarse cierto retorno a lo individual y subjetivo -aunque con algunas modificaciones- a partir de la década del noventa.

En todas ellas la preocupación parece centrarse en el área o alcance de intervención reconfigurando etapas y secuencias, pero no han logrado replantearse los sustentos teóricos-metodológicos, ético- político e instrumental-operativo que promuevan concepciones más amplias, flexibles e integradoras.

De hecho estas concepciones reduccionistas no resultan adecuadas ni precisas, dado que conllevan a una actuación preestablecida y estandarizada en virtud de lo cual no resulta posible un encuentro con lo real, por lo tanto aparecen como pobres y desacertadas.

“Para que la Metodología del Trabajo Social sea vigente y pertinente en el momento actual debe contextualizarse y asumirse como un proceso dinamizador dotado de una reflexividad que actúe en la consolidación de propuestas posibilitadoras de la

⁶⁴ Ídem 62, Pág., 5

⁶⁵ El concepto de **Actuación Profesional** es tomado de lo desarrollado por Vélez Restrepo quien sugiere esta expresión para reemplazar el término de Intervención y al respecto dice: “Entendiendo la misma como el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hacen posible. El carácter simbólico –o la capacidad de representación- y la finalidad, orientación o intencionalidad definen el sentido de la acción.” Ídem 62, Pág. 54.-

construcción del conocimiento social, de la especificidad profesional y de los sujetos o situaciones sociales con las cuales interactúa.”⁶⁶

Metodología y Método:

A los efectos de precisar algunas conceptualizaciones considero oportuno establecer una diferenciación entre Metodología y Método:

“La Metodología se ocupa de los supuestos y modos particulares de aprehensión de la realidad compartidos por una comunidad académica, científica o profesional que conforme a unos objetos y objetivos comunes constituyen el “corpus” de la actuación. (...) la metodología da cuenta de lo esencial de la acción capturando, como la retina lo hace, la policromía de tonos y matices presentes en los diferentes enfoques y propuestas de la actuación profesional.”⁶⁷

La perspectiva teórica que la sustenta es la que direcciona y orienta el proceso de intervención; de allí que construye el objeto según la concepción que adopte.

Un ejemplo que amerita señalarse es el caso de un Trabajador Social en Salud, con una perspectiva teórica atravesada por la medicalización: su actuación estará dirigida a considerar a la persona solo como: ‘enfermo’ y no, holística e integralmente; por lo tanto también seleccionará desde esa concepción, las técnicas e instrumentos para la ‘valoración’, interpretación y tratamiento de la situación problema objeto de abordaje.

De ello surge con claridad, la necesidad de revisar las matrices teórico-filosóficas a través de una actualización permanente, que sólo es posible a partir del análisis e interrelación entre estos soportes y el contexto en el cual hemos de intervenir. Es a partir del encuentro entre ambas dimensiones con el aporte de la ética, que resulta viable clarificar el sentido y dirección de la actuación-intervención profesional.

“El Método como concreción de la Metodología es una forma particular de la actuación profesional. (...)El Método es un recurso analítico y operativo con que cuenta el Trabajo Social para enfrentar

⁶⁶ Ídem 62, Pág. 54.-

⁶⁷ Ídem 62, Pág. 59.-

de manera racional los problemas propios del ejercicio profesional."⁶⁸

El Trabajador Social no es un técnico/auxiliar provisto de un 'recetario' de interpretaciones, intervenciones y estrategias operativas que pueda aplicar en cualquier oportunidad, en forma mecanicista. Al contrario, necesita desarrollar todo un proceso de conocimiento, reflexión y análisis para 'construir' con los sujetos que atraviesan situaciones adversas, las posibles alternativas de solución.

Asimismo el proceso de desarrollo de la intervención/actuación profesional, requiere de una acción coordinada y coherente con la perspectiva teórica, conjugando los distintos momentos en tanto componentes del método profesional.

José Lucena Dantas (1971) nos decía en el documento de 'Teresópolis': *"El problema metodológico en el ámbito de las profesiones se refiere fundamentalmente al orden que se debe seguir, en las operaciones y procedimientos lógicos y prácticos, para obtener los resultados de modificación de situaciones reales."*⁶⁹

La designación de componentes postula una perspectiva que posibilita trascender la idea de fases que orientan a una actuación esquemática y pautada centrada más en las formas, que en la calidad y sentido de la actuación.

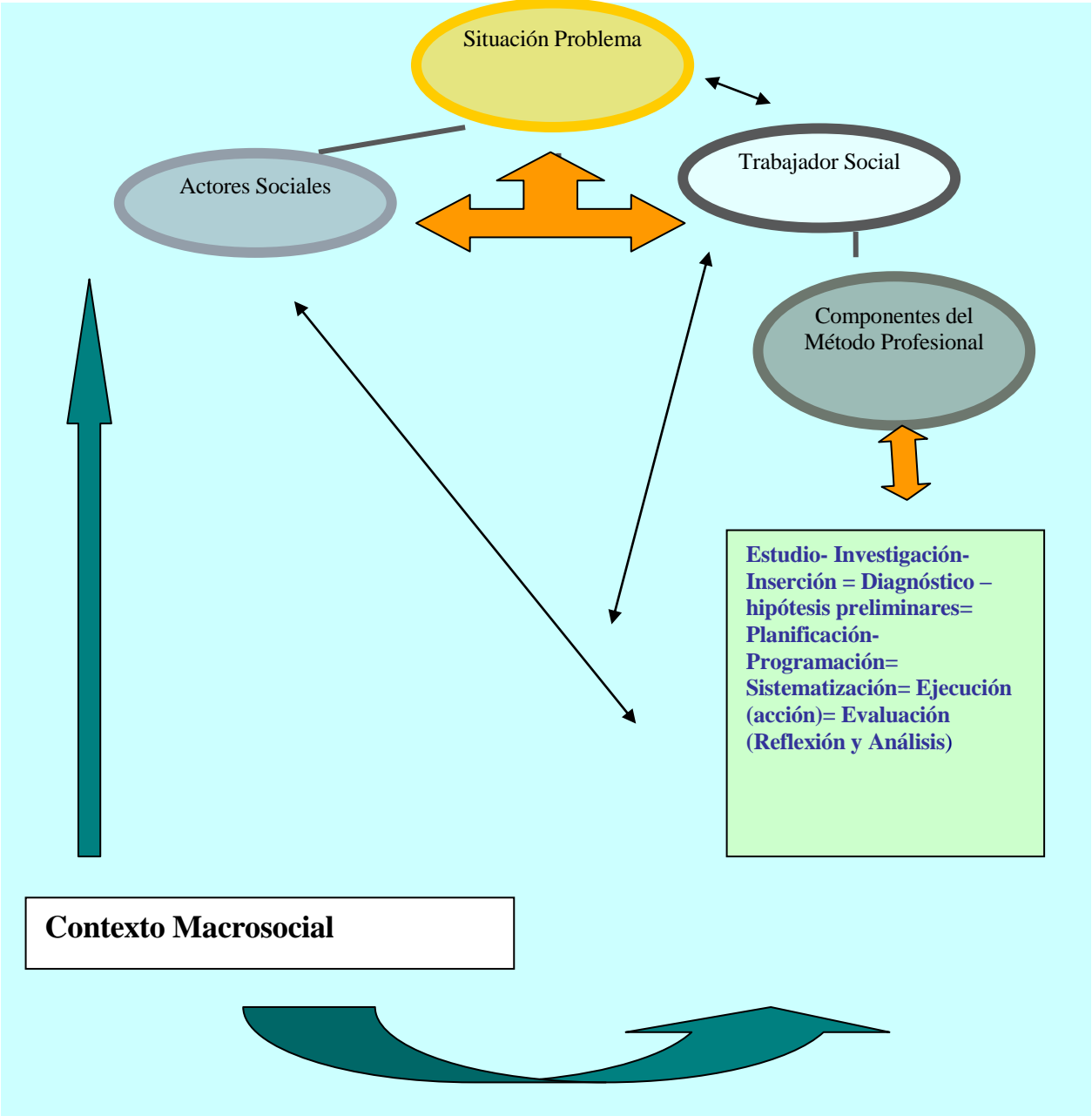
El método así entendido posibilita conocer la realidad a partir de una interacción dinámica y constante, favoreciendo una práctica crítico-reflexiva y flexible en diálogo permanente con la realidad.

(Ver gráfico adjunto)

⁶⁸ Ídem 62, Págs. 60 y 61, respectivamente.

⁶⁹ Dantas, José Lucena: "La teoría metodológica del Servicio Social. Un abordaje sistemático en Metodología del Servicio Social." En: "Documento de Teresópolis". Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina. 1971. Pág. 73.

Componentes del Método Profesional



Estos momentos de la actuación en su condición de componentes no son lineales, sino que se interrelacionan y desarrollan en un constante movimiento y dinamismo entre sí y con los actores sociales – individuales y/o colectivos- que se hallan involucrados.

A partir de lo conceptualizado hasta aquí, es posible recuperar la dimensión de la reflexividad en el quehacer, trascendiendo las visiones tradicionales erráticas direccionadas hacia la búsqueda de recetas, a través procedimientos formales y cerrados. La realidad actual, nos exige interpelar los supuestos y certezas de los que partimos, abriendo interrogaciones a partir de la situación particular y singular que debemos afrontar en el devenir cotidiano, que se inscribe siempre en un contexto global más amplio.

Modelos de Actuación Profesional

Primeramente considero conveniente detenerme en la noción de ‘modelo’ que etimológicamente Significa: *“Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo”*⁷⁰

Por otra parte Carballada (2007) desarrolla un aporte sumamente interesante pues logra incorporar este concepto a la práctica profesional: *“El término ‘modelo’ también puede ser concebido como una noción que designa ‘un esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad. Por otro lado, al modelo es posible definirlo como imagen o representación, de un sistema, proceso, organismo, fenómeno artefacto, sociedad o ente de cualquier clase, material o abstracto. A su vez un modelo de práctica profesional constituye una construcción simbólica cuyos principales objetivos son el conocimiento y transformación del objeto que modeliza. (...) Desde lo metodológico, la noción de modelo implica trabajar en la construcción de hipótesis, en principio relacionadas con las características más relevantes de los problemas. En este aspecto, las hipótesis son conjeturas provisorias que pueden ser comprobadas o refutadas, circunstancia que daría más dinamismo a la perspectiva de análisis que se plantea.”*⁷¹

⁷⁰ Real Academia Española: “diccionario de la Lengua Española” Ed. Espasa, Reimpreso por Ed. Planeta, Vigésima segunda Edición. 2004, Bs., As, Argentina, 2004. Pág: 1519.

⁷¹ Carballada, Alfredo Juan M; Barberena, Mariano y Otros: “Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación.” – Revista Margen N° 20- en: Carballada, Alfredo: “Escuchar las Prácticas.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2007. Pág. 41

La instrumentación-aplicación de uno u otro ‘modelo’ responde a corrientes o escuelas de pensamiento que ‘marcan’ –u orientan- una forma de actuar.

Vélez Restrepo (2003)⁷² realiza una reseña (a partir de Payne, M.:1998) de los diferentes modelos de actuación profesional que a lo largo de la historia del Trabajo Social se han ido desarrollando, los cuales pueden sintetizarse en las siguientes categorías:

“Tradicional”: Se basan en posturas psicologistas, conductista, y psicodinámicas, dirigidas a “corregir” las disfunciones detectadas en la conducta, estos se rigen a partir de la lógica formal a través de la implementación de instrumentos probatorios y de diferentes procedimientos rígidos y preestablecidos, que se sustentan en la concepción positivista.

“Crítico o de Naturaleza Radical”: Estos surgen a partir de la Reconceptualización y se sustentan en las teorías marxistas y estructuralistas y si bien reivindican la participación comunitaria, la naturaleza radical a que se refiere la autora, responde a un exceso de ideologización a partir del cual se postula la concientización de la población, al mismo tiempo que promueve la demonización de las instituciones, postulados que se erigen como alternativas unívocas e irrevocables. Si bien estos modelos lograron generar aportes más amplios y novedosos que posibilitaron cierta ruptura con los modelos tradicionales de corte positivista, su rigidez sustentada en una ideología populista obstaculizó un análisis reflexivo de la acción propuesta, que no logró adecuarse a la realidad social. El fracaso de este modelo, radica justamente en la autoargumentación del marco ideológico que lo sustenta desvirtuando así, el verdadero sentido y fundamento de la intervención profesional, en tanto defensa de la dignidad humana y promoción de la ciudadanía, respetando las diversidades culturales e ideológicas de los actores sociales con los cuales se interactúa.

“Contemporáneos”: En ellos coinciden un conjunto de propuestas que centran su interés en las interacciones de las personas con su entorno social, sustentadas en enfoques integrales, holísticos y globales. La autora distingue al interior del mismo, distintas modalidades las cuales en su gran mayoría (exceptuando los modelos de sistemas) se encuentran en desarrollo. En esta categoría se destacan diferentes

⁷² La mencionada autora realiza el desarrollo del tema a partir de Payne, Malcon: “Teorías Contemporáneas del Trabajo Social.” -1998-

enfoques como la fenomenología, la teoría de la acción comunicativa, el construccionismo, la hermenéutica y la cibernética de segundo orden. *“Son modelos dinámicos, abiertos, flexibles, y como tales están en proceso de permanente de desconstrucción y construcción; su aplicación está atravesada por la dimensión individual y colectiva estableciendo un sano equilibrio entre ambas, y hacen parte de su caja de herramientas técnicas interactivas como la observación, el taller, la entrevista y los grupos de discusión, entre otras.”*⁷³

“Modelos de Sistemas”: Este surge de la teoría general de los sistemas con mayor auge en la década del ’70. Al interior de este se distinguen dos modalidades características: la general, de corte terapéutico y la ecológica de enfoque comunitario orientada a la prevención, promoción, orientación y evaluación dirigida al trabajo ambiental. Estos conforman modelos funcionales e interactivos que trascienden las explicaciones lineales tomando como eje fundamental de análisis las interacciones e interrelaciones que los sujetos establecen con su entorno.

“Modelo Sistémico General o Social”: Este es versátil, dinámico y se caracteriza por reconocer las limitaciones del conocimiento, en virtud de lo cual ha ido incorporando modificaciones en las últimas décadas. Este postula el trabajo en redes, trascender las cuestiones visibles y reproductivas, una articulación dinámica y holística de los actores intervinientes, considera a la realidad como un aspecto dinámico en constante interacción con las situaciones que requieren de la intervención y propone superar la dicotomía entre teoría y práctica.

“Modelos Comunicacionales”: Estos contienen a su vez a los enfoques interaccionistas, hermenéuticos y fenomenológicos. Estos enfoques priorizan la comunicación y el lenguaje como aspectos fundamentales de la interacción humana a partir de los cuales se puede acceder a aspectos velados y o subyacentes que hacen a la singularidad, las emociones, experiencias y vivencias de los actores que consultan. Este modelo posibilita reconfigurar la interacción propuesta por los modelos tradicionales más conservadores.

“Modelos de Convergencia”: Si bien estos no se encuentran consolidados como modelos de la acción profesional, marcan alternativas a seguir postulando el respeto por las diferencias. Las propuestas y enfoques que lo sustentan son el conocimiento holístico e integrador de las disciplinas y procesos socio-culturales *“Son*

⁷³ Ídem 62, Pág. 79.-

propuestas de acción plurales, polifuncionales y humanistas que se rigen por la responsabilidad ética, la eficiencia y la calidad en la gestión y el servicio."⁷⁴

Retomando el desafío hoy pendiente a partir del cual la actuación-intervención profesional debe estar a la altura de las circunstancias, es menester apelar a modalidades metodológicas de mayor rigurosidad científica y por lo tanto más dinámicas y flexibles, a partir de las cuales la intervención no puede quedar librada a cuestiones meramente técnicas u operativas. Por tratarse de una acción profesional el acervo científico y la ética se constituyen en dos aspectos indispensables y constitutivos de la misma. En virtud de ello es que adhiero a la matriz crítico-interpretativa que se sustenta en enfoques amplios, integradores y humanísticos, al mismo tiempo que propone una lectura dinámica e interactiva de las implicancias que surgen de la interacción entre el contexto social más amplio y las situaciones microsociales que abordamos a diario y la incidencia de aspectos culturales, económicos, políticos, geográficos y sociales, en ellas. No se trata de una lectura lineal y anacrónica, sino que integra la dimensión de historicidad en tanto trayecto o perspectiva, favoreciendo una comprensión más amplia e integral. Este enfoque posibilita asimismo avanzar más allá de una visión concreta y reproductiva abarcando el ámbito de lo simbólico, atendiendo a las construcciones discursivas que confluyen en el campo problemático de la actuación profesional.

Este soporte teórico-metodológico recupera la dimensión cognitiva del quehacer profesional a través de la investigación, favoreciendo la utilización de técnicas cualitativas e interactivas que hacen hincapié en los aspectos intersubjetivos, culturales y cotidianos de la práctica profesional y en la reflexión ética en tanto instancia de elucidación y legitimación.

No obstante ello, toda metodología es falible y perfectible en virtud de lo cual considero que tanto la **supervisión**⁷⁵ como la **sistematización**⁷⁶ constituyen herramientas fundamentales a incorporar en la práctica

⁷⁴ Ídem 62, Pág. 82.-

⁷⁵ “**La supervisión** como proceso de análisis sobre la intervención, es una re-visión, también de la “trayectoria” de la práctica desde una perspectiva reflexiva. (...) De ahí que la supervisión también sugiera e involucre la visualización de los distintos marcos conceptuales, representaciones sociales e inscripciones que hacen a la práctica misma desde su devenir histórico y sus manifestaciones en el presente.” Ídem 71, Pág. 16.-

⁷⁶ “**La sistematización** es una modalidad de investigación cualitativa y como tal soporta a la producción de conocimiento sobre las realidades específicas donde se realiza “la acción profesional”, visibilizando a los sujetos inmersos en dichas prácticas y develando sus lógicas y modos de construcción de la realidad.” Ídem 62, Pág. 63.-

profesional favoreciendo la revisión e interrogación de la misma y viabilizando la búsqueda y producción de conocimientos. Ello posibilita asimismo afianzar nuestro posicionamiento a través de construcciones propias en tanto conceptualizaciones de los problemas que abordamos a diario, clarificando y diseñando los objetivos y misiones profesionales propuestas en cada actuación/intervención.

Los espacios de discusión y análisis que pueden observarse durante este último tiempo, posiblemente encuentren relación con el nuevo escenario político y social que se viene gestando.

No obstante ello, resulta indispensable repensar nuestros lugares y los papeles asignados y asumidos en ellos. Ello conlleva a analizar, aunque brevemente qué entendemos por Rol.

- **El Rol en relación con el Campo Institucional: concepciones, expectativas y contradicciones**

¿Cuál es el rol asignado y asumido en el campo de la salud?

El rol entendido a modo general, como el “papel a desarrollar” o “función”, amerita en este punto algunas consideraciones que posibiliten una mayor comprensión.

En este punto considero oportuno aclarar que el rol, es considerado en esta instancia en tanto dimensión nominal y/o ideal.

En tanto papel: *“Es el conjunto de normas y expectativas que convergen en un individuo en cuanto ocupa una posición determinada en una red más o menos estructurada de relaciones sociales o bien de un sistema social”*⁷⁷ Y en tanto Función: *“Tarea que corresponde realizar a una institución o entidad o a sus órganos o personas”*⁷⁸

El rol profesional se encuentra implicado básicamente por dos dimensiones: Una referida a la tarea asignada desde la institución o entidad en la cual se desarrolla la práctica profesional y que responderá a un fin y/o razón social; y otra, que hace al saber especializado y a las

⁷⁷ Gallino, Luciano: “Diccionario de Sociología” Ed. Siglo XXI, Bs. As. Argentina. 1983. Pág. 677.-

⁷⁸ Ídem 70. Tomo I, Pág.1098.-

incumbencias⁷⁹ de la profesión. Ambas deberían interrelacionarse, sin embargo en lo cotidiano se observa una fragmentación y falta de correspondencia entre ambas.

Remitiéndome a lo que alude Carballada (200:54), desde una perspectiva ‘teatral Isabelina’: podría decir que el Rol- Papel acá referido al Trabajador Social, pero también a los sujetos sociales, es una acción que se ejecuta con el desarrollo de un guión, dentro de un escenario cambiante.

De allí que el Rol se construye, no es estático y está en constante relación, intercambio con los otros involucrados en el escenario de la intervención profesional, en donde entran en juego las significaciones y apropiaciones que se van sedimentando a partir del quehacer cotidiano que es un hacer en interacción permanente.

La cuestión de la construcción del Rol implica aceptar que el lenguaje deja de ser un medio, ‘para pasar a ser un léxico capaz de construir tanto el yo como la realidad.’⁸⁰

Desde esta perspectiva el Rol adquiere dimensiones significativas en la intervención, en tanto construye los sujetos sociales y la interpretación que se realice desde la necesidad de acceso a la singularidad.

Algunas de las profesionales entrevistadas, nos introducen en algunas de las dificultades más recurrentes:

“Pienso que tratamos de cumplir con las incumbencias profesionales, pero a veces, se complica... (...)

Digamos que para que un médico reconozca la incumbencia de un Trabajador Social, uno tiene que tener una postura muy fuerte frente a eso, fuerte digamos teórica y profesionalmente... ”⁸¹

“...la correspondencia de nuestra práctica cotidiana, con respecto a las incumbencias profesionales, que ha sido algo difícil buscar el espacio del Trabajo Social en el contexto donde me desempeño, quizás por el desconocimiento del rol de otros profesionales... Creo que eso ya forma parte del pasado. Se hizo un esfuerzo constante para lograr insertar

⁷⁹ **Incumbencias:** Hace referencia a la Resolución 579/86, del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación Argentina. Asociación Metropolitana de Asistente Sociales y Federación Arg. de Asociaciones Prof. de S. Social. Arg. 1986 y modif. De 1995.-

⁸⁰ Carballada, Alfredo Juan M., en: Ídem 37, Pág. 55

⁸¹ Ídem 35.-

una mirada social (...) Ahora si nos quedamos con lo que tiene que ver más que nada con los programas, te diría que es muy pobre la tarea y ahí ya no hay tanta correspondencia porque es más que nada, tarea administrativa.”⁸²

“En todos los programas figura el Trabajador Social, pero después en la práctica es como que bueno, la hegemonía es la parte médica y cuando... concreta, del síntoma o de la enfermedad en sí y no, los otros aspectos que hacen a la prevención y a la promoción.”⁸³

Con frecuencia, es posible observar que los mandatos institucionales, no tan sólo no coinciden con nuestras incumbencias, sino que impactan fuertemente contra ellas. “Por lo que la intervención profesional- en el ámbito institucional - se compone de un alto porcentaje de FORMAS DE INTERVENCION NO SISTEMATIZADAS COMO TALES y que no forman parte del saber especializado.”⁸⁴

MCRS: “... no es solamente acá que pasa esto... **que se tienen que dedicar absolutamente a la tarea administrativa...” “...cuando realmente hay trabajo para que se dediquen al trabajo para el cual fueron formados a nivel profesional.”⁸⁵*

El entrevistado, pone de manifiesto que la tarea desarrollada –la cual queda expresada como obligación- no presenta correspondencia con la formación profesional, podría inferirse entonces, que la práctica no evidencia –a su entender- un nivel o categoría especializados.

De esta forma el quehacer cotidiano se desarrolla en función del marco de referencia institucional y de las significaciones que éste le adjudica al problema y al tratamiento del mismo provocando una desarticulación con el proceso metodológico específico y por lo tanto, escindiendo a la actuación de su dimensión profesional.

De hecho resulta significativo lo expresado por una colega que al respecto dice:

CTS: “Yo, creo que a lo mejor... nosotros estamos ejerciendo, no ejerciendo... yo, por ejemplo **no creo que esté ejerciendo bien el rol de la profesión y me tendría que dedicar... (...) **Y el rol tiene que ver a***

⁸² Ídem 54.-

⁸³ Ídem 29.-

⁸⁴ Ídem 40, Pág. 46

⁸⁵ Entrevista a Informante Clave Médico Coordinador de Región Sanitaria. Octubre de 2007.-

veces, con el mandato institucional. Es como que uno se tiene que enmarcar y situar donde está parado, como para... ¿no?”⁸⁶

Las primeras expresiones de la colega encuentran coincidencia con las anteriores, dando cuenta de cierto desencuentro entre lo que debiera ser y lo que es su rol, en la realidad. A continuación, surge cierta ambigüedad con respecto al reconocimiento y definición de la relación existente entre el rol y el ámbito institucional.

De hecho siempre que nos encontremos en relación de dependencia, estaremos implicados y atravesados por determinadas exigencias institucionales. Tener presente y clarificar los condicionamientos, posibilidades y afectaciones que producen en nuestra actuación cotidiana las instituciones en las cuales nos desempeñamos, resulta indispensable a los efectos de lo enunciado por la colega en relación a situarse, en tanto posibilita la definición de un ámbito singular, el “papel” y lugar asignado asumido dentro del mismo.

Si bien nuestra actividad profesional se encuentra atravesada por objetivos externos (pautados por las instituciones y/o los actores con los cuales se interviene), resulta indispensable asimismo, la elaboración de objetivos específicos propios, que hacen la metodología de la profesión. De las opiniones recogidas en entrevistas exploratorias y focalizadas – citadas precedentemente- puede inferirse que la especificidad profesional se desdibuja en las exigencias institucionales y la dependencia laboral se trastoca en una relación indiscriminada que implica una dependencia funcional donde todo ha sido pensado e ideado y desde nuestro lugar, sólo nos resta ‘operar’, ‘actuar’, de un modo también, preestablecido.

De hecho, García Salord (1991:18-19) destaca como elementos constitutivos de la especificidad a: *LOS SUJETOS SOCIALES, EL OBJETO DE INTERVENCIÓN Y EL MARCO DE REFERENCIA* y en relación a éste último agrega: “El marco de referencia es la fundamentación de la intervención y en él se inscriben: *LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS (...), LA FUNCIÓN SOCIAL (...), LOS PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS (...)*”⁸⁷

En relación a ello, las palabras de ‘Pedro’ resultan sumamente significativas:

⁸⁶ Entrevista a Informante Clave, Colega Trabajadora Social Resp del área social de Reg. Sanitaria. Octubre de 2007.-

⁸⁷ Ídem, 40 Págs. 18 y 19 respectivamente.

“Por ahí la especificidad se pierde... y porque hacemos un poco de todo ahí... un poco tapamos agujeros, es el hoy y por ahí la especificidad –para mí- del Trabajo Social tiene que ser trabajar con programas y proyectos comunitarios propios y eso, hoy por hoy no lo podemos hacer. Están los programas que vienen del Ministerio...”⁸⁸

Estas situaciones que en el devenir cotidiano se presentan como algo “natural” e “inevitable”, resultan de suma importancia dado que tienen consecuencias también, en el reconocimiento y en las significaciones de los distintos **actores sociales**⁸⁹ con respecto al trabajador social.

“...uno de los obstaculizadores son los conocimientos que todo el mundo cree tener de lo qué es lo social. (...) El intervenir o el juzgar el trabajo de la Trabajadora Social es muy cotidiano, viste!! (...) Uno se sienta y habla... y puede encauzar y posicionarse desde el punto de vista profesional, que no es una voluntaria que está haciendo cosas, está actuando desde un marco teórico, desde un quehacer profesional, desde un saber científico, entonces cuando uno se posiciona desde ahí, por ahí es un poco más fácil que los demás estén observando que una está realizando una tarea para la cual fue preparada, en un ámbito universitario...”⁹⁰

“Yo creo que en el imaginario de los demás... o sea... volvemos a esto de la especificidad, nadie sabe bien concretamente qué es lo que hacemos... porque es todo: es administrativo, es profesional, es operativo...”⁹¹

“Y... como que tienen poca idea... y está en nosotros hacerles ver que el Servicio Social tiene una impronta... es un sector mucho más amplio que por ahí como lo ven ellos (...) te demandan: ‘ubicame a la familia’... ‘Se tiene que ir porque tengo el alta y necesito la cama...’ (...) eso es lo que ellos por ahí ven... como necesidades de la parte médica... entonces bueno... está en nosotros...”⁹²

⁸⁸ Ídem 50.-

⁸⁹ Utilizamos el concepto de Actores Sociales o Sujetos Sociales para referirnos: ..” La idea de actor social no se puede separare de la idea de sujeto que es el llamamiento a la transformación del sí mismo en actor. Es yo, es esfuerzo por decir yo, sin olvidar que la vida personal está llena por un lado de libido y por el otro de papeles sociales...el sujeto es el hombre en su plena capacidad de libertad, de construir movimientos sociales, de transformar condiciones sociales...” Alain Touraine: “Crítica de la Modernidad” citado por Eroles Carlos en: Ídem 37. Pág. 162.-

⁹⁰ Ídem 35.-

⁹¹ Ídem 55.-

⁹² Ídem 49.-.

De hecho las distintas profesiones adquieren reconocimiento a partir de la tarea desarrollada, sobre todo, para aquéllos que no comparten el saber específico, de la actividad en cuestión. Es así que aún hoy, es posible observar la vinculación casi exclusiva que se establece entre nuestra práctica profesional y la administración de los recursos materiales.

*“...me mandó el médico para que usted me entregue los remedios...”
“...acá le traje los papeles”.*⁹³

Aquí, la lógica médico-institucional, se impone de manera unívoca y alienante. Es por ello que resulta indispensable revisar cada situación que se nos presenta a diario, trascendiendo la cuestión puntual y la práctica lineal y reproductiva.

A partir de ello es posible a su vez, distinguir dos dimensiones a tener en cuenta: una, que hace a la situación particular que se nos presenta; y otra, que se refiere a aspectos más amplios y estructurales que requieren ser revisados y reformulados –colectivamente- a mediano y largo plazo. De hecho, la mayor parte de los programas que nos toca “ejecutar”, son elaborados desde otras áreas y por lo tanto, conceptualizados e ideados por disciplinas ajenas al Trabajo Social. Así nuestro lugar en ellos es también, pensado y construido desde otras lógicas.

En relación a este tema, Parola (1.997: 18) realiza un señalamiento sumamente esclarecedor: *“...la relación que se ha establecido históricamente entre el campo profesional, el objeto de intervención y el campo institucional del cual depende laboralmente el trabajador social, ha sido generalmente establecida en términos ambiguos. (...) la articulación realizada por el Trabajo Social entre los tres campos es inconsciente e intuitiva, lo que produce una sensación de permanente ‘tironeo’ por uno u otro campo, con escasa posibilidad de realizar una clara definición al respecto como colectivo profesional.”*⁹⁴

Abrir interrogaciones referidas a éstos **campos**⁹⁵ y esclarecer las relaciones que surgen entre la interacción e interrelación de los mismos, favorecerá a la construcción –en tanto creación con- del campo

⁹³ Juan (55 años) Registro en el Diario de Campo, Junio de 2007.-

⁹⁴ Ídem 45, Pág. 18.-

⁹⁵ **Campos** “Entendidos como: lugares donde se construyen los sentidos comunes, los lugares comunes, los sistemas de tópicos irreductibles los unos a los otros.” Bourdieu, Pierre: “Cosas dichas” Bs. As. Ed. El mamífero parlante. 1988, Pág. 32.-

problemático y por lo tanto conlleva una mayor autotomía de la intervención profesional.

Nuestro ejercicio profesional, se constituye en la evidencia que imprime una marca y desmiente en tanto se concreta cualquier argumentación, por lo tanto debe ser coherente con los marcos referenciales e incumbencias propios, que nos alcanzan.

El Ejercicio Profesional: aspecto legal

El aspecto legal del ejercicio e incumbencias profesionales, está regulado por la ley 10.751/86⁹⁶ al respecto establece, art. 2°: *A los efectos de la presente ley, considérase Ejercicio Profesional del Servicio o Trabajo Social a la actividad de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinadas a la atención de situaciones de carencia, desorganización y desintegración social que afecta a personas, grupos y comunidades y sus interrelaciones, así como la de aquéllas situaciones cuyos involucrados requieran el conocimiento y técnicas que determinen sus títulos habilitantes. La actividad profesional, por sí o en el marco de servicios institucionales y programas integrados de desarrollo social tiende al logro de una mejor calidad de vida en la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo."*

"Asimismo considerase ejercicio profesional del servicio social o trabajo social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia."

Con respecto a las incumbencias establece art. 3, apartado del inciso "b": *"Las incumbencias profesionales correspondientes a los títulos antes indicados, serán las que le otorguen las normas nacionales o provinciales respectivas, según el caso."*

Art. 5 inciso b): *"Asesoramiento en la determinación de políticas de acción social o comunitario a nivel nacional, provincial, o municipal."*

Inc. c) *"Participación en la formación, organización, conducción y administración de servicios de bienestar social, públicos o privados."*

Inc. d) *"Investigación, planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de acción social promoción comunitaria, como así también de aquellos que fueren de su específica competencia."*

⁹⁶ Ley Profesional N°: 10751/86 para los Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As.- 1986. Ley Nac. De Profesionales N°: 23377/86 Arg.

Inc. e) “Desempeño de direcciones, cargos, funciones, misiones o empleos privados o públicos de servicio social de oficio o a propuesta de parte.”

Desde el ámbito de la profesión, la presente ley establece un marco general que se refiere tanto al fin o misión profesionales, como a las actividades o prácticas que resultan de la especificidad y competencia del Trabajo Social.

En tanto el ámbito de la actividad profesional a tratar en el presente trabajo, lo constituye el campo de la salud. Dentro de éste hay que tener en cuenta otra normativa legal, es la Ley 10.471/ 1988⁹⁷ que reglamenta la carrera profesional hospitalaria en la Pcia. de Buenos Aires.

Si bien esta norma se refiere básicamente al escalafonamiento, condiciones de ingreso y contratación; derechos y obligaciones, resulta significativo lo enunciado en el Capítulo I; “de los alcances”, art. 2°: “La Carrera establecida por la presente ley abarcará las actividades destinadas a la atención médica integral del individuo por medio de la práctica de los profesionales de la salud, ejercidas a través de las acciones de fomento, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, y a programar, dirigir, controlar y evaluar las mismas.”

En este artículo, la ley se refiere a “prácticas médicas integrales” y no a prácticas integrales para la salud, de esto se infiere la persistencia de una concepción clínico-hegemónica en la profesionalización de salud, que por otro lado no logra especificar cuáles son las expectativas que se tienen en relación a otras profesiones, entre ellas las de Trabajo Social.

Esta norma no logra especificar cuáles son los aportes que la profesión puede desarrollar en el área de la salud, lo cual le otorga cierta ambigüedad en lo que hace a la actividad y misión asignadas, ambigüedad que en lo cotidiano se hace extensiva a las diferentes opiniones recogidas con respecto a las incumbencias del Trabajador Social. Acaso en este punto podría inferirse que esa indefinición se vincula en algún punto, con cierta falta de reconocimiento profesional:

“yo creo que no hay cumplimiento o incumplimiento, sino que no están planteadas desde el Ministerio de Salud,

⁹⁷ Ley 10471/88 “Reglamentación Sobre la Carrera Hospitalaria en la Provincia de Buenos Aires.”

*(...) están planteadas a nivel teórico que no condice con la práctica.
(...) uno a nivel ético trata de realizar el trabajo de acuerdo a su
experiencia y formación teórica,
pero bueno, queda mucho a criterio personal,
digamos que no está plantado las áreas específicas de cuál sería
nuestro desempeño en el equipo de salud,
no está bien planteado,
por lo menos socializado... ”⁹⁸*

*“uno a veces hace más que las incumbencias y hace menos también.
Hace más en lo práctico
y hace menos en lo que los demás piensan cuáles son las incumbencias.
O sea, es muy difícil que los demás sepan o quieran entender que uno
está capacitado para tomar un decisión. ”⁹⁹*

*“.. a veces hacés tareas que si vas a hilar fino, no te corresponderían,
pero bueno... uno para...
siempre piensa en el bienestar del paciente que viene acá por un tema
de salud... ”¹⁰⁰*

Esta falta de explicitación referida a las acciones, ingerencias y/o expectativas, marca una clara diferencia con los orígenes del Trabajo Social en salud. Por ese entonces, se encontraba claramente definido el lugar de control y luego de educador, en tanto actividad suplementaria de la medicina tradicional.

En ese sentido Estela Grassi señala:

“... las visitantes de Higiene Social debían constituirse en auxiliares médicos ocupándose... de las minucias para las cuales el médico no tiene tiempo difundiendo las normas de higiene y de prevención de enfermedades transmisibles; pero además, debiendo enseñar el orden y la economía doméstica.”¹⁰¹

Nuevamente acá surge el pensamiento positivista, matriz que dio lugar al devenir del desarrollo del Trabajo Social.

“Al principio simples enfermeras de los pobres, las Visitadoras se transforman de más en más en mensajeras de higiene no limitando sus beneficios solamente a indigentes, sino concurriendo a prevenir el

⁹⁸ Ídem 29.-

⁹⁹ Ídem 55.-

¹⁰⁰ Ídem 51.-

¹⁰¹ Grassi, Estela citada por: Rozas Pagaza, Margarita: Ídem 9,- Pág. 78 y 79.-

contagio, facilitar la marcha inteligente del tratamiento, señalar las enfermedades latentes o descuidadas, enseñar el orden, la limpieza, la higiene, la economía doméstica... ”¹⁰²

En la actualidad ya no se nos adjudican de manera expresa estas tareas, lo que da cuenta de un cambio sumamente importante y si bien es posible observar algunas contradicciones desde lo discursivo y desde la práctica, ya no se encuentran legitimadas. “En definitiva, se trata de interrogarse acerca de cómo es posible pensar las relaciones existente entre las producciones de los discursos y las prácticas sociales en términos de relaciones de poder, que en este caso se vinculan con la intervención.”¹⁰³ De hecho revisando detenidamente algunos de estos discursos surge el mensaje oculto en tanto que habilita y ordena tal o cual práctica y a su vez inhibe otras:

**TSE:* - “O sea, ¿usted también sugiere que sería necesario o conveniente algo de investigación?”¹⁰⁴

**MCSRS:* - “Totalmente, totalmente, totalmente... pero esto requiere esto... un trabajo en conjunto que esté coordinado también, con el nivel central, porque si nosotros desde la Región queremos hacer esto, no nos da el personal.
(...) Por ejemplo si ustedes se dedican a esto, se paran los expedientes...”¹⁰⁵

Este constituye un claro ejemplo de la fuerza simbólica, a partir de la cual se condiciona el quehacer cotidiano.

En las siguientes expresiones, surge claramente la imposición indirecta de no ‘parar’ los expedientes por la investigación mediata; pero además de la negación que surge en cierta forma velada, una actividad aparece -desde estas manifestaciones- como invalidante en relación a la otra. El aspecto coercitivo a partir de cierta amenaza – también solapada- está representado en la coordinación del nivel central, a la que apela el entrevistado como condición para la realización esta práctica.

¹⁰² Fundamentación en el “Proyecto de Creación del curso” citado por Alayon Norberto: “Historia del Trabajo Social en Argentina”. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. Pág. 94 y95.-

¹⁰³ Ídem 19, Pág. 15 y 16 respectivamente.

¹⁰⁴ Trabajadora Social Entrevistadora en entrevista exploratoria a Médico Coordinador de Región .Sanitaria. Octubre de 2007.-

¹⁰⁵ Ídem 85.-

Estos mandatos actuales – solapados y contradictorios- se reiteran en el devenir cotidiano e impactan sobre nuestra actuación pero esta vez, los tiempos de la urgencia y la tecnología han hecho lo suyo: las formas de control que se nos requiere se han modificado y en la actualidad son notablemente más sutiles y esto hace que con frecuencia queden invisibilizadas.

Estos aspectos que empobrecen nuestro quehacer y remiten nuestro rol profesional al libreto tácito de las instituciones, requieren ser revisados en tanto dimensión operativa y dinámica de la actuación diaria.

- **La Intervención Profesional: Implicancias, contextos, movimientos, direccionalidades, ambigüedades y contradicciones:**

El rol en tanto quehacer en un determinado campo de dependencia, adquiere en lo cotidiano y para operar dinámicamente en la realidad, una serie de implicancias básicas: el saber y el pensar (como aspectos teórico-crítico) y el actuar (procedimiento metodológico), que le otorgan otra dimensión y es en este punto en el que se constituye la intervención, que es la acción y efecto de Inter.-venir.

Realizando un primer análisis del término, tenemos que “Inter” quiere decir entre, en medio y “venir”, es moverse, llegar a quien habla. Es a partir de aquí que podemos pensar en cierto contexto, movimiento y direccionalidad de la acción profesional.

“La intervención profesional se inserta en un proceso regido por la dinámica de las instituciones o de las organizaciones formales o informales, que requieren el desarrollo o cumplimiento de funciones que pueden o no estar contempladas en metodologías específicas de Trabajo Social.”¹⁰⁶

Estos aspectos que se mencionan, dan cuenta de una mayor complejidad y requieren por lo tanto, trascender las dicotomías –entre teoría y práctica- que ofrecen las interrogaciones reduccionistas dirigidas a cuestiones exclusivamente operativas.

La Práctica Profesional Cotidiana en Instituciones de Salud

¹⁰⁶ Ídem 40, Pág.46.-

A continuación propongo revisar la práctica cotidiana en salud¹⁰⁷, apelando a los conocimientos teóricos, no en la búsqueda de recetas o soluciones concretas, sino a modo de clarificar estos ámbitos, movimientos, sentidos y relaciones que son ciertamente, contradictorios y dinámicos.

Pero acaso, resulta prioritario establecer un punto de partida. Primeramente, a partir de un conocimiento de los sujetos sociales implicados y del contexto social en el cual ha de desarrollarse esa práctica, reconocer los recursos públicos y privados y la relación de éstos con la comunidad, contribuyendo a descubrir las potencialidades de los sujetos sociales a partir de la cual se insertará dinámicamente la práctica profesional; pues generalmente se actúa en circunstancias separadas, es decir sin analizar las relaciones que las producen, transformándolo en objeto y no en sujeto. Las falencias suscitadas en relación al aspecto que se menciona, encuentran coincidencias en las opiniones recogidas al respecto:

**MCRS: “... porque están muy enfrascados
y yo lo veo no solamente en la Región
sino en todos los municipios...”¹⁰⁸*

**CTS: “... estar más en el trabajo de campo (...)
porque el hecho de estar más conectado con esa realidad,
va a hacer que vos también te puedas poner a ver y a entender
qué políticas se pueden generar y no, desde el escritorio, sino desde
esa realidad,
que no es lo mismo contada, que ir a verla...”¹⁰⁹*

Tal y como se desprende de ambas manifestaciones, desde el área social de la Región no se ha elaborado investigación y/o diagnóstico alguno de la realidad social en la cual trabajamos, la tarea desarrollada responde a lo evaluado como “necesario” por el Ministerio, en forma generalizada.

¹⁰⁷ En este punto considero oportuno aclarar, que la revisión estará centrada en las prácticas que se desarrollan desde la Región Sanitaria –en tanto organismo programático- describiendo y analizando las repercusiones de éstas en el resto de las instituciones que conforman su área de influencia. Ello posibilitará distinguir las modalidades interaccionales propuestas tanto con sus instituciones como con la comunidad misma.

¹⁰⁸ Ídem 85.

¹⁰⁹ Ídem 86.

La tarea de campo –en este ámbito institucional- es inexistente y los recursos que utilizamos diariamente, se reducen a los suministrados (en cantidad, calidad, frecuencia y condiciones) por el nivel central en los distintos momentos, conforme a lo dispuesto por la gestión de turno.

De hecho, este organismo debería sustentar su diagnóstico situacional, en los respectivos estudios realizados desde las diversas instituciones, que componen su área de influencia.

A partir del análisis de la información recolectada en Trabajadores Sociales pertenecientes a instituciones dependientes del ámbito regional, surge que sólo el 11% del universo investigado, ha realizado el correspondiente diagnóstico de situación.



En relación a ello, se estima conveniente destacar, que la experiencia observada (en lo que se refiere a la realización del Diagnóstico Situacional) es la resultante de una decisión local y por lo tanto, la información producida no es tenida en cuenta por el ámbito Regional.

De esta forma, los recursos, potencialidades, problemáticas y significaciones locales, no son tenidos en cuenta.

Las falencias referidas al desconocimiento de la realidad social desde el ámbito regional, como así también, el déficit en la adecuada interacción con las distintas instituciones y entidades sociales, generan notables dificultades en el quehacer cotidiano produciendo asimismo, un enorme desgaste.

Resulta llamativa la dificultad para traspasar los muros institucionales sobre todo, cuando aún desde los orígenes tan cuestionados, éste ha sido uno de los lugares de privilegio de la profesión, proporcionando una mirada diferente y novedosa desde la realidad cotidiana del sujeto, más allá del ámbito institucional.

Estas falencias dificultan considerablemente el diseño y elaboración de propuestas en tanto posibles vía de programación de acciones y proyectos como actividades propias del quehacer profesional, que redundaran en los niveles de prevención y asistencia debidamente planificadas.

Así, nuestra práctica se ajusta a la “realidad” tal cual es conocida y concebida por la institución (que en el caso de la Región Sanitaria tampoco tendrá una lectura propia de ésta, sino que también le viene dada).

Al referirme a las instituciones adhiero a lo que dice Faleiros: “Las instituciones sociales son organizaciones específicas de política social, aún cuando se presenten como organismos autónomos y estructurados en torno a normas y objetivos manifiestos. Ellas ocupan un espacio político en los nudos de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Son parte de la red, del tejido social implementado por las clases dominantes para atrapar el conjunto de la sociedad. (...) no son un simple fenómeno superestructural. Son organizaciones transversales a toda la sociedad. Ellas aparecen como mecanismos

reguladores de las crisis del desarrollo capitalista en todos los niveles.”
110

A partir de la siguiente conceptualización es posible evidenciar el carácter contradictorio de las instituciones, por un lado como ‘mecanismos reguladores’ pero por otro, en tanto poseen un fin o razón social que hace a su aspecto fundacional, son también aceptadas por la sociedad a la cual pertenecen. Es en este punto en el que resulta indispensable revisar aspectos referidos a la dinámica y a las modalidades operativas de las instituciones en las cuales trabajamos.

Estas falencias con respecto al posicionamiento, referida tanto a la realidad social como a la institución en la cual desarrollamos nuestra actividad profesional, dan cuenta de una importante dificultad en el inicio metodológico, al que Rozas Pagaza (1998:77 y76) llama **“Inserción”**: *“El proceso de ubicación, significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional. (...) El mismo es considerado como el primer momento metodológico que, articulado a una actitud investigativa, posibilita desarrollar un diagnóstico que explique el ¹¹¹**campo problemático.**”¹¹²*

Si bien la totalidad de la actuación profesional, se desarrolla en el ámbito institucional, no resulta claro nuestro lugar en éste.

De lo observado en mi práctica cotidiana surge que el área social se ajusta a estos lineamientos institucionales y reproduce sistemáticamente estas características en la intervención. De hecho, no existe a nivel Regional una planificación a partir de la cual se expliciten objetivos, metas y actividades requeridas al área social, sin embargo en este punto se torna significativa la “claridad” con que acatamos estos “mandatos” que ni siquiera requieren desde nosotros, algún tipo de explicitación. En este punto, resulta sumamente ilustrativo lo que sostiene al respecto Carballeda (2007:93): “La intervención en lo social se encuentra atravesada por elementos que la preceden, y que son de diversa índole. En principio los mandatos institucionales están allí antes que quien ejerce la intervención aparezca o llegue; muchas veces estos

¹¹⁰ Faleiros, Vicente de Paula: “Trabajo Social e Instituciones.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina. 1986. Pág.9.-

¹¹¹ “El objeto de intervención profesional, entendido como **campo problemático**, se constituye en el contexto de producción y reproducción de las relaciones sociales. A nivel más específico, en el contexto de las prácticas que los sujetos cotidianamente desarrollan para poder satisfacer sus necesidades. Ellas se expresan a través de situaciones problemáticas que deben ser analizadas desde una perspectiva teórica que explique la categoría de necesidades sociales en su dimensión antropológica y ontológica.” Rozas Pagaza, Margarita: Ídem 31, Pág. 72.-

¹¹² Ídem 31, Págs. 77 y 76.-

“mandatos se transforman en normativas, reglamentos o formas de hacer que deviene de determinada aplicación de usos y prácticas, rutinas, etc. que esencialmente sostienen a la institución como tal.”¹¹³

Podría decirse entonces que éstos, se han ido estableciendo a través de cierta tradición que se encuentra vinculada a nuestros orígenes en este campo y los cuales en algún momento, le dieron sentido a nuestra profesión. *“Por un lado, la presencia de la INSTITUCION, de la cual se depende laboralmente, fue el elemento que permitió oficializar la profesión, en sus inicios; otorgándole el rango de tal a través de los títulos académicos, que autorizan al trabajador social a ejercer una cuota de poder simbólico distribuido por ese título, pero a cambio se le pidió una dependencia institucional casi incondicional.”*¹¹⁴

Empero toda intervención se encuentra implicada por tres aspectos fundamentales:

- La persona que demanda, en relación con las necesidades a partir de su cotidianeidad.
- La institución a la cual se dirige y orienta su demanda, cuya misión fundacional hace a la razón de ser de la misma.
- El Trabajador Social con su saber especializado e idoneidad, para analizar y responder.

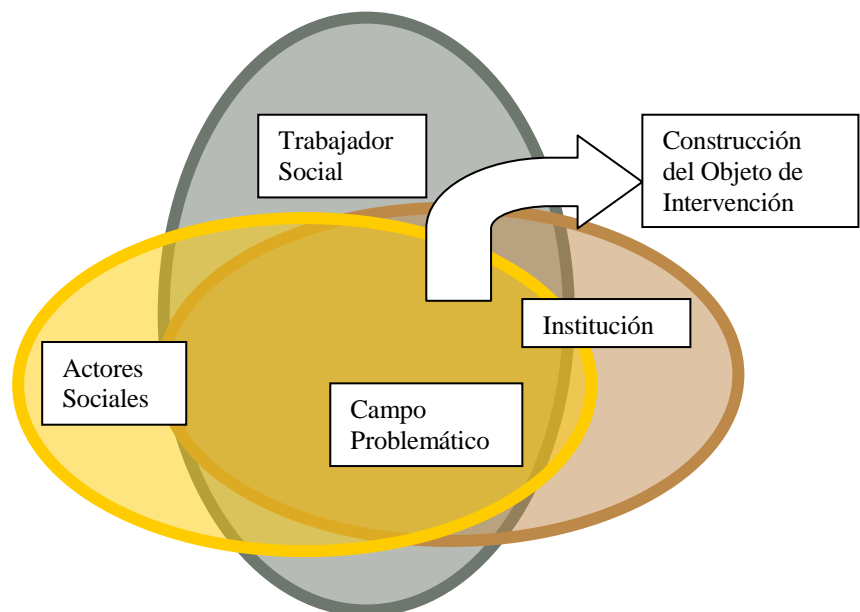
A partir de la interrelación e interacción cotidiana entre estos tres actores, se construye el objeto de intervención, es decir el sobre qué actuar.

*“..el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social, explicitada a partir de múltiples necesidades. (...) La comprensión de la relación estructura y acción permite al Trabajador Social explicar de manera precisa el contexto de su objeto de intervención y la racionalidad de saberes de los actores sociales con los cuales desempeña su hacer profesional.”*¹¹⁵

¹¹³ Ídem 71, Pág. 93.-

¹¹⁴ Ídem 45, Pág. 19.-

¹¹⁵ Rozas Pagaza, Margarita: “La Intervención en Trabajo Social: Propuesta Metodológica.” Ed Docencia. Bs. As. Argentina, 1994. Págs. 122 y129, respectivamente.



Los Tres Actores que se implican en la Intervención Profesional reconfigurando el Campo problemático.

Cuestiones en torno al Objeto de Intervención en el ámbito de la Región Sanitaria

Desde el ámbito de la Región Sanitaria, las respectivas ofertas institucionales atravesadas por una serie de demandas –en tanto requisitos “indispensables”- se erigen como la condición a priori para el acceso a cualquier prestación o servicio, de este modo:

“El modelo (...) nos coloca en el lugar de expertos habilitados para clasificar a las personas” Aquin (1996: III)¹¹⁶ controlando y certificando desde nuestra labor profesional, si merecen o no, ser atendidos y proporcionados los escasos recursos.

Por ejemplo ante la solicitud de medicamentos, se exigen una serie de requerimientos necesarios para la elaboración de un expediente el cual deberá constar de: resumen de historia clínica, encuesta social, prescripción del o los medicamentos, indicación del esquema farmacoterapéutico, copias de estudios que avalen el diagnóstico, planilla de reempadronamiento (a partir de la cual se autoriza a un tercero a retirar la medicación y se realiza la inscripción en el padrón del

¹¹⁶ Ítem 1, Pág III (dossier).-

ministerio) y certificación del ANSES y de IOMA (que den cuenta de que el solicitante “carece” de beneficios y/o cobertura sociales).

Desde el Área Social de la Región se orienta a la persona en relación a los requisitos necesarios y una vez recepcionada la documentación –que en su mayoría es remitida desde los distintos servicios sociales- se evalúa el adecuado cumplimiento para su remisión al ministerio.

Desde nuestro lugar hacemos cumplir fielmente las demandas institucionales y a su vez nos constituimos en los portavoces de éstas. Pero ¿qué sucede con la persona? Es “paciente”, y por lo tanto deberá esperar un plazo de por lo menos dos meses. De esta manera, el objeto de intervención queda invisibilizado, confundido con el objeto de la demanda.

Por lo tanto se actúa a partir y en función de una edificación homogénea del orden institucional: el recurso para cubrir una carencia. Esta simplificación constituye una reducción y empobrecimiento implacable del ejercicio profesional.

La misión fundacional de las instituciones sanitarias, es la de garantizar el derecho a la salud, sin embargo la “respuesta” inicial a los fines operativos, tal y como puede observarse es una contrademanda que no interroga, que exige, tensiona y que responde de manera arbitraria con “lo que tiene”, conforme a los tiempos presupuestarios y por lo tanto, se aleja de ese fin.

En este punto puede observarse cómo la direccionalidad de la intervención queda desvirtuada y se encauza en el trayecto de la desviación institucional, al respecto Etkin dice: *“ En la dinámica de las instituciones sociales puede ocurrir que ciertos grupos de ciudadanos y sectores de la comunidad resulten agredidos en sus ideas, destruidas sus relaciones y propiedades debido al desplazamiento en la razón de ser y en las misiones de las organizaciones con las cuales dichos actores sociales interactúan. Ocurre como si los integrantes se encontraran en una institución equivocada aunque mantenga los signos externos de su misión originaria.”*¹¹⁷

Algo de ello, puede observarse en las siguientes expresiones:

¹¹⁷ Etkin, Jorge: “La Doble Moral en las Organizaciones: Los sistemas perversos y la Corrupción Institucionalizada” Ed. McGrawHill/INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.A.U. Madrid, España, 1993. Pág. 245

“... pasa que a mí me entregaron dos ampollas y eran tres... sino tengo las tres, no puedo comenzar el tratamiento...”¹¹⁸

En este caso la respuesta que se produce refleja claramente la lógica institucional a partir de la cual no se responde a la necesidad social del actor, sino a partir de lo que se concibe como necesario, desde la lógica hegemónica.

Así se desvirtúa incluso, el objetivo del ‘Programa de Patologías Crónicas’ de garantizar el acceso al tratamiento farmacológico de los sujetos que presenten cuadros clínicos, de tales características. Esto da cuenta de la propia contradicción en las organizaciones sanitarias, que se conducen en dirección opuesta a lo que han propuesto argumentando en los tiempos y capacidades presupuestarios su imposibilidad de cumplir y de responder.

Este círculo vicioso de dominaciones ideológicas que se materializan a través de acciones concretas se reafirma y se reitera en la incertidumbre y desconfianza de los sujetos, al mismo tiempo que ciñe las prácticas sociales.

De esta manera la intervención profesional –sesgada en su dimensión real-, parece responder básicamente a la demanda médico-institucional. En este accionar binario y mecanizado que se ajusta a las exigencias institucionales - que se han desviado asimismo de sus misiones fundacionales- se resigna el espíritu de lo social desplazando y cosificando al sujeto que demanda, como si “naturalmente” se diera cierta captura a partir de un circuito rutinario y acrítico, en el cual resulta difícil pensar, analizar, proponer y por lo tanto, salir.

Asimismo la “necesidad” que requiere de nuestra intervención es despojada de su aspecto cualitativo y por lo tanto de su carácter singular y social, quedando así, reducida a una carencia simplificada y fragmentada.

De esta forma al quedar reducidas las necesidades sociales a una simple “falta” o carencia del orden natural y entendida fuera de todo contexto político, económico, cultural, histórico etc. repercute en el sentido y ejercicio de nuestra profesión, por lo tanto coincido con Rozas en que:

“..una necesidad no es sólo una carencia sino también una suma de potencialidades humanas individuales y colectivas que hacen

¹¹⁸ Alejandro (38 años) Registro de Diario de campo 26de Junio de 2008.

posible vivir en este mundo y que van traduciéndose en un proyecto de vida. (...) Esta riqueza del concepto de necesidad aporta a los Trabajadores Sociales la posibilidad de trascender el circuito cerrado de la demanda y el recurso. Además, abre posibilidades para indagar los modos de satisfacer necesidades vinculadas con formas culturales que hacen particular a los sujetos sociales con los cuales trabajamos.”¹¹⁹

Desde la institución la situación descrita, es habitualmente aceptada y justificada, de hecho con frecuencia se suele escuchar que la realidad general (social, política e institucional) limita, empobrece, dificulta y/o condiciona la adecuada intervención profesional.

***MCRS:** *“todo lo que es burocracia administrativa, debería haber dos, tres empleados administrativos que armen todo lo que es el expediente, la burocracia, la papelería (...). Pero eso requiere este... un trabajo en conjunto que esté coordinado también con el nivel central, porque si nosotros desde la Región queremos hacer esto, no nos da el personal. (...) pero yo creo que está... que está muy limitada la tarea de ustedes, por el medio y la situación en general, o sea, yo lo veo en los hospitales inclusive, la tarea administrativa que tienen, es terrible!!!”*¹²⁰

*“... hay cosas que tendríamos que hacer, que hoy no se pueden hacer.”*¹²¹

La falta de personal y la prioridad puesta en función de la tarea administrativa que constituye el justificativo visible de cada recurso gestionado y que es asimismo una de las prioridades institucionales, se presenta como una de las argumentaciones más comunes en lo que se refiere a las limitaciones del ejercicio profesional. Por otro lado, al decir del entrevistado-, poder realizar la tarea profesional específica, requiere de un acuerdo con el nivel central, esto da cuenta de cierta resistencia al cambio, como a las repercusiones de una práctica diferente en tanto específica. A su vez una colega ratifica lo observado:

***CTS:** *“O sea, desde la Región se trabaja más con los papeles, con lo administrativo y con lo institucional, no hay un contacto directo... (...)*

¹¹⁹ Ídem 115. Pág. 130.-

¹²⁰ Ídem 85. Pág. 2.

¹²¹ Ídem 49.

es lo que a lo mejor me gustaría hacer a mí, desde hace un par de años, pero bueno, el hecho de tener recortado el... la gente... ¹²²

En este punto, surge cierta ambigüedad en tanto a la posición y al lugar en la institución por un lado, y a la finalidad de la tarea por otro, impregnada por una concepción que le otorga un carácter deshumanizante al quehacer profesional.

El estar atravesados por la tarea administrativa debería ser entendido, como un aspecto más de la práctica cotidiana y no, una actuación ‘per se’. De esta forma, la instrumentabilidad administrativa se ubica unilateralmente, en función del marco institucional.

En relación a este tema, ‘Laura’ una de las colegas entrevistadas, realiza una distinción interesante:

“.. la realidad es que también el trabajo burocrático es parte del Trabajo Social y digamos... la idea es que no se convierta tan sólo en eso, pero bueno... es un trabajo que hay que hacer...” ¹²³

Esta pérdida de sentido, da cuenta de una ruptura en la interacción que debería operar a través de la misma. Por otro lado, la práctica que resulta de nuestra competencia, especificidad y por lo tanto se encuadra en lo que constituyen nuestros deberes profesionales quedan así, librados a los deseos individuales y/o a la propia voluntad.

A estas formas de intervención profesional, García Salord (1991: 46) las denomina “**PROCESOS MEDIADORES**, en tanto facilitan o crean las condiciones para el tratamiento del problema, por parte de las instituciones, por parte de otros especialistas o por los mismos portadores del problema y no reflejan proceso de intervención completos e integrales. (...) Dichas acciones se encuentran a su vez entrelazadas a un sinfín de procedimientos administrativos, no específicos de Trabajo Social y de un acentuado carácter burocrático, pero que se depositan, en forma ‘natural’, como parte del quehacer profesional.” ¹²⁴

Poder avanzar sobre estos “Procesos Mediadores” a procesos más autónomos y constructores –en tanto específicos- requiere conceptualizar el objeto de intervención desde la propia intervención

¹²² Ídem 86.-

¹²³ Ídem 28.-

¹²⁴ Ídem 40, Pág. 46.-

trascendiendo las designaciones empírico-lineales, analizando la demanda y clarificando las características y particularidades del ámbito –institucional y social- en que se desarrolla nuestra práctica a partir de la sistematización.

Dar cuenta de lo que pensamos, de lo que vemos y de lo que sabemos y conocemos en cada intervención requiere de apelar a estrategias novedosas de negociación en donde la instrumentabilidad juega un papel de suma importancia ya que debe dar cuenta de ello.

El Lenguaje y los Conceptos: significantes y significados:

Otra de las situaciones observadas, es la dificultad para nominar algunas cuestiones, de hecho habitualmente casi por inercia y por herencia del léxico médico, denominamos a la persona que concurre al servicio: “**paciente**”; aún cuando mucho se ha dicho a modo crítico de este vocablo, que denota pasividad y que anula a la persona colocándola en la espera de padecer, de soportar y en la mera receptividad.

También se ha hablado de “**beneficiario**” y/o “**asistido**”: términos ambos, que no resultan adecuados. No podemos hablar de beneficiario en tanto la salud es un derecho para la vida de cada uno de los seres humanos, el recurso no es un bien o un valor agregado, sino un servicio que responde a una necesidad en el marco de los derechos sociales y de la justicia social.

Asistido, es una expresión rígida, lineal que responde a una concepción funcionalista y que denuncia tanta pasividad y asimetría como el primero. Si bien estas expresiones han sido y/o son utilizadas habitualmente, no son el resultado de una construcción propia sino adoptada y surge en este punto el tema de la anomia (en tanto trastorno del lenguaje) y con ésta la dificultad para definir, estableciendo una marca propia y común. El lenguaje utilizado habitualmente para transmitir o definir nuestras prácticas, resulta en algunas ocasiones pobre y desacertado; y en otras, aparece aggrainado de terminología ajena a la disciplina.

El lenguaje técnico propio y común parece resonar casi de manera exclusiva, en el nivel académico y/o literario afín a la profesión. “*De este modo “hemos dado la imagen de que esto es muy fácil”.* Los

*trabajadores sociales opinamos sobre lo social del mismo modo que todos (prácticas profesionales o no) lo hacen o pueden hacerlo.”*¹²⁵

Este “decir” también es una dimensión a revisar ya que implica dar cuenta de lo que vemos, de lo que hacemos, de lo que sabemos y de cómo pensamos y entendemos la realidad en la que actuamos.

*“Sentar las bases para la construcción de un lenguaje común, ‘normalizado’, que le permita a la profesión el establecimiento de meridianas claridades conceptuales sobre el ‘corpus’ constituyente de su esencia, es tarea primordial para avanzar en la reconfiguración teórica y filosófica del Trabajo Social.”*¹²⁶

Nuestras construcciones discursivas –a menos desde el ámbito institucional que se trata a lo largo del presente trabajo- no logran reflejar la complejidad de la intervención profesional, a partir de lo cual quede claro que la demanda no es otra cosa que una manifestación de las necesidades sociales.

Nuestro discurso parece estar alienado por los discursos médicos, institucionales y políticos que nos exigen y requieren desde otros lugares –ideológicos y simbólicos- en ocasiones contradictorios con los que hacen a las incumbencias y a los marcos ideológicos del Trabajo Social.

*“Acá atendemos todo lo que es tuberculosis...”*¹²⁷

*“...además atendemos ‘casos sociales’ –por suerte- en lo que es maternidad...”*¹²⁸

*“...entrevistas a personas que tienen poca ‘adherencia’ a los tratamientos...”*¹²⁹

Utilizar nuestra voz para dar cuenta de las significaciones que desde la vida cotidiana, los distintos actores le otorgan a las situaciones problemáticas que atraviesan, es dar cuenta de un espacio-tiempo singular y es recuperar una dimensión novedosa de alter-nativas. Acaso

¹²⁵ González Pilar: Ponencia: “Trabajo Social ¿una aventura del sentido común? XIX Jornadas Nacionales de T. S: “Trabajo Social en MERCOSUR”. Mar del Plata, Argentina, Octubre de 1997. Pág. 4

¹²⁶ Ídem 62, Pág. 55.-

¹²⁷ Ídem 50.-

¹²⁸ Ídem 35.-

¹²⁹ Ídem 55.-

poder expresar las situaciones problemáticas desde otro origen, distinto, diferente y heterogéneo.

“Los discursos acerca de lo “otro”, en términos de intervención, permanecen, de todas maneras, casi inalterables hasta el presente.”¹³⁰

La hegemonía discursiva que caracteriza al ámbito de la salud, constituye una de las lógicas que más fuertemente se ha afianzado a lo largo del tiempo. De hecho otros campos de la acción social han logrado en cierta forma renovarse por ej: en infancia; minoridad por niñez y adolescencia, en discapacidad por capacidades diferentes, etc. En cambio, basta que un ciudadano ingrese a un establecimiento sanitario, para convertirse en “**paciente**”, que deberá esperar y padecer, llegando en algunos casos a ser identificado por la enfermedad o problema de salud que presenta, “es un caso de TBC..., es un ACV, etc.”. Esta invariabilidad en los discursos, responde a formas de pensar, de conocer, de significar que no han logrado introducir cambios significativos.

Esto se hace evidente en la reifilantropización de la acción social, a partir de la cual parecen recrearse –aunque en cierta forma renovadas– concepciones y prácticas del pasado. Esta reedición que afecta a la intervención en lo social, es explicada por Carballeda (2004:174), a partir de cierta analogía entre las crisis de finales de siglo XIX y XX respectivamente, identificando en ambos procesos pérdidas y rupturas con el consiguiente impacto en la integración social.

La Dimensión Ética como Recurso:

Esta invisibilización y silenciamiento del “otro” requiere de una revisión crítica a partir de la cual podamos avanzar en construcciones de **co-relatos**, propiciando nuevas presencias en las construcciones simbólicas.

Estos ámbitos de tensiones, pujas y desencuentros en los cuales ejercemos la profesión, parecen colocarnos en un lugar de incomodidad en el cual la alternativa a favor de la accesibilidad, se limita y se torna difusa.

Esta fractura que se abre entre las instituciones y los actores sociales que las requieren, en ocasiones se nos presenta como irreconciliable.

¹³⁰ Ídem 19 Pág. 173

Así, la toma de decisiones parece sentenciar de manera inexorable una traición, según sea el sentido o dirección de la acción profesional. Es que como dice genialmente Norberto Chaves: *“Unos valores, una lógica, una conciencia, en suma un sujeto, sin correlato, ocupa hoy el puesto del dominado. La conciencia es acorralada contra una “alternativa” sin alternativas, inasumible pero obstinadamente confirmada por el círculo vicioso. El callejón sin salida aparece así como modelo de la experiencia contemporánea de la dominación ideológica: la sensación de no haber un lugar para el sujeto.”*¹³¹

Para ello, resulta indispensable –tal como se viene haciendo en los últimos años- realizar un **análisis crítico** sobre los orígenes de la disciplina y elaborar las ambigüedades constitutivas que hacen a la esencia de la profesión. De hecho este lugar de incomodidad nos ha signado históricamente.

Al reflexionar sobre los orígenes del Trabajo Social como práctica suplementaria, se me ocurre cierta analogía con “el banquete” de Platón, allí en donde ‘Sócrates’ define a Eros como un “demon”, una categoría intermedia entre los dioses y los hombres. Por ser hijo de una madre pobre como “Penía” y de “Poros” un Dios poderoso, sabio y rico, reunía en sí características de ambos: la debilidad y la pobreza ‘molesta’ de su madre mendiga y la sabiduría y riqueza (poder) de su padre.

El Trabajo Social surge como una “necesidad” del Estado para afrontar la cuestión social. De esta forma este padre poderoso, nos signó un lugar, una ‘función’ y generó en consecuencia, cierta dependencia: de hecho la incursión laboral mayoritaria de la profesión continúa siendo en el ámbito estatal.

No obstante, la evolución a partir de la profesionalización como primer hito de independencia, favoreció una serie de interrogaciones en relación a ello. La búsqueda dada por la renovación de sentidos iniciada en los últimos años, parece indicar que es necesaria cierta ruptura en lo que respecta a esa interacción, favoreciendo si se quiere, una distancia ideológica o por lo menos una reflexión crítica con estos campos de dependencia.

De hecho, en ocasiones pareciera que esa dependencia laboral se ha trastocado al punto de una relación simbiótica, que afecta la autonomía profesional, es decir aspectos del propio decir, hacer y pensar en tanto construcciones colectivas del ámbito profesional.

¹³¹ Chaves, Norberto: “Dice que el rey está desnudo” –Prólogo- en: Ídem 117..-

A continuación he tomado algunas de las expresiones textuales recogidas durante las entrevistas que ilustran al respecto:

“Me parece que cuando llegás a un lugar, a un puesto de trabajo –que de alguna manera tenés cierto poder- no tenés que faltar, me parece que te exige mucho más una capacitación, abrir otras puertas, no quedarte sólo en eso...”¹³²

“Creo que en el desempeño profesional uno tiene una ética de trabajo y en este aspecto, hablo por mí, no sé el resto... pero creo que sí, en cuanto uno dentro de su conocimiento, su formación y su responsabilidad ante el trabajo y las personas, trabaja en forma basada en los principios éticos de la profesión pero no, a nivel institucional (...) porque digamos que nuestra práctica es objeto de opiniones de otros profesionales, mientras que nosotros no opinamos de la práctica de los demás y muchas veces esas cuestiones también por los responsables del momento, digamos políticos, que también pueden sugerir determinadas modificaciones a una apreciación profesional y a veces también una descalificación o valorización, depende del criterio del político de turno (...)
Yo creo que a nivel Colegio también, muchas veces uno queda atrapado en esta falla del sistema de obras sociales: contratan todo tipo de profesionales pero no, un Trabajador Social, pero a su vez lo necesitan para determinadas gestiones y en este caso nosotras que somos del Estado, tenemos que cubrir a esa obra social cuando en realidad, tendría que estar contratando el profesional como corresponde...”¹³³

“El tema de la ética, yo... para mí, es algo muy personal... o sea, puede haber un incentivo... una ideología, todo lo que quieras, pero es muy personal (...)
Si bien hay cuestiones que son muy generales... vos tenés... hay reglas que tenemos que cumplir, hay reglas desde lo institucional, bueno... está siempre... o sea, institucionalmente, la ética es usada para la conveniencia...”¹³⁴

¹³² Ídem 30.-

¹³³ Ídem 29.-

¹³⁴ Ídem 55.-

Sin dudas poder ubicarnos en cierta instancia de discriminación y de elucidación a favor de viabilizar nuestras decisiones en la recuperación de una mayor autonomía, requiere de la reflexión ética. *“Como toda práctica humana, la del trabajador social está atravesada por la dimensión ética. Pero dada la ambigüedad constitutiva y constituyente del Trabajo Social (Alvarez-Uria), resulta crucial que tal ambigüedad no pase desapercibida en el proceso de la toma de decisiones del desempeño profesional, sobre todo cuando en nombre de la igualdad y la libertad se intenta atender la desigualdad y la opresión.”*¹³⁵

Una actuación profesional **autónoma y responsable** implica actuar por uno mismo y responder por nuestros actos. Claro que ambas características de la práctica, se dan en un contexto complejo de interacciones e interrelaciones a menudo contradictorias; en virtud de lo cual resulta indispensable desarrollar una reflexión crítica que posibilite, revisar, cuestionar, aportar, indagar a favor de una construcción propia que promueva la capacidad de clarificar las situaciones problemáticas y/o conflictivas y nuestras responsabilidades en ellas.

Esta **“capacidad”**¹³⁶ se presenta por un lado como **‘tener poder’** pero al mismo tiempo remite a un ámbito, a un espacio, en este punto podría decirse que este proceso reflexivo promueve el ejercicio de cierto poder de **propiciar un lugar**. De hecho, *“Ética, de la palabra “ethos”, en un sentido más primitivo aún, significa casa, morada, más aún, significaba la parte más íntima; el hogar mismo, el lugar del fuego (...) la ética es el hogar que podemos cargar desde adentro de nosotros mismos para vencer la intemperie de nuestra propia existencia.”*¹³⁷

De esta forma es posible pensar en la ética en términos de refugio en el que confluyen exigencias propias y exigencias del ethos modernos. Pero en tanto la modernidad postula la igualdad y la libertad, al mismo tiempo que promueve a través de la lógica del mercado condiciones de desigualdad y exclusión, esta situación se presenta ante nosotros como una situación compleja y ambigua que requiere ser clarificada para poder elegir y actuar responsablemente. En este sentido, Heler propone al recurso de la ética en términos de *“un doble movimiento complementario”* –en la deliberación para la toma de decisiones

¹³⁵ Heler, Mario: “La Toma de Decisiones Responsable en la Práctica del Trabajo Social: La Reflexión Ética como Recurso” En: Revista “Conciencia Social” Publicación de la Escuela de Trabajo Social. Universidad Nac. De Córdoba, Año 1. N°1. Diciembre de 2001. Pág. 29.-

¹³⁶ Capacidad es tomada en este punto, en términos de lo que define Heler: “tener el poder”.

¹³⁷ García Carlos Javier: Ponencia en: “Jornadas Provinciales de Trabajo Social” EDSS 13 de Diciembre del 200, Pág. 5.-

responsables y en la elucidación del sentido de la profesión-, constituye una posibilidad para poner en juego la reflexividad moderna y promover el respeto y el reconocimiento de todos los involucrados."¹³⁸

Entonces, la **reflexión ética** posibilita la interrogación sobre lo que sabemos y lo que pensamos direccionando nuestra acción profesional, al mismo tiempo que la sustenta en esta ponderación del otro y vincula los aspectos teóricos-ideológicos con el qué-hacer cotidiano. Ello a su vez, permite reivindicar la esencia y el sentido genuino de la acción profesional y posibilita reivindicar esa dimensión –a veces postergadas desde las exigencias institucionales- dado que ésta se construye y significa en una **relación de alteridad**, nuestra acción profesional requiere y necesita del otro. Así, el saber en lugar de ubicarse desde un lugar de dominio, se sitúa en un ámbito de servicio que posibilita la construcción de conocimientos, desde perspectivas más amplias a partir de un encuentro con los demás.

Todo ello a su vez favorece la vinculación entre el ejercicio cotidiano y las bases filosóficas, humanísticas y democráticas del trabajo social. De hecho el Código de Ética en su **Título I. Capítulo I. Principios, Punto 4**, establece: “El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés e ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos.”¹³⁹

Estas prácticas mecanizadas que se reiteran en lo cotidiano, dan cuenta de marcos conceptuales e ideológicos que es necesario revisar, clarificar y redefinir en la búsqueda de nuevos posicionamientos más sólidos, más autónomos en pro de una mayor integración.

Conclusiones:

Los tiempos actuales sujetos a permanentes cambios nos colocan frente a una realidad social problemática y compleja que trasciende el ámbito nacional y que exige al Trabajo Social mayor rigurosidad científica y acertividad en la intervención social. En virtud de ello resulta indispensable analizar las implicancias que el contexto social tiene en la práctica profesional.

¹³⁸ Ídem 135, Pág. 35.-

¹³⁹ Código de Ética Profesional.

El impacto de las sucesivas crisis que venimos asistiendo en los últimos treinta años, han puesto de relieve el problema de la inclusión-exclusión en su dimensión material y simbólica implicando las funciones del Estado. Todo ello, ha tornado obsoletos los modelos tradicionales y los sustentos de la intervención tal cual eran pensados y practicados hasta entonces. A pesar de ello, un gran porcentaje de Trabajadores Sociales, no hemos internalizado adecuadamente las afectaciones que las dimensiones político-ideológicas ostentadas por los sectores de poder, producen en nuestra actuación profesional.

En virtud de ello, resulta necesario revisar hacia el interior de nuestro campo de pertenencia saberes, herramientas y construcciones comunes apelando a los marcos legales, conceptuales y éticos que respaldan, habilitan y legitiman nuestro ejercicio profesional.

Hoy nos enfrentamos al desafío aún pendiente, de comenzar a construir una teoría social que dirija la intervención profesional, trascendiendo de este modo los préstamos de otras disciplinas y el direccionamiento externo que en ocasiones encauza nuestra actuación profesional; esta construcción debe fundarse en tres dimensiones fundamentales:

- La actualización permanente del diseño curricular a partir de un Proyecto Académico Integral con el cual se propicie la comprensión de los problemas estructurales de la profesión y se formen profesionales con capacidad analítica avanzando sobre los aspectos operativos y suplementarios hacia la especificidad profesional.
- Reconocer a la Investigación (en sus dos niveles) como elemento constitutivo de la actuación profesional, indispensable en la producción de un conocimiento propio y específico y en la optimización del ejercicio cotidiano promoviendo formas de intervención especializadas de mayor autonomía y competitividad.
- Reflexionar y revisar los sustentos teórico-metodológicos que fundamentan nuestra intervención. Ello conlleva a abandonar las visiones parciales reconociendo modalidades metodológicas más amplias, dinámicas y flexibles sustentadas en enfoques integrales, críticos y humanísticos reivindicando la dimensión de lo cotidiano, respaldadas en las misiones e incumbencias

profesionales. No obstante, toda metodología es falible y perfectible en virtud de lo cual resulta necesario incorporar la supervisión y sistematización de la práctica, en tanto dimensiones que favorecen una revisión y análisis permanentes de la misma.

Todo ello resulta necesario a los fines de afianzar nuestro posicionamiento en las instituciones u organizaciones que requieran de nuestra práctica.

De hecho como hemos podido observar, en el campo de salud el rol aparece ceñido a la lógica institucional, reproduciendo aspectos tradicionales y suplementarios que impactan fuertemente en nuestras incumbencias y especificidad profesionales.

Estas situaciones que en el devenir cotidiano se presentan como algo natural e inevitable, requieren ser revisadas críticamente dado que tienen consecuencias también, en el reconocimiento y en las significaciones que los distintos actores sociales tienen respecto al Trabajador Social. Es así que aún hoy, es posible observar la vinculación casi exclusiva que se establece entre nuestra práctica profesional y la administración de los recursos materiales.

Trascender las designaciones empíricas y reduccionistas de los problemas sociales conlleva a la elaboración de conceptualizaciones propias acerca del campo problemático, partiendo de un análisis de lo cotidiano que se inscribe en un contexto social más amplio logrando clarificar y diferenciar los objetivos y marcos institucionales, de los propios y específicos. Ello a su vez, implica un conocimiento de los sujetos sociales implicados y del contexto social en el cual ha de desarrollarse esta práctica: reconocer los recursos públicos y privados y la relación de éstos con la comunidad, contribuyendo a descubrir las potencialidades de los sujetos sociales a partir de la cual se insertará dinámicamente la práctica profesional., pues generalmente se actúa en forma separada es decir sin analizar las relaciones que la producen, transformándolo en objeto y no en sujeto.

Toda intervención se encuentra implicada por tres aspectos fundamentales:

- a- La persona que demanda, la relación de ésta con sus necesidades a partir de su cotidianeidad.
- b- La institución a la cual demanda cuya misión fundacional hace a la razón de ser.

c- El T Social con su saber e idoneidad para colaborar en la resolución de las situaciones-problema. Es a partir de la interrelación e interacción entre estos tres actores que se construye el objeto de intervención

Sin embargo desde el campo de la Salud, la intervención profesional, parece responder básicamente a la demanda médico-institucional; en este accionar binario y mecanizado que se ajusta a los mandatos institucionales se resigna el espíritu de lo social desplazando y cosificando al sujeto que demanda, como si naturalmente se diera una captura a partir de un circuito rutinario y acrítico, en el cual resulta difícil pensar, analizar, proponer y por lo tanto salir. Así nuestra especificidad se pierde en la instrumentabilidad administrativa a través de un nivel de actuación meramente operativo, formal y funcional.

Esta captura que oficia la lógica institucional en el campo de la salud en relación a Trabajo Social, parece recrear algunas cuestiones de nuestros orígenes en este campo. Algo de ello puede explicarse a partir de las construcciones discursivas imperantes en salud, muchas de las cuales permanecen inalterables a lo largo del tiempo, en virtud de ello, es posible inferir que sus modos de concebir y comprender a los problemas de salud tampoco han variado.

De esta forma, nos toca “ejecutar” -previo control y certificación de la pobreza- los programas que han sido pensados y contruidos desde otras áreas y disciplinas, por lo que podemos concluir en que nuestros lugares en ellos, experimenta una desviación hacia estos direccionamientos externos.

En este punto surge otra dimensión a tener en cuenta -que trasciende la situación problemática específica- esta atraviesa aspectos más amplios y estructurales que requieren ser analizados y reformulados como colectivo profesional a mediano y largo plazo.

Así, la dimensión ética se nos presenta como un recurso indispensable a los fines de una actuación profesional autónoma y responsable. Poder clarificar las demandas, contradicciones y ambigüedades que se nos presentan a diario a los Trabajadores Sociales, requiere desarrollar una reflexión crítica abriendo interrogaciones a favor de una construcción que posibilite cierta elucidación en la toma de decisiones acerca de qué-hacer, por qué, para qué, cómo y nuestras responsabilidades en ello.

La reflexión ética posibilita la interrogación sobre lo que sabemos y lo que pensamos direccionando nuestra acción profesional, al mismo tiempo que la sustenta en esa ponderación del otro y vincula los aspectos teórico-metodológicos con el hacer cotidiano, con lo instrumental-operativo.

BIBLIOGRAFIA CAP II

- AGUAYO, Cecilia: “Las Profesiones Modernas: Un dilema del conocimiento y del poder: Un análisis para y desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Argentina. 2007.
- ALAYON, Norberto: “Orígenes Trabajo Social en Argentina” Ed. Humanitas. Arg. 1972.
- -----“Historia del Trabajo Social en Argentina.” Ed. Espacio, Arg. 1978.-
- ANDER EGG, Ezequiel: “Historia del Trabajo Social.” Ed. Humanitas. Arg. 1985
- AQUÍN, Nora: “El Trabajo Social para un Nuevo Contexto”. Ponencia presentada en Jornadas Metropolitanas de Servicio Social Octubre de 1994. Publicado en: Boletín Informativo del Consejo Superior de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Año 6. Nro.19- Bs. As. Argentina. 1996.-
- -----: “La categoría y la condición de ciudadanos en el campo problemático del Trabajo Social”. Revista Miradas, publicación del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Santa Fe. Nro. 1. Noviembre de 2000. Revista “Conciencia Social”, Nueva Época. Año 1, Diciembre 2001. Publicaciones de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Córdoba. Argentina.
- BORIS, Lima: “Epistemología del Trabajo Social.” Ed. Humanitas. Arg. 1989
- BOURDIEU, Pierre: “Cosas dichas.” Ed. El mamífero parlante. Arg. 1988.
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel: “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad.” Ed. Espacio, Arg. 2004.
- ----- “El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad.” Ed. Espacio, Argentina. 2006.
- ----- “Escuchar las Prácticas: La supervisión como proceso de análisis de la intervención social.” Ed. Espacio, Arg. 2007.-
- CARBALLEDA, Alfredo, BARBERENA, Mario y OTROS: “Modelos de Intervención del T. S. en el Campo de la Salud.” En: CARBALLEDA, Alfredo Juan M. “Escuchar las Prácticas.”.
- CASTEL, Robert: “Las Metamorfosis de la Cuestión Social: Una crónica del salariado.” Ed. Paidós. Argentina. 1997.-
- CASTORIADIS, Cornelius: “La institución imaginaria de la Sociedad.” Vol I. Tusquet. Arg. 1993.
- CAZZANIGA, Susana: “Hilos y nudos: La formación, intervención y lo político en el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Argentina, 2007.-
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL.
- DANTAS, José Lucena: “La Teoría Metodológica del S.S. Un abordaje sistemático en metodología del Servicio Social.” En: “Documento de Teresópolis”. Ed. Humanitas. Arg. 1971.
- ETKIN, Jorge: “La Doble Moral en las Organizaciones: Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada.” Ed. McGrawHill/INTERAMERICANA DE ESPAÑA SAU, Madrid, España, 1993.-
- FALEIROS, Vicente de Paula: “Trabajo Social e Instituciones.” Ed. Humanitas, Arg. 1986.
- FERRATER MORA, José: “Diccionario de Filosofía”. Tomo II. Ed. sudamericana. Arg. 1965.-
- GAGNON Nicole: “Datos autobiográficos y praxis cultural. La Historia Oral: métodos y experiencias.” Edición a cargo de José M. Marinas y Cristina Santamaría. Ed Debates. Madrid, 1993.

- GALLINO, Luciano: "Diccionario de Sociología". Ed. Siglo XXI. Argentina, 1983.
- GARCÍA, Carlos Javier: Ponencia en "Jornadas Provinciales de Trabajo Social." EDSS 13 de diciembre de 2000.
- GARCÍA SALORD, Susana: "Especificidad y Rol en Trabajo Social: currículum – saber- formación." Ed. Humanitas. Argentina, 1991.-
- GONZALEZ, Pilar: Ponencia: "Trabajo Social: ¿una aventura del sentido común? XIX Jornadas Nac. De Trabajo Social, "Trabajo Social en MERCOSUR", Mar del Plata, Arg. 1997.
- GONZALEZ Cristina y NUCCI, Nelly: Enseñar a intervenir con familias: algunas reflexiones desde el Trabajo Social." En: Revista "Escenarios" Año 5, N° 9: "Formación Profesional y Realidad Social." Ed. Espacio, Argentina, 2005.-
- HELER, Mario: "La Toma de Decisiones Responsable en la Práctica del Trabajo Social: La Reflexión Ética como Recurso." En: Revista "ConCiencia Social." Publicación de la Escuela de T. S. Universidad Nac., de Córdoba. 2001.--
- LEY PROFESIONAL N°: 10751/86 para los Asistentes o Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As. 1986. Ley Nac. De profesional Nro. 23.377/86. Arg.
- LEY 10.471/88 "Reglamentación sobre la Carrera hospitalaria en la Provincia de Bs..As."
- MALLIMACI, Fortunato: "Estado y Políticas Sociales en Argentina al fin del milenio." En: VVAA: "La especificidad del T.S y la formación profesional." F.A.U.A.T.S Ed. Espacio. Arg. 1996.-
- NETTO, José Paulo: "Reflexiones en torno a la Cuestión Social." En: VVAA. "Nuevos Escenarios y Práctica Profesional: Una mirada crítica desde el T.S." Ed. Espacio. Arg. 2002.
- PAROLA, Ruth: "Aportes al saber específico del Trabajo Social." Ed. Espacio, Argentina, 1997.-
- PARRA, Gustavo: "Antimodernidad y Trabajo Social". Publicación de la Universidad Nacional de Luján. Arg. 2000.
- PARRA, Gustavo: "Los Proyectos socio-profesionales en el T.S argentino: un recorrido histórico." En: VVAA: "Nuevos Escenarios y Práctica Profesional; Una mirada crítica desde el T.S" Ed. Espacio, Arg. 2002.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: "Diccionario de la Lengua Española: Vigésima segunda edición" Ed. Espasa. Tomo I.- España 2001.
- RESOLUCIÓN 579/86 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación Argentina. Asociación Metropolitana de Asistentes Sociales y Federación Arg. de Asociaciones Profesionales de S. social. Arg. 1986 y modf. De 1995.
- RIVELLO, Beatriz; "Teoría y Práctica de Instrumentos Básicos de Trabajo Social: El Registro en T.S, el informe social, el taller en T. S." cuadernos Nro. 1 y 2 EDSS, Universidad de <Morón, Arg- Agosto de 1997.-
- .-----: "Acerca de la Relación entre Trabajo Social e Investigación." Trabajo presentado en II Jornadas de Trabajo Social e Investigación en EDSS, Universidad de Morón, Arg. 1999.-
- .-----: "Taller de Investigación en Trabajo Social: Apuntes preliminares". Serie Documentos de Trabajo Nro. 1. EDSS. Universidad de Morón. Arg. 2005
- .-----: "Matriz Histórica". En: "Taller de investigación en Trabajo Social. (apuntes preliminares)." Serie Documentos de Trabajo Nro. 1. EDSS. Universidad de Morón. Arg. 2005.
- ROSANVALLON, Pierre: "La Nueva Cuestión Social". Ed. Manantial. Arg. 1995.-
- ROZAS PAGAZA, Margarita: "El Trabajo Social y la Crisis Actual en América Latina." Ed. Humanitas, Arg. 1986.

- -----: “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social.” Ed. Espacio, Argentina, 1998.-
- -----: “La Intervención Profesional en Relación con la Cuestión Social: El caso del Trabajo Social”. Ed. Espacio. Arg. 2001.-
- TAYLOR Y BOGDAN: “Métodos Cualitativos de Investigación.” Ed. Paidós. Arg. 1992.-
- VASILACHIS, Irene: “Métodos Cualitativos I: Los problemas teórico-metodológicos”. CEAL. Argentina. 1992.-
- VELEZ RESTREPO; Olga L.: “Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas.” Ed. Espacio. Argentina, 2003.-
- V.V.A.A.: “La cuestión social y la formación profesional en T.S en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana.” XVIII Seminario Latinoamericano de Esc. De Trabajo Social, julio de 2004, San José de Costa Rica. Ed. Espacio, Argentina 2004.-

CAPITULO III
**“LAS POLÍTICAS SOCIALES HOY:
PADECIMIENTOS VELADOS”**

Introducción

Sin dudas el tema sobre las Políticas Sociales se ha constituido a lo largo del tiempo, en uno de los ejes de debate fundamentales de Trabajo Social. Estas han operado como sustento y conducto del quehacer profesional al mismo tiempo, que estructuran y materializan la relación entre el **Estado**¹ y la **Sociedad Civil**².

Con la instauración del neoliberalismo, se inicia un proceso político a partir del cual se modifican de manera sustancial las funciones del Estado en tanto garante de derechos, con la consecuente inversión en el sentido y significación de las políticas sociales.

Ello ha producido asimismo cambios en la estructuración social, con consecuencias –aún vigentes- en los niveles de integración, a partir del recorte de ciudadanía y de un progresivo aumento de la exclusión social. De esta forma, la realidad es ‘pensada y leída’ desde una perspectiva economicista que mutila el cuerpo social en sus potencialidades, en sus vivencias y por lo tanto, en las significaciones singulares y culturales que cada actor le adjudica a sus situaciones problemáticas.

Asimismo, estos procesos que dan cuenta de las visiones y concepciones ‘oficiales’ respecto de la realidad social, se estructuran en torno a ‘disputas’ que se desarrollan en el orden de lo simbólico.

Así las verdaderas intenciones e intereses son presentados –en nombre del ‘bien común’- a través del doble discurso, es decir enunciado una serie de postulados y propuestas, y ejecutando otros.

Es por ello que me refiero aquí a ‘padecimientos velados’; poder conocer con mayor profundidad estas cuestiones, implica correr ciertos velos y requiere por lo tanto, de un análisis sobre la realidad y la política social actuales, articulando estas cuestiones estructurales y sus efectos en

¹ Se entiende por Estado: “En el régimen federal, la porción d territorio cuyos habitantes se rigen por leyes propias, aunque estén sometidos en ciertos asuntos a las decisiones de un gobierno común.” Real Academia Española: Diccionario de la Lengua Española. Tomo I. Ed. Espasa. Calpe. S. A. Reimpresión grupo Planeta. Bs. As. Argentina. 2004.- Pág. 989

² “En tanto que la **Sociedad Civil** es la fuente de donde emana la autoridad pública, resulta que el Estado representativo es dependiente de una esfera social concebida como a-política, cuasi natural y pre-existente e independiente de su forma política.” Grassi, Estela: Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: La otra década infame.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2003. Pág., 18

las instituciones, en nuestras prácticas y en el devenir cotidiano de los actores sociales que participan de ella.

En virtud de lo expuesto precedentemente, a lo largo del siguiente capítulo propongo describir y analizar la evolución de las políticas sociales, los orígenes de la institucionalización sanitaria –en la Provincia de Buenos Aires- y las políticas de salud actuales, analizando los sentidos y alcances de éstas, a través de los programas sanitarios vigentes.

En efecto los recursos disponibles, las modalidades organizacionales y operativas, como así también la población destinataria, se constituyen de esta forma en variables de análisis, que favorecen la comprensión e interpretación de las interacciones propuestas a partir de ellas.

Por último y a partir de cierto recorrido a través del diseño, desarrollo e implementación de los diferentes programas, se intenta reconocer y analizar las implicancias que ello produce en el quehacer profesional y cuál es nuestra participación en ellos.

Especificaciones en relación a la significación de Estado.

Si bien éste está conformado por cada uno de los habitantes que ocupan el territorio nacional, al referirme a la relación entre Estado y Sociedad Civil, estoy haciendo alusión a un sector del mismo conformado por el ámbito político y las organizaciones públicas a través de las cuales se programan, organizan y ejecutan las decisiones que estructuran y atraviesan a toda la sociedad, determinando posibilidades, condiciones y modalidades de accesibilidad a servicios y bienes básicos, que definen niveles de vida e integración social.

“En este sentido, se puede acordar con Milliban (citado por Borón 1991/2) en que una teoría del Estado es una teoría de la sociedad y de la distribución del poder en esa sociedad.”³

El análisis referido a esta temática posibilita entonces, esclarecer aspectos de esta interacción al mismo tiempo que a partir de allí, será posible visualizar alternativas estratégicas tendientes a recuperar y esclarecer la dimensión ético-política de la profesión, reivindicando aspectos fundacionales y constituyentes de Trabajo Social, como lo son la construcción de ciudadanía y la promoción de la dignidad humana.

La imagen más reciente de la realidad, nos muestra una sociedad cada vez más empobrecida y fragmentada con un aumento constante y progresivo de la exclusión social, que desmiente a las claras la efectividad

³ Ídem 2, Pág.20.-

de las políticas de ajuste, focalizadas y reduccionistas que se vinieron implementando a partir de la década del noventa.

Si bien desde el 2003 en adelante, es posible evidenciar cambios de importancia que dan cuenta de nuevos trayectos y concepciones que marcan una diferencia (defensa de los derechos humanos, afianzamiento de los lazos con los países del MERCOSUR, mayor autonomía respecto de los organismos financieros internacionales, etc.), el impacto y las consecuencias aún vigentes que el neoliberalismo ha producido, merecen ser tenidos en cuenta para poder clarificar esta nueva transición. No obstante, las modificaciones de importancia que se vienen gestando, resulta indispensable tener presente que esta cuestión trasciende hoy la esfera nacional y la voluntad política del gobierno de turno. Este mundo globalizado remite cada vez más, a una mayor interdependencia a nivel mundial, que pone de relieve la complejidad del contexto actual.

El análisis sobre las Políticas Sociales como mediadoras de la relación entre el Estado y la Sociedad Civil, dispara inicialmente algunos interrogantes:

**¿Las Políticas Sociales son una cuestión exclusiva del sector político?
¿Cuáles son hoy, las dimensiones sociales e integradoras de estas políticas?**

Las políticas sociales tienen sus primeros antecedentes a finales del siglo XIX en Prusia, bajo el principio de seguridad social a partir del cual el Estado interviene en la problemática social, trascendiendo las acciones de caridad que hasta ese entonces eran una cuestión de la competencia casi exclusiva de la Iglesia.

“Las políticas sociales surgen entonces como una anticipación a las demandas obreras; y con la clarísima idea de que a través de estos instrumentos institucionales se pueden reducir los impactos de los problemas propios de la industrialización.”⁴

Asimismo es posible reconocer a partir de este origen, una función distributiva en éstas, que a su vez se constituirán en el precedente de los llamados Estados de Bienestar.

Netto, relaciona estas nuevas formas de intervención a las que llama “integradoras” con el origen de la profesión: “A partir de allí la represión

⁴ Netto, José Paulo: “Reflexiones en torno a la ‘cuestión social’” en: V.V.A.A: “Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2002. Pág. 15.-

tiende a ser reemplazada por mecanismos integradores. Es cuando estos mecanismos integradores toman la forma sistemática de políticas sociales. Es sólo a partir de ahí que se percibe la institucionalización del Trabajo Social.”⁵

Ya en este antecedente, es posible ver cómo la decisión del Estado, responde a un reclamo de las clases sociales más vulnerables y es a partir de allí, que es posible evidenciar la dimensión social de estas políticas donde más allá de la intención de cierto “control”, se da un lugar al reclamo de los más desprotegidos.

Este aspecto que signó desde su origen a las políticas sociales, sufre a partir del neoliberalismo una resignificación implacable que invierte su sentido, lo cual conlleva a la consecuente crisis de representación y ruptura de la estructuración social. Este duro embate puede leerse con claridad en la realidad social de los últimos años, a partir ya no sólo del incremento de la pobreza, sino de novedosas situaciones de vulnerabilidad que se encuentran con inusitadas formas de dominio que han calado asimismo, en lo más profundo de las representaciones y de los lazos sociales.

Estas concepciones, surgen bajo el imperio de una nueva lógica que a partir de una visión economicista y fundada en el orden fáctico, manipula, paraliza y silencia expulsando toda conciencia crítica.

Con la instauración del neoliberalismo, se produce un desplazamiento del Estado con la consecuente resignificación de sus funciones observándose una importante reducción de su dimensión intervencionista.

Siguiendo el análisis de Netto (2002: 15), podemos decir que es justamente la dimensión integradora la que sufre las mayores afectaciones. La privatización y reduccionismo del ámbito público, entra en consonancia con el deterioro y desvalorización de lo colectivo; y la responsabilidad social es desplazada por contenidos individualistas que promueven la autoculpabilización, al mismo tiempo que excluyen derechos y reclamos sociales.

Todo ello ha dado lugar a una crisis de legitimidad de los distintos ámbitos institucionales políticos y públicos, acrecentando la brecha entre estos lugares de decisión y aquéllos espacios habitados por los destinatarios de tales resoluciones.

⁵ Ídem 4, Pág.20.-

Si bien esta relación siempre estuvo caracterizada por cierta asimetría, fue a partir de la implementación de estas políticas sustentadas en la lógica de mercado, que la misma adquiere una dimensión conmensurablemente desproporcionada.

La realidad social es presentada bajo el maquillaje de las estadísticas que diseñan necesidades a medida de presupuestos preestablecidos y ejercen el disciplinamiento del mercado bajo el privilegio de las cantidades que deshumanizan toda lectura y acción propuesta, rompiendo con las misiones proteccionistas adjudicadas y asumidas hasta ese entonces por el propio Estado.

Esta relación pierde así el denominador común a partir del cual era posible cierto encuentro, la instancia de interacción se torna prácticamente nula y la lógica dominante se impone con rigor unívoco y fatalista. Esta vez el lugar del dominado, es el del excluido, condenado a una sentencia que se reitera, ejerciendo con fuerza un mandato que lo despoja de su capital económico, cultural y simbólico.

“Un poder autorrevindicado débil, y que se acepta explícitamente como expresión del mal menor, define los objetivos de su acción social a la medida de posibilidades previamente recortadas y caracteriza a tales objetivos como realistas. Legitima así los orígenes de la imposibilidad y acentúa la reducción de recursos, inhibiendo definitivamente la satisfacción de las expectativas sociales.”⁶

Así, estos lugares propicios para la interacción que venían operando como dimensiones estratégicas que viabilizaban y sustentaban tanto las misiones institucionales como las intervenciones sociales, se desdibujan sutil e implacablemente. Todo ello produce, la consecuente pérdida de sentidos signada por una relación sustentada en el disciplinamiento económico, que compele a una lectura anacrónica, lineal y secular de la realidad, que afecta como nunca antes, la dimensión de pertenencia hacia uno y otro lado de estos ámbitos de intervención. *“Esta tensión entre inclusión y exclusión se manifiesta en el mundo del trabajo y en la vida cotidiana, expresándose en forma de incertidumbre y también, desde el punto de vista del beneficio del capital, de funcionalidad.”⁷*

⁶ Chaves, Norberto. “Prólogo” en: Etkin, Jorge: “La Doble Moral de las Organizaciones: Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada”. Ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA. S.A.U. Aravaca, España. 1997. Pág. 14

⁷ Caraballeda, Alfredo Juan M.: “La Intervención en lo Social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.” Ed. Paidós, Bs. As. Argentina, 2002. Pág. 50

La sensación de vulnerabilidad e incertidumbre abarca tanto a aquéllos que presentan “NBI” como a los desocupados, y se extiende al son de la flexibilización laboral, sobre un gran porcentaje de trabajadores que conviven con la amenaza constante de quedar ‘afuera del sistema de producción’.

De esta manera el sentido de pertenencia, vinculado otrora a la noción de identidad nacional, pasa a estar regulado por la ‘capacidad de consumo’.

La situación descripta, ha atravesado a toda la sociedad generando una importante fractura social y colocando al borde del colapso las bases del sistema institucional, suscitando replanteos y reformulaciones en los distintos niveles sociales.

Este marasmo social, se presenta como la zaga de un modelo agotado, dando origen al surgimiento de diversas disputas y enfrentamientos que se debaten en la alquimia de nuevos significantes, en la que convergen representaciones sociales y construcciones simbólicas, que se plasman en las diferentes políticas a través de las cuales parecen asomar hoy, concepciones renovadas con otras direccionalidades y sentidos.

*“Dicha percepción es objeto permanente de **luchas simbólicas** por imponer la propia visión del mundo, lucha esencial en el terreno de lo político.”⁸*

Revisar y analizar los contenidos y modalidades implícitos en ellas, se constituye en una tarea indispensable, a los efectos de clarificar estos tránsitos que nos afectan e implican en el devenir cotidiano de nuestro ejercicio profesional.

Políticas Públicas y las Cosas del Poder: dimensiones sociales y políticas, cuestiones de hecho y de derecho:

En principio, resulta necesario establecer una diferenciación conceptual entre **Políticas Públicas** y **Políticas Sociales**.

“Política Pública: es un programa de acción estatal o gubernamental para la sociedad, para un sector poblacional de la sociedad o en un espacio geográfico. Cuando se habla de política pública se debe

⁸ Ponce, Geraldine: “Hacia una redefinición de la relación entre las instituciones y los sectores populares” en: V.V.A.A: “Trabajo Social de Hoy: experiencias de campo e intervenciones profesionales.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2002. Pág.72.-

tener en cuenta que esta noción incluye tanto la política pública económica como la política social. ⁹

Podemos decir entonces, que las políticas públicas son el medio de acción del Estado que se manifiesta a través de sus instituciones y de los diferentes programas. Estas adquieren diversas características y direccionalidades, conforme sea el modelo de Estado en el que se inscriben, en consonancia con la concepción imperante en cada momento histórico y social.

*“En tanto políticas de satisfacción de necesidades, las políticas estatales pueden considerarse como un “lugar” clave, en tanto lugar de las definiciones autorizadas, cuyo aspecto sobre la definición de las necesidades y el establecimiento de satisfactores resulta de la mayor importancia, por su capacidad de penetración en los espacios públicos y el mundo de la vida de la población trabajadora.”*¹⁰

De hecho tras cada política de Estado subyacen formas de pensar, de concebir la problemática social y si bien con frecuencia no son explicitadas con claridad, se hacen visibles en las modalidades y alcances de acción, como así también en el tipo de resolución propuestos en ellas, dando cuenta de prioridades e intereses.

Estas se constituyen entonces, en la ‘definición oficial’ de los problemas sociales y por lo tanto hacen a la lógica que emana de la autoridad de gobierno que dispone a su vez, de todo el aparato estatal (es decir de una serie de recursos e instituciones) para su implementación; al mismo tiempo que dispone de una dimensión si quiere potencial, que validará y desarrollará conforme sea el modelo ideológico en el que se inscriba y los intereses que lo sustentan.

Si bien asistimos hoy, a un sistema de gobierno democrático que lleva ya veinticinco años de desarrollo ininterrumpido, más allá de los diferentes modelos ideológicos es posible distinguir **dos tendencias** bien diferenciadas en lo que respecta a las modalidades de desarrollo e implementación de estas definiciones, a saber: **una de hecho** –que responde a un orden fáctico- y **otra de derecho** –que hace a un orden integrador-.

⁹ Estrada Ospina, Víctor M.: “Salud y Planificación Social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2006. Pág. 204.-

¹⁰ V.V.A.A.: “Políticas de empleo en Argentina.: el discurso jurídico-político de la gestión estatal” en: Aquín Nora (organizadora): “Trabajo Social, Estado y Sociedad: cuestión social, políticas públicas y trabajo social” Tomo 2. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina 2008, Pág., 10.-

A partir de estas dos categorías, es posible divisar, más allá de los discursos de campaña y en la confluencia de diferentes intereses y percepciones, la capacidad e intención de la lógica oficial para fraguar cierto grado de consenso y/o participación.

Desde esta perspectiva, es posible observar el tipo de interacción planteada y el grado de permeabilidad y flexibilidad que se posibilita desde estos lugares de poder.

Este vector permite evidenciar en el contexto actual, una marcada diferenciación entre las modalidades de implementación desarrolladas durante el neoliberalismo y las que comienzan a observarse en el presente.

Un claro ejemplo de ello, lo constituye el paquete de medidas que se elaboró a partir de la crisis económica que se produjo recientemente en los EEUU; a partir del cual se realizaron una serie de negociaciones con diferentes ámbitos empresariales y las agrupaciones gremiales, a los fines de evitar despidos y de proteger al mismo tiempo, el nivel de ingresos. En este caso, más allá de la urgencia y del impacto crítico a nivel mundial que produjo esta situación, se generaron espacios de debate y disenso planificando acciones que se enmarcan en un cariz proteccionista. En esta oportunidad, los pronósticos de las amenazas externas no constituyeron un subterfugio para el gobierno, éste fundó su decisión en el enfrentamiento contra esos potenciales embates, e intervino.

Asimismo, comienzan a plasmarse las consecuencias de algunas decisiones que dan cuenta de cambios significativos en la direccionalidad y sentido de gobierno; de este modo el hecho de contar hoy con una mayor autonomía respecto de los organismos financieros internacionales, se ha constituido sin dudas en un factor decisivo generando un ámbito favorable, para la toma de decisiones en favor de la agenda social. En efecto, ello no constituye un dato menor dado que permite avizorar un retorno a la idea de Estado-Nación, en tanto constructor de identidades y promotor de la cohesión social –sobre todo en lo que se refiere a la política exterior-.

De todas formas y si bien asistimos hoy a un notable deterioro del modelo neoliberal, no es posible divisar aún en la urdimbre del escenario actual, un rumbo claro y definido ni lazos sociales sólidos en tanto resultantes de integración. De ahí, que esta etapa se presente como un ámbito propicio para la construcción de nuevos sentidos.

“En un Estado democrático, una política de Estado es la dirección que se impone activamente en la acción estatal como expresión o en nombre de intereses generales. En este sentido, puede ser entendida como condensación de los procesos de hegemonización político-cultural que caracterizan un ciclo histórico, en una sociedad determinada.”¹¹

En este punto es donde puede observarse al mismo tiempo, el sentido de puja y lucha simbólica; es justamente a partir de este encuentro heterogéneo que se constituye un ámbito nodal desde el cual se originan las Políticas Sociales, al respecto Alayón (2006:36) expresa lo siguiente: *“Las políticas sociales no son solamente algunos planes y programas más o menos bien formulados, sino que son también ‘definiciones del problema y del sujeto destinatario’. Y no son meramente la ‘respuesta del Estado’ o aquello que surge de la creatividad técnica o de las concepciones políticas de ‘los políticos de gobierno’, sino también o principalmente, el resultado de la confrontación y de disputas en la sociedad (política) y en los diferentes ámbitos institucionales, en los que aquellas definiciones se redefinen constantemente más allá de su formulación en la letra de la norma o ley que los crea.”¹²*

A partir de la siguiente conceptualización es posible distinguir un aspecto dinámico en relación a la conformación de estas políticas, al mismo tiempo que presenta a las instituciones como ámbitos propicios en la redefinición y reconstrucción de éstas. Ello conlleva a redimensionar a las prácticas que se desarrollan al interior de las mismas, al mismo tiempo que las introduce en el entramado interaccional de manera significativa. Aspecto éste, que será desarrollado con mayor detenimiento más adelante.

No obstante ello el aporte realizado por Mallimaci (1996:34), resulta sumamente enriquecedor dado que amplía el concepto anteriormente expuesto, resaltando la dimensión social y expresando claramente el lugar e implicancias de los actores sociales en ellas:

“Otro concepto equívoco es el de las políticas sociales. En este trabajo lo consideramos en el sentido amplio, es decir incluye tanto las políticas del estado como las diversas organizaciones e instituciones de la sociedad civil, vivienda, promoción y seguridad social, infancia, etc. No se trata de un concepto uniforme y definible a priori sino que deriva del concepto del Estado y sociedad civil que los diversos actores

¹¹ Ídem 2., Pág. 23.-

¹² Alayón, Norberto: “Democracia, Derechos Sociales y Trabajo Social”. En: Burgos Ortiz, Nilsa Coordinadora: “Acerca de la Democracia y de los Derechos Sociales: Política Social y Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2006. Pág.36.-

sociales también tratan de imponer en su lucha por la 'nominación verdadera'."¹³

A partir de ambos conceptos es posible reconocer en la conformación de las políticas sociales, una instancia de tensión y/o puja que se debate en el orden de lo simbólico; pero que a su vez en el trayecto de su implementación y a partir del atravesamiento producido por los distintos ámbitos institucionales y comunitarios, como así también de las prácticas que se desarrollan al interior de ambos, estas son implicadas. De hecho el accionar de las instituciones y las distintas prácticas populares están basados en lógicas diferentes que responden a categorías de percepción y de acciones también diversas y heterogéneas.

Por otra parte, estas intersecciones inscribirán su impronta de manera diversa, conforme éstas se sustenten en el orden fáctico o en un orden integrador a partir del cual se reivindicuen los derechos sociales.

Estas tendencias observables a partir de ciertas formas o modalidades, se encuentran atravesadas a su vez por otra dimensión: el **orden de discurso**¹⁴, a partir del cual es posible analizar cuestiones de fondo, que hacen a las construcciones discursivas a través de las cuales se designan y construyen a los sujetos y a los problemas sociales, inmersos en dicha interacción. La revisión y análisis de esta dimensión posibilita permear al interior de estas modalidades y discurrir sentidos, direccionalidades y aspectos dominantes que permanecen en cierta forma velados.

Un aspecto clave a tener en cuenta son las formas en que estas creaciones discursivas son transmitidas y/o comunicadas. De hecho, este ordenamiento discursivo deviene en normalizador social a partir de cierta naturalización que suele invisibilizar algunos aspectos de la realidad social, al mismo tiempo que devela o acentúa otros. De esta manera, diversas expresiones que hacen a conceptualizaciones y definiciones se

¹³ Mallimaci, Fortunato: "Estado y Políticas Sociales en Argentina al fin del Milenio: Incertidumbre y esperanzas." En "La Especificidad del Trabajo Social y la formación profesional" En: V.V.A.A.: Encuentro Académico Nacional de F.A.U.A.T.S. Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 1996.- Pág. 34.-

¹⁴ "El aspecto semiótico/discursivo del orden social es lo que podemos llamar un orden de discurso. Es la vía en la cual diversos géneros, discursos y estilos se vinculan entre si. Un orden de discurso es estructurante social de la diferencia semiótica –un ordenamiento social particular de relaciones entre diferentes formas de producir sentido, por ejemplo, diferentes discursos, géneros y estilos-. Un aspecto de este ordenamiento es el dominio: algunas formas de producción de sentido son dominantes o principales en un particular orden del discurso, otros son marginales, u opuestos o 'alternativos.'" Chiapello y Fairclough: "Understanding the new management ideology: a Transdisciplinary contribution from critical discourse analysis and new sociology of capitalism" en *Discourse & Society* Vol. 13 (2), Sage Publications, London, Thousand Oaks, CA and new Delhi, (2002) en: Idem 10. Pág. 12.-

imponen y/o transforman el sentido y significación de sí mismas y/o de otras.

En efecto es posible observar cómo estas formas de nominar y significar aparecen asimismo institucionalizadas de manera distintiva, en las diferentes áreas de la acción social: *alumno, docente, estudiante, médico, paciente, enfermo, policía, delincuente, presidiario* etc. aludiendo no sólo a designaciones sino determinando modalidades interaccionales que se reproducen al interior de las mismas.

Si bien a partir de aquí las instituciones más allá de su aspecto ordenador –en tanto reproductor/ejecutor de políticas- aparecen al mismo tiempo como ámbitos propicios para la integración –reformulación y creación-, resulta necesario establecer algunas especificaciones al respecto; de hecho cada institución presenta a su vez características particulares conforme sea el área social de su competencia (educación, salud, justicia, etc.), dado que ello hace a su misión fundacional, al mismo tiempo que se estatuye y responde en y a partir de una historicidad.

Estos aspectos constituyen lo institucional, lo dotan de sentido y de lógicas diversas que le otorgan un rasgo distintivo. Así cada una de ellas, comparten construcciones discursivas y operativas, poderes, saberes, falencias, limitaciones y dimensiones culturales que confluyen en un denominador que es común y peculiar al mismo tiempo.

Las Políticas Sociales y la Institucionalización en Salud: Trayectos, Construcciones y Desconstrucciones.

Hasta aquí hemos visto cómo las Políticas Sociales responden a concepciones y definiciones que se desarrollan en torno a la problemática social; pero por ser éstas fruto de tensiones y enfrentamientos entre los distintos sectores de la sociedad, son al mismo tiempo el cuerpo que encarna la esencia de un proceso de construcción- desconstrucción que es constante e inacabado.

Adentrarnos específicamente en el campo de la salud, implica penetrar en un mundo singular habitado por lógicas y construcciones que le son propias, que hacen a cierta tradición y rasgos identitarios, que lo cargan de singularidad y de sentidos.

De esta forma, al revisar aspectos embrionarios y constitutivos de la institucionalización de la salud, es posible reconocer en ellos la esencia misma de ese proceso la cual parece reeditarse a lo largo del tiempo.

De hecho, la postal situacional reconstruida por Foucault (1963:124) en la que ubica los orígenes de la hospitalización en Francia, parece –en algunos aspectos- tener vigencia aún hoy:”... se temen demasiado los movimientos populares; se desconfía demasiado del uso político que podría hacerse de los auxilios distribuidos, para dejar descansar sobre ellos todo el sistema de la asistencia. Es preciso encontrar para el mantenimiento de los hospitales como para los privilegios de la medicina, una estructura compatible con los principios del liberalismo y la necesidad de la protección social, entendida de una manera ambigua como la protección de la pobreza por la riqueza, y la protección de los ricos contra los pobres.”.¹⁵

En este punto, el mencionado autor pone de relieve dos cuestiones fundamentales: la falta de credibilidad en el sistema político –sobre todo en lo referente a la administración de recursos- y la necesidad de un “pacto” –a modo de negociación- a partir del cual se logren equilibrar las tensiones sociales referidas a ese tema.

Este “acuerdo” se presenta como necesario en un doble sentido: así los recursos destinados a la salud de ‘los pobres’ se constituyen en un ‘bien para la humanidad’ en tanto responden también –y fundamentalmente-, a intereses de los sectores poderosos que actúan en tal prosecución, movidos por la amenaza de esos padecimientos. En el marco de la situación que se plantea, la protección social destinada explícitamente a ‘los pobres’, se funda y se sostiene en la preservación de ‘los ricos’.

“Ya que la enfermedad no tiene la fortuna de encontrar la curación más que si los demás intervienen con su saber, con sus recursos, con su piedad, ya que no hay enfermo curado sino en sociedad, es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros; y que el dolor reciba así el poder de manifestar”¹⁶

De esta forma Foucault nos sitúa en el punto neurálgico a partir del cual la salud comienza a ser concebida como un problema social, en tanto vulnera cierto ‘orden social’ y se presenta como una amenaza capaz de afectar a los sectores de poder. A partir de aquí es posible vislumbrar asimismo, cómo en medio de las argumentaciones que proponen un

¹⁵ Foucault, Michel: “El Nacimiento de la Clínica: Una arqueología de la mirada médica.” Ed. Siglo XXI editores Argentina s.a. (1era ED en 1963 en Francia). Traducción de: Francisca Perujo. Bs. As. Argentina, 2003. Pág. 124.-

¹⁶ Ídem 15, Pág. 126.

compromiso de toda la sociedad para librar combate contra las enfermedades, el saber médico comienza a cobrar una relevancia de importancia, posicionándose en un lugar de marcado protagonismo dentro de ese ámbito tensional.

Ciertamente, algunas de estas cuestiones han trascendido las fronteras y los tiempos. No obstante ello y más allá de ciertas coincidencias, resulta indispensable revisar el recorrido particular de estos procesos en nuestra geografía rioplatense.

Algunos autores se refieren a estos procesos de disputas homologándolos a una 'guerra política' que se desarrolla en un contexto pacífico, al margen de los enfrentamientos bélico-militares. En relación a ello Carballada (2004:49) realiza el siguiente aporte: *"Se trata de pensar la existencia de la guerra en términos de poder, de cómo la guerra continúa en el terreno ya conquistado, en el terreno de la paz. Una guerra que intentará no sólo derrotar al enemigo, sino también desarmarlo, incluirlo, quizás, en los nuevos ideales de la Ilustración y de la Modernidad."*¹⁷

Realizar un somero recorrido por los inicios del sistema de salud habilitará el ingreso a la trama interaccional a partir de la cual se forjaron encuentros y desencuentros, triunfos y derrotas sobre los cuales se erige hoy el hospital público.

Los orígenes de la institucionalización en Salud aparecen vinculados al orden militar más relacionado con la idea de asilo o presidio para soldados, que con la asistencia o curación exclusiva de la enfermedad.

En su trayecto evolutivo –siguiendo lo desarrollado por Carballada (2004)- el inicio de la hospitalización irá de lo militar a lo religioso sufriendo transformaciones que dan cuenta de una posterior fusión entre ambos órdenes; así pasará de refugio para soldados a casa de acogimiento para retomar sus raíces militares pero bajo la administración de una congregación laica, con reminiscencias religiosas. *"De esta forma, el primer hospital de Buenos Aires se va a erigir bajo una fórmula de administración mixta: por un lado, el propio Cabildo de Buenos Aires, y por el otro los Betlehemitas."*¹⁸

¹⁷ Carballada, Alfredo Juan Manuel: "Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad." Ed. Espacio, Bs. As. Argentina. 2004. Pág. 49.-

¹⁸ Ídem 17, Pág. 53.

La institución hospitalaria se estatuye sobre una misión más vinculada al acogimiento y al cuidado que a la cura fisiológica. De esta forma, las primeras prácticas trascienden la atención de la enfermedad, van más allá de los ‘males’ producidos en el cuerpo, toman un sentido reeducador que paulatinamente virará al disciplinamiento, la vigilancia y el control. Así es posible descubrir en ellas un recorrido sumamente interesante pues se originan en el cuerpo con la asistencia misma, pero estarán dirigidas a corregir hábitos y estilos de vida lo cual las presenta enmarcadas en un cariz moralizante y correctivo. *“De esta forma la medicina tendrá cada vez mayores sectores de aplicación de su saber en términos de poder, desde la perspectiva del cuidado de la salud, la higiene y las leyes, en un momento de fuerte crecimiento de fundamentación científica. (...) Así, los conceptos de bienestar y felicidad, de la mano del orden político que se estaba gestando, se transforman esencialmente en un programa médico-social.”*¹⁹

En cuanto a la población ‘destinataria’-tal como fuera construida por ese entonces-, si bien en un comienzo se trataba de soldados (un grupo distinguido de la sociedad), los que concurrían a estas guarniciones pertenecían a un sector marginal de la casta militar. En efecto aunque con el tiempo este perfil se fue ampliando, las poblaciones construidas para estas prestaciones institucionales, respondían a sectores marginales ubicados justamente en la periferia (geográfica y simbólica) de lo que resultaba deseable para la época, en tanto parte integrante de la sociedad moderna.

En esta base primigenia de la salud es posible divisar que la batalla a partir de la cual se libra su institucionalización, responde más a la amenaza de cierta ‘peste moral’, que a una epidemia puramente sanitaria. En todo caso, la primera parece constituirse en la madre o gestora de todos los males.

A partir de esta ‘verdad originaria’ se constituye un prototipo de ‘individuo saludable’ y en tanto lo fuese, sería al mismo tiempo un ‘ciudadano aceptable’²⁰. A partir de aquí, puede decirse que la salud es presentada como un canon de aceptabilidad, determinado por construcciones discursivas dominantes.

¹⁹ Carballeda, Alfredo Juan M.: “El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad.” Ed. Espacio .Bs. As. Argentina. 2006.- Pág. 36.-

²⁰ En este punto considero oportuno recordar, que en ese tiempo la noción de **ciudadanía** era atributo de unos pocos: *“De allí surge la idea de ciudadano como sinónimo casi exclusivo de esta clase; son comerciantes, funcionarios, profesores de derecho, clérigos, estancieros y concesionarios de los estancos reales. Es así como la idea de libertad, igualdad y ciudadanía aparecen restringidas a un sector minoritario de la población.”* Ídem 17, Pág. 64.-

“En definitiva, en los inicios de las prácticas de intervención en el campo de la salud se produce el primer entrecruzamiento entre diferentes discursos: el militar, el religioso y el médico.”²¹

De este modo las interjecciones de estas tres lógicas (religiosa, militar y médica) van a conformar los cimientos fundantes de las instituciones sanitarias, promoviendo diversas construcciones y dando lugar a nuevo ordenamiento social que si bien tendrá su punto de partida y/o emergente en la salud, parece camuflar en su trayecto otros intereses que no se hallan claramente explicitados y que le imprimirán nuevos sentidos.

A lo largo del tiempo, es posible reconocer en el presente la impronta de estos atravesamientos, tanto en emblemas o insignias como en aspectos organizacionales, operativos y simbólicos, a saber: la cruz con la que se señalizan ambulancias y establecimientos, la distribución edilicia de algunos nosocomios por ‘pabellones’; la nominación de ‘cabas/os’ al personal de enfermería que reviste rango superior, el predominio y extensión del discurso médico hacia las diferentes áreas y/o servicios de las instituciones sanitarias, etc. Al mismo tiempo es posible observar cómo algunas de estas construcciones permanecen casi inalterables y como otras, se reeditan ciertamente actualizadas.

Una de las creaciones más significativas de este nuevo ordenamiento ha sido sin dudas, el ‘paciente’, ese sujeto que ‘debía ser moldeado’ como condición para su posterior inclusión. Si bien como lo señaláramos precedentemente en tanto nominación discursiva esta expresión no ha logrado modificación alguna, en la actualidad ya no se trata de corregir ‘vicios’ ni tampoco de brindar cuidados integrales, de hecho con el avance de la tecnología y la medicalización estas atenciones se fueron parcelando y acotando en nombre de la especialización y de la urgencia.

¿Paciente o Sujeto de Derechos?

Si trazamos un paralelo a partir de la noción de ciudadanía, tenemos que tal como se expone precedentemente, en los inicios de la institucionalización de la salud este término era patrimonio de unos pocos.

Si bien a lo largo del tiempo esta expresión fue cambiando haciéndose extensiva a toda la población, en la actualidad y en virtud de los impactos producidos por el neoliberalismo, esta acepción sufre una resignificación

²¹ Ídem 17. Pág.57.-

en un sentido diferente. En esta oportunidad ya no se limita con ella –al menos de forma explícita- el alcance poblacional, sino que ésta es cercenada en su dimensión significativa en tanto anclaje de los derechos sociales²². De esta forma los únicos derechos que parecen reconocerse con esta nominación, son los relacionados a la cuestión electoral. En efecto este constituye un punto de suma importancia, dado que con ello se ha resignificado el lugar de los actores sociales en esta interacción erosionando su facultad de acción, anulando su potencial cultural y simbólico.

En definitiva con ello se produce una reducción en el alcance y la cobertura a la población, pero esta vez el recorte es sumamente sutil esta afectación no es explicitada, se manifiesta más bien en forma tácita. A partir de ello, este sujeto es ‘desarmado’ sin que medie una ‘promesa’ que lo involucre, que lo valore, que lo considere. El ingreso ‘al primer mundo’ es una meta que no da lugar a discusiones y la participación en él queda librada al fuero individual de cada uno de los actores sociales. Así, el beneficio prometido bien vale los costos que cada uno deba afrontar, las reglas de juego se imponen desde los lugares de poder pero el acceso a éste, es responsabilidad exclusiva de cada uno de los sujetos sociales, más allá de las circunstancias y/o la coyuntura. Todo ello coloca al tema de la accesibilidad en el horizonte de la incertidumbre, esta vez no existen garantías, no es ya un tema de todos, es un beneficio a conquistar.

“La exclusión, a partir de su naturalización significaría también la impronta de fuertes construcciones desde lo simbólico hacia los sujetos más desposeídos, circunstancia que fue construyendo nuevas formas de estigmatización y montaje de ‘etiquetas sociales’ a grupos y comunidades.”²³

Cabe destacar que durante los últimos años la expresión de **ciudadanía**²⁴ comienza a ser debatida, acaso resignificada y podemos

²² En la historia de nuestro país el Estado de Bienestar -con vigencia desde 1940-1976- ha presentado un desarrollo sumamente significativo sobre todo desde 1945-1955 período a partir del cual, se construye “un sujeto de derechos sociales” y las representaciones referidas a los problemas sociales aparecen vinculados a la noción de injusticia postulando una interacción novedosa a partir de la cual, el Estado se presenta como garante de tales derechos. *“En el caso del Estado social argentino, es la Fundación Eva Perón y la acción del Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo desde donde se aplicarán políticas sociales novedosas, en espacios casi siempre cercanos a la concepción de dignidad y justicia.”* Ídem 19, Pág.61.

²³ Ídem 19, Pág. 114.-

²⁴ ...”en primer lugar, la ciudadanía se identifica con los derechos –civiles, políticos y sociales- cuya dinámica cambiante lleva a una ampliación o a una restricción de sentido..En segundo lugar, la ciudadanía es pertenencia a la comunidad política. Y en tercer término, la ciudadanía es participación, en la que derechos significa no sólo su letra legal sino su ejercicio efectivo y en la que pertenencia es, asimismo, participación en la construcción de una identidad y de un orden político democrático.” Villavicencio y García Raggio: “nuevas cuestiones en torno a la ciudadanía.” Citado por: Aquín Nora: “Trajo Social comunitario en las actuales condiciones: fortalecer la ciudadanía.” En: Aquín Nora

decir también que desde el Trabajo Social se han realizado aportes sumamente interesantes en relación a ello, no obstante el análisis de la situación actual en el campo de la salud, abre una serie de interrogantes:

¿Cuáles son las políticas de salud actuales, a quiénes apuntan, cómo se comunican, de qué forma se desarrollan e implementan?

¿Cuál es el lugar de los actores sociales hoy, en ellas?

¿El trabajador social mero ejecutor? ¿Cuáles son las dimensiones a repensar en pro de un nuevo posicionamiento?

Las Políticas y las Instituciones Sanitarias Hoy: Prácticas y procedimientos, realidades y controversias de lo cotidiano.

Tal como se expone precedentemente el Estado y lo público han sufrido reducciones y transformaciones, tanto en el orden concreto como en el orden de lo simbólico y esto tiene implicancias en el ámbito de la salud-enfermedad-asistencia.

La demanda a los hospitales ha crecido considerablemente en número y en complejidad inaugurando novedosas situaciones problemáticas que han afectado considerablemente, la ‘capacidad’ de respuesta de las instituciones sanitarias.

“Creo que la salud está agotada en general y eso no exime a este hospital. La problemática de salud es a nivel nacional y si vas bajando de lo macro a lo micro, es un fiel reflejo de lo que pasa en la nación, pasa en la República Argentina.”²⁵

Así la diversificación de lo social y la mercantilización de los servicios públicos coinciden en el campo de la salud, el cual ofrece en la actualidad, las más diversas especializaciones dando cuenta de una visión y una práctica cada vez más fragmentadas.

En la actualidad las políticas implementadas por el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires son **seculares y focalizadas**. Así la población destinataria deberá acreditar un mínimo de dos años de residencia en el ámbito de la geografía provincial y no poseer cobertura social, ni recursos económicos suficientes para afrontar los gastos correspondientes a la práctica requerida. Por lo general están referidas a la gestión de insumos como medicación, prótesis, etc. y en el trayecto de su implementación, el

(compiladora): “Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el Trabajo Social.” Ed Espacio. Bs. As. Argentina, 2003, Pág. 116.-

²⁵ ‘Carolina’ de 54 años de edad, en entrevista focalizada.

aparato burocrático será un laberinto prolongado que agregará una densidad considerable, al padecimiento de ese sujeto devenido en ‘paciente’.

A los fines de analizar cómo inciden las actuales **políticas de salud**, en las **prácticas institucionales** y en el entramado interaccional a partir del cual se construye el campo problemático de la **intervención profesional**, resulta necesario iniciar un recorrido por los diferentes estadios y trayectos de los programas vigentes.

El análisis propuesto está destinado a develar –al menos en parte– aspectos que permanecen velados y que se materializan en el desarrollo e implementación de los mismos, a través de dimensiones organizacionales y operativas de las instituciones, que se traducen como controversias y desviaciones de lo cotidiano.

Si bien éstos no hacen a la totalidad de las prácticas institucionales y profesionales, se constituyen en el corpus de los lineamientos políticos que ‘ordenan’ el marco común de las instituciones sanitarias y las prácticas que se desarrollan al interior de las mismas.

Si realizamos una somera revisión acerca de cuáles son hoy, los programas vigentes implementados por el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, encontramos los siguientes: PRODIABA, PROEPI, Probas, TBC, HIV y “Patologías Crónicas”, entre otros.²⁶

En su totalidad, a partir de ellos se agrupan a los ‘pacientes’ -potenciales ‘destinatarios’- en virtud de la patología o cuadro clínico que presenten (diabetes, epilepsia, asma, tuberculosis, sida y patologías crónicas) y en términos generales están referidos a paliar el acceso al tratamiento farmacológico. Vale decir, que los medicamentos prescritos en cada caso deben ajustarse al vademécum oficial.

“Si, tienen tal medicación, tal medicación... que es la que está en farmacia, la que te baja el ministerio, si por ahí necesitan otra alternativa... bueno ahí no. Ya directamente no. Por lo general se da mucho en los tratamientos neurológicos, que son muy costosos.. Que van acompañadas de otra medicación...”²⁷

²⁶ La expresión “entre otros” responde a que existen asimismo una serie de convenios entre los diferentes Municipios y Secretarías con el Ministerio de Salud la Nación a partir de los cuales se implementan y desarrollan una serie de planes y programas como por ejemplo: “Plan Remediar”, “Salud con el Pueblo”, etc.

²⁷ “Cecilia” 52 años de edad, Trabajadora social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

Si bien en el contenido de los planteos referidos a TBC y HIV es posible distinguir –desde los enunciados - otras dimensiones a partir de los cuales se puede inferir una propuesta de accesibilidad al tratamiento desde perspectivas más amplias que trascienden la cuestión exclusivamente farmacológica, éstas no llegan a concretarse.

De esta forma lo expresa una Trabajadora Social al referirse al Programa de VIH/ sida:

“Por ejemplo, la ley decía que hay que contemplar eh... tratamientos... la cuestión sanitaria.. La asistencia... bien. También va contemplada la prevención (...). ¿Qué te den un forro es prevención? ¿Qué te den un preservativo? No se hace, no se hace (...) En la ley está contemplado que el Ministerio de Educación, tiene que incluir en la currícula escolar, el tema de lo que es el sida y educación sexual. Eso el ministerio de educación no lo cumple... cuando vos querés ir a dar un taller... no te dejan, te piden miles de requisitos, miles de obstáculos... pero no lo hacen.”²⁸

A su vez, el programa de TBC además de contemplar la entrega de medicación, prevé el otorgamiento de un subsidio para aquéllos pacientes que se encuentren bajo tratamiento. No obstante la erogación del mismo no se realiza en el término previsto, el pago se ha llegado a concretar hasta dos y tres años con posterioridad a la presentación de la solicitud. Aspecto que ha desvirtuado la finalidad del programa.

Por otra parte, además de estos planes existen una serie de procedimientos preestablecidos que normatizan todo lo referente a la gestión de diversas prácticas como: “estudios de alta complejidad”, “solicitud de prótesis o stent”, “tratamientos radiantes”, “medicación por vía de excepción”, etc. Todas estas gestiones (a excepción de las radioterapias) requieren de la iniciación de un expediente.

De esta forma la accesibilidad a los diferentes servicios queda doblemente vulnerada: a esa dificultad particular si se quiere ‘inicial’-resultante de la actual situación macroestructurante- que pueda presentar el sujeto que demanda, a partir de la cual se ve afectado su acceso a la salud, se le agregan una serie de requerimientos que condicionan la atención obstaculizando aún más, su accesibilidad.

²⁸ “Pilar” de 33 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

Asimismo, los diferentes programas se caracterizan por respuestas acotadas y falibles, éstas son inciertas pero al mismo tiempo, son parte de una concepción fáctica que se impone **rompiendo el pacto social**.

De hecho aunque los actores sociales logren cumplir con la totalidad de los requisitos exigidos, desde los programas actuales no se garantiza la asistencia enunciada a través de sus ‘objetivos’ y por lo tanto, surge una desviación en relación a la misión fundacional de las instituciones implicadas.²⁹

A lo largo de las entrevistas practicadas en el desarrollo de la tarea de campo de la presente investigación, los colegas al opinar sobre las políticas sanitarias, dan cuenta de esta situación.

– *“Yo creo que las políticas que se implementan son... para garantizar que el paciente tenga un tratamiento adecuado pero para mi no llega a los objetivos (...) En la práctica... no. En una época el paciente de HIV llegaba... tenía la medicación en tiempo y forma se podía garantizar (...) hoy no lo recibe en tiempo y forma, eso y nada, es lo mismo.”*³⁰

– *“Tenés perspectivas muy bonitas, concentran un montón de cosas..., pero no se cumplen, no se cumplen... (...) Entonces... falta que las políticas sean seriamente administradas y organizadas o sea... operativizadas... está escrito bonito... bueno, así bonito y lindo tendría que bajar.”*³¹

*“No, no dan respuestas, buena respuesta... no dan y la gente también está cansada
Quizás hay propagandas de... Qué se yo...! Tenés el Plan “Remediar” que dice: ‘acercate a tu unidad sanitaria que conseguís tus remedios’ y cuando vienen acá, no hay nada. Es como que se lanzan con bombos y platillos, cuestiones que a veces en la realidad, no existen...”*³²

“creo que hay una falta bastante importante en cuanto a que no tiene una asignación de recursos, hay un ‘como si’, pero no hay respuestas reales a las necesidades de la gente y atravesadas por toda esta crisis que es mundial y local, y con una mirada distraída de parte de los políticos en

²⁹ En este punto, el concepto que se refiere a las Desviaciones **en las misiones de la institución social**, es tomado de lo desarrollado por Etkin quien al respecto expresa que: “En esta categoría conceptual se incluyen las situaciones en que la organización abandona o transgrede los propósitos de su fundación, o lo que se espera de ella mirada desde su relación con otras organizaciones del conjunto social.” Etkin, Jorge: Ídem 6, Pág. 132

³⁰ Ídem 26.

³¹ Ídem 27.

³² ‘María’ de 39 años de edad, Trabajadora social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

cuanto a lo que hace a la producción de enfermedad en la población, están atravesadas por muchas cosas... (...) no, me parece que no hay una política seria en la atención de salud... ”³³

De esta forma, las políticas plasmadas a través de estos programas se presentan como ámbitos de captura que encorsetan las percepciones y las acciones de los actores sociales que demandan. El sistema de salud se estructura así, en función de una lógica dominante la cual se cierra a través de un accionar mecanizado y focalizado, a una interacción más amplia e integradora.

*“En estas luchas simbólicas, que se dan al interior de todos los campos, los sujetos ponen en juego el **capital simbólico** que poseen, que no es otra cosa que su capital económico y cultural **legitimado**, reconocido socialmente, como producto de luchas anteriores.”³⁴*

Esta fractura que opera entre los distintos enunciados y los resultados que se concretan a diario a través de las prácticas institucionales en el desarrollo e implementación de los diferentes programas, atraviesa la representación social de la salud en tanto derecho, ciñéndolo a la condición de producto.

De hecho, no se responde a través de ellos a las necesidades sociales de los sujetos, sólo se tiende a cubrir una determinada carencia pero en el marco de la eventualidad y del asistencialismo. De esta forma el énfasis está puesto en la tecnología y en el recurso que recorta de manera puntual a ese sujeto homologando su situación problemática y de vulnerabilidad, a una demanda lineal y preestablecida.

Merhy (2006:84) analiza esta situación y su implicancia en las prácticas de salud y señala que a partir de priorizar todo lo referente a los procedimientos, éstas se toman deshumanizantes e insuficientes: *“...pues aquel proceso de producción de actos de salud, puede simplemente ser ‘procedimiento-centrada’ y no ‘usuario-centrada’, y la finalidad última por la cual se realiza se agota en la producción de un paciente operado y punto final, o en un paciente diagnosticado orgánicamente y punto final, (...) En cuanto a usuarios, nosotros podemos ser operados, examinados, etc., sin que con eso tengamos las necesidades/derechos, satisfechas.”³⁵*

³³ ‘María Lucía’ en entrevista focalizada.

³⁴ Ídem 8, Pág. 72.-

³⁵ Merhy, Emerson Elías: “Salud: cartografía del trabajo vivo.” Traducción: Lidia Irene Nardo de Vega. Ed. Lugar Editorial, Bs. As. Argentina, 2006. Pág. 84

La problemática de salud no será entonces –desde esta perspectiva- la que presente cada actor de manera singular –en relación con el contexto actual más amplio- sino tal cual ha sido pensada y concebida desde los espacios oficiales y se ‘resolverá’ -en el mejor de los casos- en función de procedimientos preestablecidos.

A partir de esta brecha que se abre entre los discursos oficiales y las respuestas concretas que se materializan en lo cotidiano, es posible comprobar cómo esa captura de la que hablábamos con anterioridad, involucra a las instituciones y a las prácticas que se desarrollan al interior de las mismas, poniendo en juego su credibilidad y encauzando al mismo tiempo, sus direccionalidades y sentidos en el marco de una paradoja que rompe con las construcciones sociales que legitiman esos espacios.

- “Es como que tenés que dar la cara de algo que no funciona y la gente obviamente se enoja con el que da la cara...este... que las políticas vienen de más arriba, eso le tenés que explicar a la gente... uno es la cara visible de decirle un NO, pero que no tiene nada que ver con eso... que es uno más, en la cadena de las políticas.”³⁶

“En este desarrollo creo que uno está atrapado entre la gente y la institución y la dinámica diaria es... somos nosotros los que estamos dando la cara ante la necesidad y en eso veo un gran falla...”³⁷

Asimismo ‘Laura’ –otra de las colegas consultadas-, al opinar respecto de las políticas sociales expresa lo siguiente:

- “Y en realidad bueno... bastante fragmentadas... Pobres, muy pobres... Hoy cuando hablábamos de la ‘peregrinación’ de un paciente... Yo pensaba en el tema de la medicación, ¡es terrible!!! ¿No? (...) que son paliativas digamos... como cuestiones muy, muy... aisladas que no tienen una integralidad lo que son las políticas sociales en general, digo... Uno no puede terminar de entender la lógica ¿no? esto de tramitar una silla de ruedas en un ministerio y la medicación en el otro...”³⁸

³⁶ Ídem 32.-

³⁷ Ídem 33.-

³⁸ ‘Laura’ de 30 años de edad, Trabajadora social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

En este punto la colega señala cómo estas fragmentaciones alcanzan en lo cotidiano, tanto a los sujetos que demandan, como a los agentes que intervenimos a diario y puntualmente, a los Trabajadores Sociales.

Ciertamente, a partir de aquí es posible evidenciar cómo se reedita desde estos aspectos organizacionales y operativos la fractura entre el pensar y el actuar. No parece ser relevante al menos desde estos ámbitos, si los Trabajadores Sociales entendemos o no, si compartimos o no, qué sabemos y pensamos de determinadas cuestiones, 'hay que implementarlas'.

Claro que este mandato –a partir del cual se normatizan las prácticas institucionales y profesionales- no constituye una expresión lineal que se manifiesta de forma clara y coherente; es más bien la resultante de una trama enmarañada en la que confluyen concepciones, construcciones y rupturas que van pautando y definiendo posiciones y sentidos que estructuran un ámbito interaccional característico.

*"Las normas institucionales son formas de encuadramiento de los problemas. Ellas mismas determinan cuáles son, y la actuación profesional pasa a ser una forma de intervención en esos problemas institucionalizados en un esquema ya determinado por las normas de las instituciones."*³⁹

Estos encuadres institucionales responden a cuestiones ideológicas que se visualizan a partir de las prioridades, modalidades y alcances establecidos a través de los diferentes planes de salud: en los recursos disponibles, en los tiempos y en las respuestas que se concretan a partir de ellos.

De la revisión desarrollada hasta aquí en función de las características generales de los programas vigentes, surge que **en su totalidad están centrados en la gestión de medicación o insumos pertenecientes al área médica**; en virtud de lo cual podemos coincidir con lo expresado Merhy (2006: 86 y87): *"Entonces, podemos decir que el modelo asistencial que opera hoy en nuestros servicios es centralmente organizado a partir de los problemas específicos, dentro de la óptica hegemónica del modelo médico neoliberal y que subordina claramente la dimensión cuidadora a un papel irrelevante y complementario. Además de esto, podemos también afirmar que en este modelo asistencial, la acción de los otros profesionales del equipo de salud es sometida a esta lógica dominante, teniendo sus núcleos*

³⁹ Faleiros, Vicente de Paula: "Trabajo Social e Instituciones." Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina. 1986. Pág. 35.-

específicos y profesionales subordinados a la lógica médica, con su núcleo cuidador también empobrecido.”⁴⁰

Este modelo caracterizado por perspectivas focalizadas y rígidas no logra adecuarse a la realidad, solo responde parcialmente a un nivel superficial. De hecho algunos indicadores que dan cuenta del panorama actual en el campo de la salud, señalan lo siguiente:

“Alto porcentaje de la población con dificultades de accesibilidad o sin accesibilidad a los servicios de salud, alto índice de mortalidad prevenible, saturación del sistema hospitalario, mala distribución de los recursos existentes, despersonalización de la atención, sobreutilización de exámenes, procedimientos e internación, ineficiencia en la emergencia, fragmentación de la asistencia y desarticulación en el sistema de derivación, entre otros.”⁴¹

La realidad a partir de estas cuestiones pendientes, pone de manifiesto que el tema de la salud-enfermedad-asistencia es un campo complejo que trasciende la lógica médica y la asistencia puntual de la enfermedad.

En relación a ello, De Souza Minayo realiza un aporte sumamente enriquecedor: *“Esto se debe al hecho que, en primer lugar, la salud no instituye ni una disciplina, ni un campo separado de las otras instancias de la realidad social. (...) Su especificidad está dada por las inflexiones socioeconómicas, políticas e ideológicas relacionadas con el saber teórico y práctico sobre salud y enfermedad. Sobre la institucionalización, la organización, administración y evaluación de los servicios y la clientela de los sistemas de salud. Dentro de este carácter peculiar está su comprensión multidisciplinaria y estratégica.”⁴²*

Sin dudas el problema de la accesibilidad es un eje de debate fundamental dado que se constituye en la plataforma que sustenta y posibilita una atención adecuada e integradora en cualquiera de sus niveles, pero fundamentalmente instituye la amalgama indispensable de salud en tanto derecho.

No obstante ello, esta cuestión parece estar relegada a un lugar suplementario, que sólo asoma en algunas propuestas de manera tangencial y que permanece en el nivel de los enunciados.

⁴⁰ Idem35, Pág. 86 y87, respectivamente.

⁴¹ V.V.A.A: “La Nueva Pobreza en el Ámbito Hospitalario: De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2007.- Pág. 73

⁴² De Souza Minayo, María Cecilia: “El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en Salud.” Traductor: Juan Francisco Barraza Martínez. Ed. El Lugar Editorial. Bs. As. Argentina, 2004.- Pág. 10 y 11 respectivamente.

Así como el diagnóstico y tratamiento de las diversas enfermedades o patologías del orden clínico son de la competencia médica, lo referente a la accesibilidad-exclusión hace a la incumbencia del Trabajo Social.

A partir de ello y a sabiendas de que no existe hoy por hoy, en el Ministerio de Salud de la Pcia. un área social a nivel central, a partir del cual se organicen y se diseñen las intervenciones sociales en Salud; surgen los siguientes interrogantes:

¿Acaso este vacío de la dimensión social e integradora en los diversos planes de salud tendrá correspondencia con nuestra participación en ellos? ¿Cuál es nuestra participación en la planificación - implementación de estos programas?

Sucede que en su mayoría, los diferentes programas de salud que se implementan no poseen un contenido social a partir del cual se promueva la accesibilidad y participación de los actores sociales que demandan.

En efecto, una de las dimensiones que justamente han ido perdiendo las políticas sociales en los últimos años, ha sido justamente su aspecto integrador.

“La exclusión y la categorización institucionales se hacen en nombre de la normalización. (...) Se trata de un mercado especial para los que están excluidos de la producción y el consumo, de esa manera se los excluye aún más.”⁴³

Una de las colegas consultadas realizó un aporte sumamente interesante en relación al diseño y contenido de los diferentes programas:

*“..Desde lo que son las áreas programáticas
está perfectamente pensado...,
están pensadas desde un escritorio ¿no?
Pero siempre tienen más una connotación médica que ... o sea,
involucra la connotación social
pero se queda en la cuestión médica...
Entonces es donde por ahí hacen agua al bajarlas...
Por lo cual yo diría que cuándo se sientan a hacer
tendría que haber gente idónea,
algún profesional que opine...
¿Dónde viste vos, que exista un trabajador social que programe?”⁴⁴*

⁴³ Ídem 39, Pág. 10.-

⁴⁴ Ídem 25.-

A partir de lo expresado precedentemente, es posible profundizar acerca de esas desviaciones que se presentan como un desencuentro con lo real.

El aspecto secular y focalizado de las políticas se hace tangible en este punto, los programas diseñados sólo han previsto el aspecto médico, desde esta perspectiva profesional y en función de los presupuestos oficiales. Entonces sólo podrán responder a cuestiones estándares de **patologías específicas**, con los recursos disponibles a partir de la lógica del costo beneficio. La realidad social es ignorada desconociéndose asimismo dimensiones culturales y simbólicas de la población. Al mismo tiempo que no se ha previsto un ámbito a partir del cual, los actores sociales puedan elegir o proponer alternativas de acceso a esos tratamientos. Así la alternativa en tanto bifurcación heterogénea de alteridad, no se encuentra presente en estos diseños.

“Si no acepta las normas queda excluido de los posibles ‘beneficios’, si se integra a las normas de la institución queda socialmente excluido, queda institucionalizado como ‘cliente’, marcado por las etiquetas profesionales y, a veces, confinado por la misma institución.”⁴⁵

Podemos decir entonces que este ordenamiento a partir de la elaboración y diseño de los diferentes programas, se estatuye en una lógica rígida y cerrada a otros saberes y perspectivas.

¿Cuál es la interacción del Trabajo Social con esta lógica y que implicancias tiene en el quehacer profesional?

Ahora bien, otra instancia a tener en cuenta en la implementación y desarrollo de estas políticas es la modalidad y el alcance en lo que se refiere a la transmisión y comunicación de los diferentes programas y/o propuestas elaboradas desde el Ministerio de Salud.

De hecho a partir de esta faceta, esos diseños de algún modo se comparten, se hacen extensivos a las diferentes instituciones y servicios. Vale recordar que en virtud del objeto de estudio de la presente investigación, sólo se analizará la temática comunicacional en relación a los distintos Servicios Sociales.

Al indagar sobre este aspecto, es posible concluir en que la información también es acotada, en relación a ello algunos de los colegas consultados expresaron lo siguiente:

⁴⁵ Ídem 39, Pág. 10

*“sólo los instructivos. (..)O sea que a uno lo tienen...
bueno, ¡hay cada uno también! pero...
- ¡qué va a leer... ponete a laburar y listo!!!”⁴⁶*

*- “Si... hay unos instructivos que tienen que ver con la implementación
operativa
y con lo que tiene que traer el paciente: esto, esto y esto...
eso es así,
sino no llevás todo,
no... no pasás el peaje.”⁴⁷*

*- “Por lo general, nos vienen los instructivos
y después se hace una reunión
y nos ponen al tanto de cómo se van a implementar...”⁴⁸*

*“En algunos casos sí, en otros no.
A veces ni a las Unidades Sanitarias nos llegan.
Por ejemplo, Yo que trabajo en tuberculosis,
a veces hay cambios y nosotros nos enteramos después.
(..) Y a veces todo el instructivo es en forma oral.”⁴⁹*

*“En lo que tengo acceso lo hago a nivel personal,
por un tema mío de conocimiento,
pero cuando a mí me llega,
me llega el planillaje, la forma operativa de realizar el trámite
pero no tengo los objetivos
ni soy partícipe de ninguna programación,
ni diagramación de nada.”⁵⁰*

⁴⁶ Ídem 28.-.

⁴⁷ Ídem, 38.-

⁴⁸ Ídem 32.

⁴⁹ ‘Pedro’ de 59 años de edad, Trabajador Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

⁵⁰ Ídem 33.-

De lo expuesto, se desprende que por lo general la información suministrada a los diferentes servicios sociales está referida fundamentalmente a la cuestión operativa, la transmisión de aspectos que hacen a la fundamentación, finalidad y objetivos de los diferentes programas, son cuestiones que parecen haber quedado en desuso.

*- "Hace mucho que no nos reunimos por programas...
reuniones que he tenido cuando se implementó por primera vez...
por ejemplo en lo que es PRODIABA
yo tengo uno de la primera vez,
te estoy hablando...
de esto hace mas o menos...
y si, quince años atrás... (...)
Con el instructivo, con los objetivos, las modalidades...lo macro y lo micro.
Está, está...
pero lo que cuestiono en todo caso,
es que hay a través del tiempo cambios (...)
Hay cosas que han ido avanzando en el tiempo...
que no están.
Y que por ahí, si aparece la consulta o la necesidad,
agarro el teléfono y llamo al 'Programa' a nivel central, en la Plata." 51*

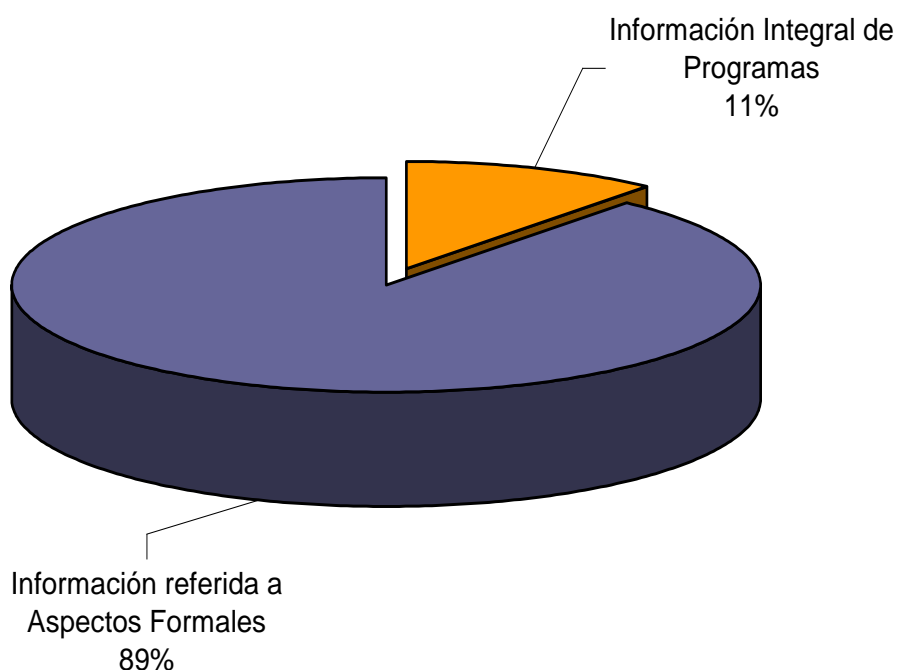
La modalidad y alcance en la comunicación de estos programas hace hincapié en la implementación que por otra parte parece constituirse desde esta óptica, en la etapa unívoca de nuestra competencia. Más allá de los diferentes matices que pueda imprimir cada institución, la comunicación referida a la difusión de los diferentes planes y/o procedimientos es del tipo lineal y verticalista.

"El punto se pone en la forma y no en la sustancia. Los diagnósticos y dispositivos para la intervención se vuelven cada vez más complicados y sofisticados, pero las intervenciones se simplifican enormemente, al punto que en la realidad casi desaparecen." 52

⁵¹ Ídem, 25.

⁵² Baráibar Ribero, Ximena: "Poco, para pocos y por poco tiempo: Políticas sociales en tiempos de emergencia." En: "Actores Sociales, Políticas Públicas y Debates Sobre el Desarrollo." Revista "Escenarios" N° 12. Año 7. Revista Institucional de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de la Plata. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. Octubre 2007. Pág. 27.-

Modalidades y Alcances en la Comunicación de los Programas Vigentes.



De la información recolectada a través de las entrevistas focalizadas, surge lo siguiente: el 89% de los profesionales consultados manifestaron que la información a que tienen acceso, está referida fundamentalmente al aspecto formal, es decir, a las modalidades y requisitos de implementación de los diferentes programas. Sólo el 11% expresó haber recibido información integral en lo que respecta a la formulación, desarrollo e implementación de los Programas vigentes (finalidades, objetivos, políticas, conjuntamente con las modalidades de implementación) no obstante, dicha información fue suministrada hace más de diez años, sin que medie actualización alguna al respecto

De hecho las prácticas reservadas a los Trabajadores Sociales en el desarrollo e implementación de estos programas –referidos por lo general a la gestión de insumos y prácticas médicas- son del tipo reproductivas y no requieren del saber y especificidad profesionales. ‘Todo’ parece estar diseñado, incluso nuestra práctica, que pensada desde otras disciplinas queda organizada en función del orden técnico-administrativo. La finalidad de estos programas se nos presenta en forma difusa y desde las exigencias oficiales e institucionales, lo prioritario es la modalidad que debe cumplimentarse paso a paso.

*“yo creo que ya está pautado,
que nuestra intervención es muy acotada en programas.
Es llenar la encuesta social,
completar los ítems de la encuesta social y nada más.
Quizás en la entrevista que vos tengas encontrás otras problemáticas
detrás pero... es como un requisito más para llegar a la medicación, a la
insulina, a la prótesis, o lo que sea...”⁵³*

Así, nuestra participación en estos programas queda vinculada a la gestión en función de los procedimientos, recursos y tiempos preestablecidos por el ministerio. Desde esta perspectiva, la interacción propuesta se caracteriza por la rigidez y asimetría. De esta forma, el trayecto de la intervención parece responder unilateralmente a lo pautado desde estos lineamientos que no han previsto la demanda del actor, su padecimiento y las dificultades para acceder a esos tratamientos. **Cuestiones éstas, que impensadas pero reales, se harán presentes en cada intervención social.**

No obstante como señaláramos en un comienzo, estas no constituyen la totalidad de las prácticas que desde los diferentes Servicios Sociales se desarrollan. En efecto, tal como señala “María” este es un requisito más pero a partir de la entrevista con ese sujeto, surgirán otras problemáticas que requieren de nuestra intervención.

Problemáticas imprevistas que ingresarán a la dimensión de lo complejo ya no sólo por lo novedoso sino porque no ha sido pensado el espacio o el ámbito para canalizarla, lo cual genera un enorme desgaste y promueve la invisibilización de estas cuestiones. Vale aclarar que este tema, será desarrollado y analizado con mayor detenimiento en el siguiente capítulo.

⁵³ Ídem 32.-

Por otra parte, no se han generado en el desarrollo e implementación de los diferentes programas y/o procedimientos, espacios destinados a la revisión y evaluación acerca de la operatividad y 'resultados' de estos programas.

El orden fáctico se hace presente en el campo de la salud, cerrándose al debate y a la discusión. Al mismo tiempo que limita con ello, la participación y el aporte genuinos de otros saberes y disciplinas.

De lo desarrollado a lo largo del presente capítulo surge como tema pendiente en el campo de la Salud, lo expresado por Mallimaci: *"Así mismo deben ser más trabajadas las dimensiones culturales y simbólicas que permitan comprender identidades, imaginarios y concepciones que permitan dar cuenta de la aprobación o rechazo a ciertas propuestas: de la presencia de dimensiones afectivas y religiosas muchas veces ignoradas en los análisis. Pluralidad de opciones que den cuenta de una diversidad hoy presente a nivel social, étnico, de género, generacional, religioso, etc. que debe ser valorada más que buscar homogeneizar detrás de consignas unificadoras"* ⁵⁴

En este punto se hace evidente la importancia del Trabajo Social y el valioso aporte que desde esta disciplina se puede realizar al campo de la Salud, más allá de la ejecución de programas y procedimientos preestablecidos, a partir de propuestas propias que tiendan al abordaje de la realidad que vemos y escuchamos a diario a partir de los contextos institucionales y políticos en los que nos toca intervenir.

*"En este escenario los trabajadores sociales tienen no sólo el deber de estar atentos a la políticas que se diseñan e implementan, por el impacto evidente que ellas tienen en su quehacer profesional, sino por sobre todo, ser activos protagonistas desde los procesos mismos de gestación. Pensamos que esto implica que los trabajadores sociales sean capaces, por su lado, de dar cuenta, desde su posición privilegiada, del real impacto de dichas políticas en la gente concreta, más allá del exitito de algunas cifras y, por otro lado, asumir un rol mediador entre las racionalidades que convergen, muchas veces conflictualmente, en las políticas sociales: la racionalidad del mundo de la vida de los pobres y la racionalidad ilustrada de los diseñadores de políticas."*⁵⁵

⁵⁴ Ídem 13, Pág. 42.-

⁵⁵ Quezada Venegas, Margarita: "La Promoción Humana: Un desafío para las Políticas Sociales" en: Revista de Trabajo Social Nro. 68 "Política Social: ¿Mantener, Innovar, Crear...?. Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile. 1996. Págs.: 5 y 6 respectivamente.

Surge a partir de todo ello, la necesidad de análisis más amplios que permitan vincular lo macroestructurante con la expresiones individuales que se nos presentan, construyendo y recreando más y nuevos espacios, direccionalidades y sentidos a través de una sinergia interaccional más flexible, abierta e integradora.

Conclusiones:

A modo de síntesis podemos concluir en que las diferentes crisis que puedan surgir con sus diversos matices e implicancias no son lo realmente relevante, de hecho siempre existieron y van a existir: “la crisis del 30”, “el Rodrigazo”, “la hiperinflación”, “el efecto tequila”, “el devaluación”, hoy “la caída de los mercados”, etc. Lo realmente importante aquí es cómo se enfrentan desde el Estado, cómo se distribuye el poder a partir de la relación entre éste y la Sociedad Civil.

De esta forma, la Políticas Sociales aparecen como mediadoras de esta relación, al mismo tiempo que responden a concepciones y definiciones que se desarrollan en torno a la problemática social. A su vez, estas definiciones son fruto de tensiones y enfrentamientos que se constituyen en un proceso de construcción-desconstrucción permanente.

Si bien la realidad en el campo de la salud no puede ser analizada al margen de la realidad nacional actual y de las implicancias internacionales en ella, el campo de la Salud se presenta como un ámbito complejo habitado por lógicas y construcciones que le son propias, que hacen a una tradición y rasgos identitarios que lo dotan de singularidad y sentidos.

Desde siempre, la salud ha sido un tema de suma importancia porque hace a la posibilidad, calidad y durabilidad de vida, y si bien este reconocimiento está presente en los enunciados actuales, la realidad denuncia que no logran traducirse en una atención accesible y adecuada.

El campo de la salud históricamente ha sido programado y organizado en función del saber médico, que ha ocupado un lugar privilegiado en el ámbito nodal desde el cual se conforman las políticas sociales.

Ello conjuntamente con el modelo de Estado neoliberal imperante en los últimos años, ha dado lugar a políticas de ajuste, focalizadas y reduccionistas sustentadas en la lógica del mercado.

Las políticas de salud actuales están referidas a la gestión de insumos y prácticas médicas que tienen su prioridad en los procedimientos y aspectos formales. No se responde a través de ellas a las necesidades sociales sino que se intenta cubrir un determinada carencia pero en el marco de la eventualidad y el asistencialismo.

Estas cuestiones se hacen visibles tanto a partir del diseño e implementación de los programas vigentes, como de aspectos organizacionales y operativos que configuran el corpus de los lineamientos políticos, que ordenan el marco común de las instituciones sanitarias y las prácticas que se desarrollan al interior de las mismas.

Del análisis realizado, surge que las respuestas producidas son acotadas y falibles dando lugar a una fractura entre los distintos enunciados discursivos y los resultados que se concretan a partir de las instituciones y las prácticas que se desarrollan en éstas, poniendo de relieve el tema de la legitimidad y encauzando sus direccionalidades y sentidos.

Las situaciones problemáticas y de vulnerabilidad son homologadas a una demanda lineal y preestablecida que se impone a través de un ordenamiento fáctico que se cierra a la participación de otros saberes y disciplinas. Todo ello pone de relieve una serie de cuestiones pendientes que se refieren al problema de la accesibilidad-exclusión. De ahí la importancia de desinvisibilizar estas cuestiones hoy impensadas, por el sistema de salud actual.

Acaso las políticas sociales sean el síntoma que anuda esta interacción en el cuerpo mismo de la sociedad y en el que subyacen padecimientos que sólo podrán encontrar alivio en tanto puedan ser desmentidos y descifrados. Ello requiere de una mirada atenta que sea capaz de revisar y escuchar desde las superficies que lo encarnan y las voces que lo relatan, pues en ellos anida una dimensión de lo real.

Bibliografía Capítulo III

- AQUÍN, Nora (compiladora): Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2003.-
- ALAYÓN, Norberto. “Democracia, Derechos Sociales y Trabajo Social.” En: Brugos Ortiz, Nilsa (coordinadora): “Acerca de la Democracia y de los Derechos Sociales: Política Social y Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2006.-
- BARÁIBAR RIBERO, Ximena: “Poco, para pocos y por poco tiempo: Políticas Sociales en Tiempos de Emergencia.” En: “Actores Sociales, Políticas Publicas y Debates Sobre el Desarrollo.” Revista Escenarios Nro. 12. Año 7. Revista Institucional de la Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de la Plata. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, Octubre de 2007.-
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel: “La Intervención en lo Social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.” Ed. Paidós, Bs. As. Argentina, 2002.-
- -----: “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad.”. Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2004.-
- -----: “El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2006.-
- -----: “Escuchar las Prácticas: La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social.” Ed. Espacio. Arg. 2007
- ETKIN, Jorge: “La Doble Moral de las Organizaciones: Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada.” Ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA. S.A.U. Aravaca, España. 1997.-
- CHIAPELLO y FAIRCLOUGH: “understanding the new management ideology: a Transdisciplinary contribution from critical discourse analysis and new sociology of capitalism.” En: “Discourse 6 Society” Vol 13 (2), sage Publications, London, Thousand oaks, CA and new Delhi, 2002. en: Aquín Nora (organizadora): “Trabajo Social, Estado y Sociedad: cuestión social, políticas publicas y trabajo social.” Tomo 2. Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2008.-
- DE SOUZA MINAYO, María Cecilia: “El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en Salud.” Ed. El Lugar Editorial. Bs. As. Argentina, 2004.-
- ESTRADA OSPINA, Víctor M.: “Salud y Planificación Social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2006.-
- FALEIROS, Vicente de Paula: “Trabajo Social y las Instituciones.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina. 1.996.-
- FOUCAULT, Michel: “El Nacimiento de la Clínica: Una arqueología de la mirada médica.” Ed. Siglo XXI. Editores Argentina. S.A. (1era ed. En 1963 en Francia), Traducción de: Francisca Perujo. Bs. As. Argentina, 2003
- GRASSI Estela: “Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: La otra década infame (I).” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2003.-
- MALLIMACI, Fortunato: “Estado y Políticas Sociales en Argentina de fin de Milenio: Incertidumbre y esperanzas.” En: “La Especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional.” En: V.V.A.A.: “Encuentro Académico Nacional de F.A.U.A.T.S. Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 1996.-
- MERHY, Emerson Elías: “Salud: cartografía del trabajo vivo.” Ed. Lugar editorial. Bs. As. Argentina, 2006.-
- NETTO, José Paulo: “Reflexiones en torno a la ‘cuestión social’” en: V.V.A.A.: “Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2002.-

- PONCE, Geraldine: “Hacia una redefinición de la relación entre las instituciones y los sectores populares.” En V.V.A.A.: “Trabajo social de Hoy: experiencias de campo e intervenciones profesionales.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2002.-
- QUEZADA VANEGAS, Margarita: “La Promoción Humana: Un desafío para las Políticas Sociales.” En: Revista de Trabajo Social Nro. 68. “Política Social: ¿Mantener, Innovar, Crear..? Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile. 1996.-
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA “Diccionario de la Lengua Española. Tomo I. Ed. Espasa. Calpe. S.A. Reimpresión grupo Planeta. Bs. As. Argentina, 2004.
- V.V.A.A: “La Nueva Pobreza en el Ámbito Hospitalario: De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2007.-

CAPITULO IV:
“LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO
SOCIAL EN SALUD

Introducción

La ‘especificidad’¹ del Trabajo Social entendida como construcción histórico-social, nos remite a una concepción dinámica e interactiva respecto del saber-pensar-actuar-conocer que hace a la esencia de la dimensión profesional.

Desde esta perspectiva la especificidad se nos presenta como un entramado en el que confluyen varios aspectos y/o dimensiones, que interactúan en este proceso constructor.

De hecho, es posible distinguir un atravesamiento temporal en un doble sentido: uno diacrónico que la implica en tanto trayecto o perspectiva históricos; y otro sincrónico que la enmarca en un contexto situacional, en un aquí y ahora.

Estos movimientos, interacciones y sentidos permiten destacar el recorrido profesional, al mismo tiempo que posibilitan reconocer y reconocernos en rasgos indelentables, a partir de construcciones propias que han perdurado a lo largo del tiempo.

Este cauce se constituye en el marco común que dota de sentido la actividad profesional y que a través de su interacción con la geografía social, se irá renovando y estableciendo más y nuevos trayectos.

En esta instancia, es posible visualizar cómo esta esencia va tomando cuerpo a través de prácticas y saberes especializados –objetivados- en el que se sintetizan aspectos generales y singulares de nuestro campo profesional.

¹ Considero oportuno recordar lo conceptualizado en el capítulo II, y ampliar dicha definición a partir de lo siguiente: “La **especificidad profesional** es una construcción histórico-social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Este ámbito de relaciones está constituido por SUJETOS SOCIALES que tiene un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional. Por lo tanto es una relación social la que identifica y delimita a los sujetos involucrados en la intervención profesional y le otorga a cada uno un lugar y una función. De este modo, el problema social, a través del cual se establece la relación entre los sujetos sociales, se constituye en OBJETO DE INTERVENCIÓN de la práctica profesional.” García Salord, Susana: “Especificidad y el Rol en Trabajo Social: Currículum – Saber – Formación.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina, 1991. Pág. 19.-

En efecto, este marco general de la profesión adquiere singularidad a partir de diversos matices que se imprimen en el juego interaccional que surge a través de la práctica en las diferentes áreas de la acción social, que requieren de nuestra intervención. Claro que ambos aspectos se interrelacionan de manera constante retroalimentándose permanentemente. Y es a partir de allí, que podemos y debemos aportar a las diferentes áreas o campos, haciendo dialogar ambas dimensiones.

En el quehacer cotidiano esta construcción –creación con- se concreta a partir del nexo interactivo entre el **campo de pertenencia** y el **campo de dependencia laboral**, en torno al **objeto de intervención** en tanto **campo problemático**, reconfigurando la situación problemática y con ello, la intervención/actuación profesional.

De este modo la intervención profesional –“ese venir entre”- es reconocida como una dimensión compleja de la actuación profesional dando cuenta de las tensiones que surgen en el campo del Trabajo Social, a partir de la práctica cotidiana.

Ello nos exige conceptualizar, conocer y actuar desde el propio saber especializado. De hecho, el punto de partida de la actividad profesional debe fundarse en el **campo de pertenencia** ya que éste, es el que nos habilita como profesionales para intervenir en una determinada área². No obstante ello, toda inserción profesional-laboral, se desarrolla y estructura en torno a relaciones de fuerza, que es necesario clarificar y analizar desde y a través de este proceso constructor.

A partir de aquí surge la importancia de este ámbito interactivo en torno a la **especificidad**, dado que es inherente a la condición profesional y resulta indispensable a la hora de trascender las dicotomías teórico-metodológicas, las direccionalidades externas y los préstamos de otras disciplinas, dificultades aún vigentes, produciendo importantes afectaciones en la autonomía profesional.

Si bien el ejercicio profesional debe sustentarse en los conocimientos teórico-metodológicos, la rigurosidad científica nos exige trascender

² El concepto de **Áreas de Intervención** es tomado de lo desarrollado por García Salord : “De acuerdo a la múltiple combinación de sujetos y objetos de intervención, y dado que la especificidad del Trabajo Social –es decir el establecer circuitos de intermediación- se ubica en el circuito de la distribución de los recursos, definidos en el terreno de la disputa entre las clases sociales, el estado y la sociedad civil, resulta que la práctica profesional se desarrolla en una diversidad de AREAS DE INTERVENCION que, siendo específicas desde un punto de vista interno al campo, están definidas por la forma en que socialmente se estructura la organización y administración de los recursos y satisfactores para la atención y tratamiento de los problemas sociales, que son motivo de intervención por parte de Trabajo Social.”- Ídem 1, Pág. 42 y 43 respectivamente.

asimismo, las teorizaciones meramente reproductivas, estableciendo conexión con la práctica en la cual éste se desarrolla. Como plantea Aquín (2008:14) la necesidad de: “...un proceso sistemático de acumulación de conocimientos y experiencias que garanticen un mayor nivel de eficacia en la intervención.”³

La especificidad se encuentra latente en nuestra actividad profesional pero ¿logra plasmarse en el quehacer cotidiano a través de estas vinculaciones?

En virtud de ello es que a lo largo del presente capítulo realizaré un recorrido a través del entramado tensional que implica a la intervención/actuación profesional en el campo de la salud, revisando y estableciendo vinculaciones entre éste y el campo de pertenencia, a partir de los siguientes ejes conceptuales: La Salud y el Trabajo Social; El Espacio Profesional y el Campo de Dependencia –las instituciones Sanitarias- ; La dimensión instrumental-operativa vehículo interactivo entre la realidad social y la ‘realidad oficial’.

Debates Teóricos en Torno a la Especificidad:

Si bien de lo desarrollado hasta aquí, se desprenden los lineamientos generales del marco teórico-conceptual a partir de la cual se entiende y se trata en este trabajo la especificidad profesional, considero oportuno en este punto introducir otras perspectivas teóricas, en torno a esta categoría de análisis, a modo de ilustrar y enriquecer su tratamiento.

Carlos Montaña (2000) sostiene que no existe una **especificidad** del Trabajo Social y homologa este concepto al de **especialización intra-profesional:**

“El concepto de ‘especificidad’ se refiere a la cualidad que cierta especie posee y por la cual esta última se torna especial, diferente de otras. Así, el carácter de específico de alguna cosa atribuye dos condiciones: primeramente, esta característica por ser específica, debe reflejarse, debe estar presente en todos los miembros de esta especie, teniendo una dimensión inclusiva; en segundo lugar, ella no puede existir en miembros de otras especies, lo que muestra su dimensión exclusiva, quiere decir: lo que nos diferencia de los otros y lo que nos identifica como cuerpo. (...)

³ Aquín, Nora: “Situación de las Prácticas, Pensar las Prácticas” en: Revista Escenarios Año 8, N° 13: “Prácticas Profesionales y Prácticas Sociales Contemporáneas.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. Julio 2008, Pág.14.

Pero, procurar la ‘especificidad’ del Servicio Social en la división sociotécnica del trabajo, significa determinar su ‘especialidad’ –o si se prefiere, determinar la especialización del Servicio Social.’”⁴

El mencionado autor plantea que la búsqueda y tratamiento efectuado por varios autores en relación a la especificidad, se basa en una postura endogenista en pro de la legitimación profesional; a partir de lo cual los intereses e inquietudes del Trabajo Social, están puestos en función del campo de pertenencia profesional más que en la realidad social; lo cual conduciría a posturas tradicionales y fragmentadas de intervención.

Al mismo tiempo, la presenta como una postura ‘conformista’ a partir de la cual se preserva al propio campo de la posible ‘invasión’ de otras disciplinas, en desmedro de los niveles de ‘cualificación’:

“esta estrategia comodista (y conformista) encuentra su fundamento en la idea de que hay especificidad/es en el Servicio Social, efectivamente, si todos los asistentes sociales y exclusivamente ellos son depositarios de ciertas funciones, métodos, teorías, etc., ningún otro profesional podrá invadir ese espacio funcional sin que esto atente contra el principio de preservación de la ‘propiedad privada’, alma del sistema social en el cual se desarrolla. Y si para eso la condición de ‘no ser invadido’ es ‘no invadir’, el canje les parece justo. Nada más positivista, más subalternizante, nada más conformista y comodista que este principio.”⁵

Asimismo esgrime que el problema principal en torno al debate y tratamiento de la especificidad, radica en ‘suponer’ que la falta de ella deslegitima al Trabajo Social.

No obstante las diferencias presentadas hasta aquí en relación a la perspectiva teórica adoptada, es posible encontrar un punto de coincidencia con el mencionado autor:

“...el Servicio Social no puede ni debe, en cuanto colectivo profesional, definir a priori y rígidamente el sujeto al cual va dirigida su intervención, su público-meta, ni establecer un proyecto político-profesional totalmente predeterminado. La creatividad, la diferencia, la heterogeneidad de cada profesional son esenciales para el desarrollo de la profesión.”⁶

⁴ Montaña, Carlos: “La Naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su Génesis, su Especificidad y su Reproducción.” Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Traducción: Pastorini Alejandra. Ed. Cortez Editora. 2da Edición. São Paulo, Brasil. 2000. Págs.: 108 y 109 respectivamente.

⁵ Ídem 4, Pág. 117.

⁶ Ídem 4, Pág. 194

De hecho consideramos que todos estos aspectos deben construirse permanentemente en relación con la dimensión macroestructurante que se encuentra sujeta a permanentes cambios y por ende, en continua interacción con la práctica cotidiana.

Para Montaña (2000:197) el compromiso político y ético profesional debe estar en función de: ‘la transformación’ de la realidad, con la calidad de vida de los sujetos, con el ‘cambio’ de la sociedad y con las ‘respuestas’ a las demandas.

*“Es por eso que se trata antes de un compromiso **político** que de una opción corporativa.”⁷*

En este punto el autor antepone una dimensión a la otra, a partir de lo cual se infiere cierta fractura, característica que se constituye en una diferencia sustancial en relación a la perspectiva adoptada; dado que la dimensión ético-política es considerada en este trabajo como una unidad integrada, inherente al campo de pertenencia profesional.

Marilda Yamamoto –autora brasilera- trata el tema desde una perspectiva histórico-crítica en el marco de la división social y técnica del trabajo con sustento teórico-metodológico, en las determinaciones marxistas. No obstante ello, evidencia una postura crítica con respecto a las posiciones más conservadoras del Trabajo Social y a la propia doctrina marxista tal como fuera incorporada a partir del proceso de reconceptualización.

La mencionada autora, plantea que a partir del tratamiento que se diera a la cuestión social en Brasil (lo cual generó el agravamiento de las tensiones sociales, el aumento de la pauperización y las consecuentes secuelas sociales), se diversificó el campo y la demanda a los ‘Asistentes Sociales’ colocándolos en el lugar de ‘especialistas’:

“Este cuadro coyuntural, representará para los Asistentes Sociales, una ampliación creciente del campo de trabajo. Paralelamente diversificará las demandas hechas al medio profesional en el sentido de asumir y enfrentar una serie de tareas y funciones relativas a la implementación de las políticas sociales, dentro de la nueva racionalidad que el modelo político impone.”⁸

⁷ Ídem 4, Pág. 198.

⁸ Yamamoto, Marilda V.: “Servicio Social y División del Trabajo.” Traducción: Alejandra Pastorini. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Ed. Cortez. São Paulo, Brasil. Julio de 1997. Pág.84.-

A su vez, sostiene que la ampliación del mercado profesional se da en consonancia con las modalidades impuestas por los sectores dominantes para enfrentar las nuevas manifestaciones de la ‘cuestión social’, lo cual implica novedosos desafíos en la capacitación a los fines de favorecer respuestas que se hallen a la altura de las circunstancias.

A partir de ello la autora propone la siguiente perspectiva de análisis:

“Se podría afirmar que las reflexiones aquí reunidas buscan responder la siguiente indagación: ¿cómo se sitúa el Servicio Social en la reproducción de las relaciones sociales? Así, más que un análisis centrado en los elementos constitutivos que dan un perfil peculiar al Servicio Social, frente a otras profesiones, el esfuerzo se orienta en el sentido de aprehender las implicancias sociales que forman parte de las condiciones de ese ejercicio profesional en la sociedad actual.”⁹

Así la propuesta consiste en comprender a la profesión en el contexto de las relaciones sociales y condiciones que le atribuyen un significado. *“... la comprensión de la profesión de Servicio Social implica el esfuerzo de insertarla en el conjunto de condiciones y relaciones sociales que le atribuyen significado y en las cuales se torna posible y necesaria. Se afirma como un tipo de especialización del trabajo colectivo, al ser expresión de necesidades sociales derivadas de la práctica histórica de las clases sociales en el acto de producir y reproducir los medios de vida y de trabajo... El desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones engendradas en ese proceso determinan nuevas necesidades sociales y nuevos impases que pasan a exigir profesionales especialmente calificados para su atención, según los parámetros de racionalidad y eficiencia inherentes a la sociedad capitalista.”¹⁰*

Seguidamente plantea que el desarrollo y afianzamiento del Servicio Social en Brasil, surge estrechamente integrado al sector público – característica que reviste coincidencias con lo ocurrido en nuestro país- y que si bien la legislación que reglamenta el ejercicio profesional la define como una profesión ‘liberal’, se diferencia de otras profesiones al no ejercer de manera ‘independiente’ y ‘autónoma’ su práctica profesional.

“La profesión se consolida, entonces, como parte integrante del aparato estatal y de empresas privadas, y el profesional, como un asalariado al servicio de las mismas. De esta forma, no se puede pensar la profesión en el proceso de reproducción de las relaciones sociales

⁹ Ídem 8, Pág.:85

¹⁰ Ídem 8, Pág. 91.

independientemente de las organizaciones institucionales a las que se vincula, como si la actividad profesional se encerrase en sí misma y sus efectos sociales derivasen exclusivamente de la actuación profesional. Siendo integrante de los aparatos de poder, como uno de los colectivos profesionales involucrados en la implementación de políticas sociales, su significado social sólo puede ser comprendido si se toma en consideración tal característica.”¹¹

No obstante reconocida en la incursión profesional, una mayoritaria dependencia laboral-institucional, la autora señala que tanto la ética, como el contacto directo con los ‘usuarios’ posibilitan propiciar alternativas singulares dentro de esos contextos, favoreciendo al mismo tiempo, cierta autonomía en la práctica profesional:

“... la reivindicación de una deontología (Código de Ética), el carácter no rutinario de la intervención, posibilitando a los agentes especializados un cierto margen de maniobra y libertad en el ejercicio de sus funciones institucionales. Otra característica que merece relieve es la existencia de una relación singular en el contacto directo con los usuarios –los ‘clientes’- que refuerza un cierto espacio para la actuación técnica, abriendo posibilidad de reorientar la forma de intervención, de acuerdo con la manera de interpretar el papel profesional. A eso se suma otro trazo peculiar al Servicio Social: la indefinición de ‘qué es’ o ‘qué hace’ el Servicio Social, abriéndole al Asistente Social la posibilidad de presentar propuestas de trabajo que sobrepasen meramente la demanda institucional.”¹²

Otras de las cuestiones planteadas por Iamamoto es la necesidad de revisar el discurso profesional y los efectos de la práctica, dado que a menudo es posible encontrar cierta fractura entre uno y otro; ya que el profesional contratado por las diferentes instituciones –en general desde la órbita del estado- actúa a partir de un soporte jurídico-institucional otorgándole un carácter ‘oficial’ que se impone ante el usuario, coartando sus posibilidades de elección.

A su vez, sostiene que en virtud de los lugares que ha ocupado y ocupa el ‘Asistente Social’ a partir de su práctica, tiene acceso a un vasto universo de cuestiones ligadas a la esfera de la vida cotidiana de los trabajadores, en virtud de lo cual es requerido por diversos campos de la acción social:

“Este tipo de intervención profesional hace viable la actuación de sus agentes calificados en organizaciones de diferentes tipos, cuya acción se

¹¹ Ídem 8, Pág. 94.-

¹² Ídem 8, Pág. 95.-

manifiesta en los campos más variados (salud, vivienda, recreación, trabajo, etc.), enfrentando una heterogénea gama de necesidades sociales. El colectivo profesional puede de esta forma, acceder a casi la globalidad de las esferas de la vida cotidiana de los trabajadores. Lo que delimita la solicitud de esos profesionales no es prioritariamente el tipo de especialización de las instituciones y de los servicios brindados por éstas; a éstos debe adaptarse el profesional, generalmente en la condición de un técnico inferior frente a las principales actividades del sector ejercidas por otro profesional con especialización técnica específica en el campo (médico en el área de la salud, pedagogo en la educación etc.)”¹³

La autora expresa que esta inserción en campos diversos desde un lugar suplementario, frente a otras disciplinas con definiciones más precisas o que podríamos denominar como tradicionales en relación algunos campos, ha llevado a procurar la búsqueda de un ‘campo propio’:

“El profesional vive y representa de manera confusa esa práctica diversificada, resultado de las áreas diferenciadas de trabajo a las cuales se dedica: ansía tener un campo ‘propio’ de trabajo, un área ‘específica’ que le dé status y facilite su reconocimiento profesional. Como tiende a rechazar la actividad asistencial, en función de los estigmas que ésta, muchas veces erróneamente identificada con la simple caridad, trae consigo, él se ve ‘perdido’ ante la definición de sus atribuciones, en relación a otras profesiones conexas, cuyos frentes de trabajo son más preciso...”¹⁴

Esta línea de análisis propuesta por la mencionada autora, pone de relieve una diferencia sustancial con la perspectiva y tratamiento que se da a la especificidad profesional en esta investigación. De hecho, los interrogantes planteados y que sucesivamente surgen a continuación -a partir de los cuales se desarrolla el siguiente eje temático-, no se orientan en la búsqueda de un campo propio –de hecho asumimos que este ya existe-, sino más bien, si ésta logra expresarse a partir de la articulación entre el campo disciplinar propio y el campo de dependencia laboral, en torno al campo problemático de intervención.

No obstante lo enunciado precedentemente, considero oportuno señalar que el interés puesto en función de la especificidad se orienta en la búsqueda de superar las limitaciones y dificultades vigentes en el quehacer cotidiano, propiciando mayor autonomía en consonancia con la

¹³ Ídem 8, Pág. 144.-

¹⁴ Ídem 8, Pág. 145.-

Misión Profesional y no, en la inquietud por un status profesional con respecto a otras disciplinas.

Asimismo existen puntos de coincidencia con lo desarrollado por Yamamoto (1997) que han sido considerados a lo largo de esta tesis de investigación, a saber: la revisión y análisis de las implicancias del contexto actual, los espacios asignados-asumidos en la práctica profesional, direccionalidades, sentidos e implicancias de la intervención en el devenir cotidiano, etc. Ello responde a que **la especificidad –como ya se ha dicho al comienzo de este capítulo- es entendida y abordada como una dimensión compleja en constante construcción e interacción con la realidad misma en la que se desenvuelve la práctica profesional.**

A modo de sustentar y enriquecer la perspectiva teórica en función de la revisión y análisis que a posteriori desarrollaré sobre el siguiente eje temático, considero oportuno introducir a partir de aquí, las opiniones que desde su realidad cotidiana, aportaron los colegas entrevistados:

“Por ahí la especificidad se pierde... y porque hacemos un poco de todo ahí... un poco tapamos agujeros, es el hoy; y por ahí la especificidad para mí, del Trabajo Social tiene que ser trabajar con programas, con proyectos comunitarios propios y eso, hoy no lo podemos hacer. (...) Están los programas que ya vienen del Ministerio...”¹⁵

“Yo creo que en algunos programas, los programas específicamente... en cuanto a la especificidad, terminamos haciendo un trabajo administrativo (...) como estamos hablando del ámbito de salud creo que... el médico cree que el asistente social termina siendo meramente un trabajador administrativo (...) Desde lo personal yo veo que.. y que no es mi tarea específica la de abocarme a los programas o a los estudios de alta complejidad.. que sí, yo los veo como algo meramente administrativo. Y ahí nos quedamos muy cortas. (...) En cambio en el equipo de violencia, en el equipo interdisciplinario dónde se discute... dónde se evalúa, dónde se trae todo el bagaje teórico... toda esa cuestión... entonces yo, desde lo particular me siento realmente un profesional Trabajador Social...”¹⁶

¹⁵ ‘Pedro’ de 59 años de edad, Trabajador Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

¹⁶ ‘Cecilia’ de 52 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

Ambos entrevistados, ponen de relieve la **suplementariedad** que se desprende de los aspectos organizacionales y operativos dispuestos por el nivel central, a través de los programas oficiales vigentes.

“Lo que pasa es que a uno también le cuesta mantener la especificidad... porque uno también se mete en el campo del psicólogo... (...) no sé bien por qué pasa... pero me supongo que tiene que ver con la omnipotencia de cada uno. Y con alguna cuestión de falta bien específica del rol. Con alguna veta... pero aparte tiene que ver con las condiciones de laburo (...) como que uno sale a cubrir cosas de otros también (...) pero yo creo que está desde el vamos, o sea... en el mismo programa de estudio.”¹⁷

“El no tener delineada las líneas de trabajo, el no tener asignación de recursos, el no tener incumbencia en la diagramación de las actividades, de las políticas... estos son todos obstáculos para la especificidad...”¹⁸

“...Y también está la parte del profesional que requiere algo del área social... y como que tienen poca idea... y está en nosotros hacerles ver que el Servicio Social tiene una impronta...”¹⁹

“...generalmente el Trabajador Social es mal llamado asistente social... es... Intentar cortar con esa mirada que somos asistentes del médico... asistentes de... del servicio social... creo que hay que romper con eso. (...) Uno a veces por determinadas cuestiones termina haciendo cosas que no son específicas del Trabajo Social... (...) Si creo que hay obstáculos... como en toda profesión... por ahí en lo que es salud, permanentemente hay que... tener que estar dando cuentas de lo qué es la especificidad, valga la redundancia, del Trabajo Social; porque en realidad somos tan amplios viste, que hacemos de todo... entonces digamos hay un cambio que tiene que ver más que nada con el imaginario social de la concepción del otro respecto de qué es el Trabajo Social. (...) Y en líneas generales el médico piensa que uno tiene que ‘asistir’ o hay que... eh... ‘paciente social’... entonces: ‘hay que ir a la casa del paciente’... no, esta cosa de pensar el objetivo, ¿para qué la visita?..”²⁰ (‘Laura’)

¹⁷ ‘Pilar’ de 33 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

¹⁸ ‘María Lucía’ de 52 años de edad, Trabajadora Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

¹⁹ ‘Carolina’ de 54 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Municipal, en entrevista focalizada.

²⁰ ‘Laura’ de 30 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial, en entrevista focalizada.

Resulta sumamente enriquecedor lo planteado por ‘Laura’ quien propone a partir de cierta revisión, la reformulación de los mandatos médico-institucionales.

“... creo que cuando existe la problemática del Servicio Social, cuando la problemática desborda, el Servicio Social es muy requerido y entienden que es muy necesaria la presencia y el trabajo que uno hace. (...) pero te digo para llegar a esto hubo todo un recorrido, hubo que correrse de determinadas cuestiones...”²¹

“... tiene que ver con lo institucional y con lo que uno va generando...y que uno es escuchado. Los reclamos, las sugerencias, son tomados en cuenta, tiene que ver con la gente que hace a la institución. (...) fue algo que fuimos ganando con el trabajo cotidiano.”²²

“Es muy difícil trabajar en el ámbito de la salud para que tu opinión sea reconocida de la misma forma que un diagnóstico médico... (...) creo que en cualquier lugar que entrás a trabajar, en el ámbito que sea, es primero ganar tu espacio, y el espacio se gana demostrando que el trabajo sirve (...) me parece que el Servicio Social en relación a otras profesiones es más nuevo... recién hace poco tiempo que está colegiado, que tenemos una ley y esto costó, me parece que costó mucho a la sociedad... ¿quiénes fueron las primeras... gente que estudió la profesión...? Históricamente... ¿Cuál era la característica? Y... hay cosas que quedan incrustadas y que hay que cambiar, me parece que la dinámica del Servicio Social ahora es un enfoque totalmente distinto... me parece que es más justo (...) una de las consignas que nosotros tenemos es trabajar en la comunidad en el ponderamiento de la población, que la población esté activa, que pueda hacer sus propios proyectos, que pueda tomar decisiones...”²³

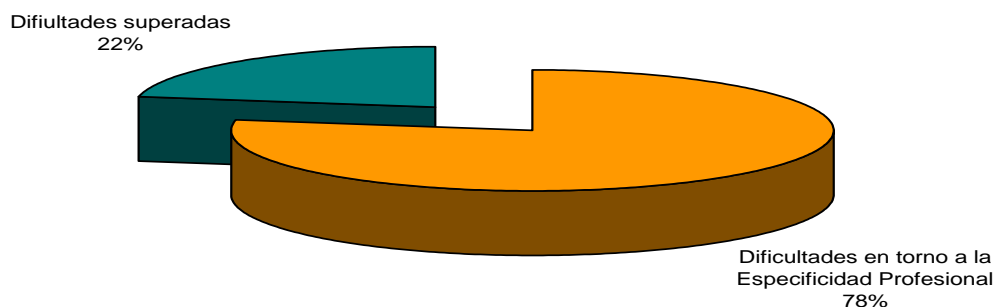
Si bien las opiniones resultan disímiles en lo que respecta a los condicionamientos y obstáculos planteados, el 78% de los profesionales entrevistados admite dificultades en su práctica cotidiana con respecto a la especificidad. A su vez, el 22% expresa haber superado dichos inconvenientes a partir del trabajo y de cierto reconocimiento por parte del área médica y/o de las autoridades de las respectivas instituciones.

²¹ ‘Graciela’ de 51 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Municipal, en entrevista focalizada.

²² ‘María’ de 39 años de edad, Trabajadora Social de Hospital Provincial en entrevista focalizada.

²³ ‘Natalia’ de 62 años de edad, Trabajadora Social de Secretaría de Salud Municipal, en entrevista focalizada.

Obstáculos en Relación a la Especificidad



Desde la Perspectiva de los T. S. entrevistados.

Estas dos subdivisiones que surgen de la información recolectada en campo, da cuenta a su vez de concepciones disímiles en torno a la especificidad. De hecho el segundo grupo el cual refiere haber superado las dificultades y obstáculos suscitados en torno a ésta, circunscriben tales cuestiones al ámbito institucional en el cual desempeñan su práctica cotidiana y a las interacciones que se desarrollan en este espacio.

La Salud y su Vinculación con el Trabajo Social:

La idea de Salud remite por lo general a la cura de enfermedad, en virtud de lo cual, aparece fuertemente ligada al campo de la medicina. No obstante ello, distinguir y reconocer la **dimensión social de salud**, resulta necesario a la hora de precisar un encuadre propio, enriqueciendo el marco de referencia a partir del cual se favorezca un abordaje integral de la salud, que trascienda el combate exclusivo de la enfermedad, en el cual resulta clave el aporte del Trabajo Social.

“..creo que es muy importante porque nosotros tenemos una mirada muy global de lo qué es la Salud, que va más allá de la enfermedad...”²⁴

²⁴ Ídem 18.-

La conceptualización de Salud, a desarrollar en el presente trabajo estará construida a partir de tres dimensiones: una legal, otra dinámica y una tercera, de orden cualitativa.

- **Dimensión Legal:**

En su dimensión legal, conforme lo establece la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, **la salud constituye un derecho social.**

“La Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. A tal fin reconoce los siguientes derechos sociales:

Inciso 8: “La Salud. La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación, promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.”²⁵

El derecho a la vida presenta una estrecha relación con el derecho a la salud, en tanto esta última hace a las condiciones, calidad, durabilidad y posibilidades de vida, por lo tanto se constituye en un derecho humano inalienable.

Sin dudas, ***La Declaración Universal de los Derechos del Hombre de las Naciones Unidas (1948)*** ha sido un hecho de fundamental importancia en la historia de la humanidad y constituye un precedente internacional a partir del cual se revalorizan los derechos humanos. En su art. 25 Inc. 1: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”²⁶*

Por otra parte, la Constitución Nacional Argentina (1.994) en su art. 75 Inc. 22, incorpora once Declaraciones, Pactos y Convenciones

²⁵ Constitución de la Provincia de Buenos Aires. 1994, Art. 36, Inc. 8.

²⁶ ONU: Declaración Universal de los Derechos del Hombre. 1948.-

Internacionales de Derechos Humanos en virtud de lo cual se constituye en una ley de rango superior.

La Posición de la Iglesia Católica, Apostólica Romana:

Además de la participación de organismos internacionales, considero oportuno señalar el papel de la Iglesia en lo que hace a la declaración y defensa de los derechos humanos, a los cuales considera por encima de cualquier aspecto normativo o legal.

*“En la dimensión religiosa, los derechos humanos son atributos del orden constitucional que emanan de la misma imagen y semejanza de lo Divino que habita en la persona humana”*²⁷

De hecho existen una serie de documentos producidos por la Iglesia Católica, que dan cuenta acabada de ello: *“Pacem in terris”, “Populorum Progressio”, “Mater et Magistra”, “Octogésima Adveniens”* y el documento de *“Puebla”* entre otros.

*“Profesamos, pues, que todo hombre y toda mujer (Cfr. Gál. 5, 13-20) por más insignificantes que parezcan, tienen en sí una nobleza inviolable que ellos mismos y los demás deben respetar y hacer respetar sin condiciones; que toda vida humana merece por sí misma, en cualquier circunstancia, su dignificación;(…) Condenamos todo menosprecio, reducción o atropello de las personas y de sus derechos inalienables; todo atentado contra la vida humana...”*²⁸

Asimismo, el Concilio Vaticano II constituye el acontecimiento más importante a partir del cual la Iglesia realiza un reconocimiento expreso y directo de los Derechos Humanos.

“Especialmente en dos de sus documentos (...) En la llamada Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual y en el Decreto sobre la libertad Religiosa. Transcribimos algunos pasajes a título de ejemplo: ‘La iglesia proclama... los derechos del hombre y reconoce y estima en mucho el dinamismo de la época actual, que está promoviendo por todas partes tales derechos’ (GS 41)

‘Es pues, necesario que se facilite al hombre todo lo que éste necesite para una vida verdaderamente humana, como son el alimento, el vestido, la vivienda, el derecho a la libre elección de estado y a fundar una familia, a la educación, al trabajo, a la buena fama, al respeto, a una adecuada información, a obrar de acuerdo con la norma recta

²⁷ Berman, Sergio: “Comprometer lo religioso en el derecho de ser humanos” en Eroles Carlos y Rodríguez, Norberto (comp.) “Educación en valores, religiosidad y derechos humanos” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2006. Pág. 115

²⁸ Conferencia General del Episcopado Latinoamericano: “La evangelización en el presente y en el futuro de América Latina: Documento de Puebla.” Ed. de la Conferencia Episcopal Argentina. 1986. Págs. 131/132, respectivamente.

de su conciencia, a la protección de la vida privada y a la justa libertad, también en materia religiosa.’ (GS 26)”²⁹

Carta de las Naciones Unidas:

Otro antecedente de importancia en lo que respecta al Derecho a la Salud, lo constituye la Conferencia de San Francisco -en 1945-, cuando a través de la Carta de las Naciones Unidas, se declaró a la salud como uno de los derechos inalienables del hombre, lo cual se constituyó en el fundamento para la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en septiembre de 1948.

Estos enunciados y declaraciones ¿logran plasmarse en lo cotidiano? veamos:

Este reconocimiento de **la salud en tanto derecho social y humano**, posibilita afianzar nuestro posicionamiento en lo que respecta a la intervención, en tanto Trabajadores Sociales.

Al mismo tiempo que amplía y afirma la perspectiva que propone una postura crítica en relación a los aspectos ambivalentes en los que se originó la disciplina, que conllevan a una actuación conservadora ligada al disciplinamiento y al control social. Aspectos que a través de la concepción político e ideológica imperante en las últimas décadas a partir del neoliberalismo, han retrotraído en cierta forma, nuestra práctica a esos orígenes.

Esta concepción al mismo tiempo que sustenta nuestro quehacer profesional, posibilita a su vez, un corrimiento con respecto a los marcos ideológicos que responsabilizan a los actores sociales de las situaciones problemáticas que atraviesan.

“..Hace cinco meses que espero, yo lo pido porque realmente no se lo puedo comprar...”³⁰

Esta mamá angustiada, reclama la medicación para su hijo al mismo tiempo que intenta ‘justificar’ su demanda. Estas manifestaciones dan muestra del padecimiento e impotencia, vivencias que desde los distintos sectores sociales, se reiteran en la negación de **ciudadanía**.

²⁹ Mealla, Eloy Patricio: “Religión, valores y derechos humanos” en: Ídem 7 Pág. 56 y 67 respectivamente.

³⁰ Patricia, de 31 años, es la madre de Alejandro un niño en tratamiento por un cuadro respiratorio crónico. Registro de Diario de Campo 13 de Junio de 2008.-

“Más allá del debate ideológico en torno al contenido de estos Principios Universales de Derechos Humanos, hoy la discusión debería centrarse no sólo en la plena vigencia de los mismos sino también en su real alcance.

*(...) Una respuesta posible, sea tal vez que a cada ciudadano se le garantice un derecho económico básico y se reconstruya la **ciudadanía social**, ya que sin estas condiciones es difícil imaginar el ejercicio de otros derechos.”³¹*

Reafirmar a la salud como derecho, permite avanzar sobre la naturalización que se pretende instaurar con respecto a las situaciones de injusticias, al mismo tiempo que promueve la articulación entre la intervención y el escenario complejo de la realidad social.

Así, el actor social que demanda, deja de ser “paciente” para ser reconocido como un **sujeto de derechos**.

Ello tiene fuertes implicancias en el ejercicio profesional otorgando una ‘renovación’ de sentidos a la acción profesional que desde este lugar se halla direccionada hacia la promoción de ciudadanía y no, a la administración exclusiva de recursos. En todo caso éstos últimos, dejan de ser un fin en sí mismos y se ubican como un medio a favor de las personas.

A partir de ello es posible ampliar y reivindicar nuestros marcos referenciales y operativos reafirmando las dimensiones ético- políticas en la revalorización de nuestra tarea, en tanto práctica integradora.

“Y ello en el reconocimiento de que problematizar no es sólo denunciar y cuestionar, sino fundamentalmente reformular en un proceso de búsqueda de relaciones viables. (...) Un combate que se proponga ampliar los mecanismos de inclusión social, que no es lo mismo que ampliar el campo de asistencia. La inclusión remite a la idea de ciudadanía emancipada, la asistencia remite a la idea de ciudadanía asistida o pasiva.”³²

Asimismo el texto “Los Derechos Humanos: compromiso ético del Trabajo Social” compilado por Carlos Eroles³³ formula y sustenta seis

³¹ Muñoz; Zunino: “El Trabajo Social en este fin de siglo. Aportes para la construcción de una matriz sustentada en los D.D.H.H y la expansión de la ciudadanía.” Ponencia en: “V Congreso Nacional y II Internacional de T.S”. Costa Rica, 1999.-

³² Aquín Nora: “¿Hacia una Reconceptualización Conservadora en el Trabajo Social?”. En: Revista “Conciencia Social”. –publicación de la Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Año 1. N°1-. Diciembre de 2001, Págs. 16 y17 respectivamente.

³³ Eroles Carlos (comp.): “Los Derechos Humanos: compromiso ético del Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 1997.- Págs.: 17-44-47-50-52 y 55.-

aproximaciones a partir de la cuales se establece una vinculación entre Derechos Humanos y Trabajo Social:

1. *Primera Aproximación: El trabajo social y los derechos humanos tienen lazos profundos de índole histórica, política y científica.”*
2. *“Segunda Aproximación: El trabajo social debe tomar en cuenta que en Argentina los derechos humanos tienen rango constitucional.”*
3. *“Tercera Aproximación: No hay democracia sin desarrollo humano y acceso de todas las personas a la ciudadanía plena.”*
4. *“Cuarta Aproximación: El ‘otro excluido’ es el camino de encuentro de nueva identidad cultural, del que no puede sustraerse el trabajo social.”*
5. *“Quinta Aproximación: La ideología organizacional del trabajo social se integra también con la acción afirmativa de derechos, como papel central de las instituciones.”*
6. *“Sexta Aproximación: El Trabajo Social sustenta una direccionalidad hacia la búsqueda de caminos democráticos de transformación social, en un marco de justicia social y de una ética de la solidaridad, que geste una cultura de los derechos humanos.”*

Estos nuevos sentidos y direcciones favorecen a la recuperación de legitimidad, tanto de las instituciones como de las prácticas profesionales que se desarrollan en ellas.

Si bien los embates del neoliberalismo han producido secuelas sociales significativas, resulta alentador el nuevo escenario político que se viene gestando en tanto ha dado muestras claras, de su lucha por la defensa de los Derechos Humanos. Ello permite visualizar nuevos marcos políticos ideológicos y por lo tanto, nuevas perspectivas en cuanto a las modalidades operativas, incluso en la resolución de conflictos.

Sin embargo dependerá de las relaciones de fuerza que se perfilen en el devenir histórico-político.

- **Dimensión Dinámica:**

En su dimensión dinámica la salud, es entendida en tanto proceso social, por lo tanto: “No es suficiente que definamos o entendamos la salud como ‘el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades’, si lo

hacemos ignorando el contexto, es decir, el papel que juega la organización económica, política, social y cultural, etc. En la distribución diferencial de la morbi-mortalidad en la población y la naturaleza del proceso salud-enfermedad en relación a la estructura de la sociedad."³⁴

En tanto proceso social, la salud-enfermedad-asistencia se encuentra atravesada por una serie de aspectos que hacen a la realidad social, y por lo tanto se vincula con Trabajo Social que "*...en tanto práctica social se encuentra estructurada por una situación macroestructurante*".³⁵

Esta concepción le otorga cierto dinamismo que le brinda a su vez, un carácter diferencial conforme son diferentes también, los espacios-tiempos en que se producen los problemas de salud como así también, las respuestas y/o propuestas que se construyan para resolverlos.

Esta visión posibilita trascender las lecturas simplistas y de corte asimétrico a través de tratamientos fragmentados, considerando aspectos comunitarios –en tanto resultan compartidos por la población con la cual se trabaja-, teniendo en cuenta una mirada abarcadora y compleja de la realidad a partir del análisis de la interacción de múltiples factores que intervienen en los procesos de salud –enfermedad y asistencia.

Estos con-textos, en tanto ámbitos (políticos, históricos, económicos, sociales, geográficos, culturales etc.) deben ser tenidos en cuenta porque son parte de la realidad dinámica y requieren por lo tanto, respuestas ágiles y flexibles que se adecuen a ella.

Esta perspectiva propone un trayecto diferente en el diseño de las Políticas Sociales de Salud a partir del análisis del contexto social, propiciando un encuentro con la población en tanto parte integrante del mismo.

- **Dimensión Cualitativa:**

En lo que respecta a su dimensión cualitativa se utilizará el concepto desarrollado por De Souza Minayo (2004:12/13) : "*Esto implica que, para todos los grupos, incluso en forma específica y peculiar, la salud y la enfermedad, envuelven una compleja interacción entre los*

³⁴ Estrada Ospina, Víctor: "Salud y Planificación Social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?" Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2006, Pág. 63.-

³⁵ Aquín Nora: (2001:10) Op. Cit. En Cap. II de este trabajo Pág: 41.-

aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana y de atribución de significados.

Pues salud y enfermedad exprimen ahora y siempre una relación que traspasa el cuerpo individual y social, confrontando las turbulencias del ser humano en cuanto ser total.

Salud y enfermedad son fenómenos clínicos sociológicos vividos culturalmente, porque las formas como la sociedad los experimenta, cristaliza y simboliza las manera por las cuales ella enfrenta su miedo a la muerte y exorciza sus fantasmas. En este sentido salud-enfermedad importan tanto por sus efectos en el cuerpo como por sus repercusiones en lo imaginario; ambos son reales en sus consecuencias. Por lo tanto incluyendo los datos operacionizables y junto con el condicionamiento técnico, cualquier acción de tratamiento, de prevención o de planificación debería estar atenta a los valores, actitudes y creencia de los grupos a quien la acción se dirige.”³⁶

Y en su dimensión cualitativa la salud, encuentra su singularidad a través de las significaciones simbólicas y culturales que le otorgan quienes la vivencian, la padecen, la reproducen, la limitan y la combaten. Esto hace al orden de la vida cotidiana considerando al hombre como autor y artífice de su propia existencia. Este, sin dudas, constituye uno de los lugares de privilegio que ha tenido y tiene el Trabajo Social en tanto promueve un conocimiento novedoso, al mismo tiempo que posibilita desarrollar estrategias tendientes a la accesibilidad y a una mayor aceptación de los servicios.

Así, es posible favorecer la interacción e interrelación entre los distintos actores sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad y asistencia. *“En este contexto el Trabajo Social encuentra en la vida cotidiana³⁷ un punto de partida para la valorización de su práctica profesional, al buscar la posibilidad de construir conocimiento a partir de la recuperación de elementos significativos que hacen a la vida social de los sujetos con el fin de resignificar el sentido social de la disciplina.”³⁸*

³⁶ De Souza Minayo, María Cecilia: “El Desafío del Conocimiento: investigación cualitativa en salud”. Traductor: Juan Francisco Barraza Martínez. Ed. Lugar. Bs. As. Argentina. 2004. Pág. 12 y 13 respectivamente.

³⁷ “Agnes Heller al respecto dirá que al **historia** es, entre otras cosas, historia del *despliegue de la esencia humana*, esto implica continuidad de una estructura social heterogénea, valores, estructuras simbólicas, que reproducen los hombres en su práctica cotidiana.

En este contexto la vida cotidiana es actividad, experiencia histórica y pensamiento de los hombres; es un espacio y un tiempo; es presente, pasado y futuro. Cuando decimos que es espacio y tiempo, podemos inferir que no hay una sola vida cotidiana, y que ella tiene contextos diferentes que han variado históricamente.” Rozas Pagaza, Margarita: “Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 1998, Págs. 36 y 37, respectivamente.

³⁸ Ídem 37, Pág. 39.-

Por otra parte, apuntar a la calidad social de la salud, propicia una concepción ideológica y operativa enriquecedora y heterogénea en virtud de lo cual es posible cierta ruptura con la lógica hegemónica que caracteriza hoy, la programación y atención sanitarias más focalizada en la enfermedad y la urgencia, que en la promoción de la vida.

“nosotros partimos del concepto de Salud que no es ausencia de enfermedad, la salud es una construcción social, la hacemos entre todos...”³⁹

Desde la perspectiva que se propone, la prioridad está puesta en los actores y en su realidad singular, en sus padecimientos e intereses, humanizando las prácticas sanitarias. Ello posibilitará al mismo tiempo resignificar la “salud pública” como un ámbito de encuentro y común, promoviendo capacidades para alojar las inquietudes del otro.

Este marco conceptual-operativo, favorece trascender las evaluaciones y diagnósticos meramente estadísticos recuperando dimensiones culturales integradoras de mayor tolerancia y aceptación.

Estos tres aspectos o dimensiones, se encuentran en estrecha relación con la intervención del Trabajo Social y posibilitan por lo tanto ampliar y resignificar el espacio profesional.

El Espacio Profesional y Las Instituciones Sanitarias: entre autonomías y capturas:

El espacio profesional constituye un aspecto nodal que atraviesa e implica a la intervención/actuación profesional, en una interacción constante.

Este ámbito se reconfigura permanentemente, dado que es el punto de encuentro en el que convergen actores, intereses, expectativas, lógicas, prácticas, concepciones, saberes, recursos y demandas heterogéneos, dando lugar a una urdimbre tensional, que se conjuga en cada intervención/actuación profesional.

Poder analizar y revisar cuáles son hoy, los espacios con que cuenta y que ocupa el Trabajador Social en el campo de la salud, exige

³⁹ Ídem 23..

primeramente conceptualizar para desde allí analizar limitaciones y posibilidades que se presentan en lo cotidiano.

*"El espacio profesional es una construcción en el ámbito de las relaciones sociales contradictorias a que dan lugar las necesidades sociales de los sectores excluidos y la distribución de recursos que usualmente se denominan servicios sociales."*⁴⁰

El concepto desarrollado por Rozas (1994:130), le otorga a esta expresión mayor dinamismo y a su vez, coloca a la actividad profesional en una posición diferente, capaz de gestar nuevos sentidos, de poblarlo con texturas discursivas y operativas propias. Y en esta direccionalidad, el espacio profesional cobra otra magnitud en tanto se presenta como promotor de nuevas interrelaciones e interacciones que hacen a la recreación de los espacios institucionales.

A partir de ello, es posible pensar al espacio profesional como una dimensión de posibilidades.

Pero a su vez, éste se encuentra en relación permanente con las instituciones y el contexto social en el cual se desarrolla la práctica que se intenta analizar a lo largo de la presente investigación.

En este punto resulta enriquecedor el concepto desarrollado por Carballeda (2007:44) quien al respecto expresa lo siguiente: *"En el escenario de la intervención -entendido como el espacio micro social donde ésta se construye y se desarrolla- se conjugan una serie de componentes que lo forman, lo cargan de sentidos y significados. (...) El concepto de escenario surge de la necesidad de conocer de la manera más amplia posible el contexto de la misma, sus relaciones con lo macro social, en la singularidad y heterogeneidad de cada situación."*⁴¹

Por tal motivo, resulta indispensable observar y analizar las características de las instituciones de salud en su doble sentido: en tanto campo de dependencia laboral y como parte integrante de la red social, teniendo en cuenta las modificaciones e implicancias producidas por el contexto macrosocial. Estos dos aspectos que se mencionan denotan asimismo, cierta ambivalencia puesto que contienen al mismo tiempo,

⁴⁰ Rozas Pagaza, Margarita: "La Intervención en Trabajo Social: Propuesta Metodológica." Ed. Docencia, Bs. As., Argentina. 1994. Pág. 130.-

⁴¹ Carballeda, Alfredo Juan M.: "Escuchar las Prácticas: La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social." Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2007. Pág. 44

elementos tensionales y constrictivos como así también, rasgos positivos y viabilizadores que resulta necesario destacar.

De hecho la reconceptualización en su reivindicación por las luchas populares, ha efectuado una fuerte crítica a las instituciones, pero este movimiento no logró elaborar propuestas en relación a estos ámbitos. Una de las falencias más importantes de este proceso –señalada por varios autores- consiste justamente en negar y omitir a las instituciones como ámbitos comunes y estratégicos de la práctica profesional.

En este punto adhiero a lo expresado por Faleiros (1986; 5): *“Las instituciones no son más consideradas como maleficios o aparatos inmutables, sino lugares de lucha, de enfrentamiento según la correlación de fuerzas generales de la sociedad y particulares a cada coyuntura y situación”*⁴²

Asimismo para Etkin (1997:223) *“El concepto de instituciones se refiere a las relaciones y las prácticas establecidas y que se corporizan o hacen visibles en organizaciones y también a las regulaciones que establecen los comportamientos sociales considerados legítimos. Son normas referidas a las formas y el modo en que se construyen las relaciones laborales, de comunicación lingüística, productivas, de consumo, jurídicas, de parentesco, educacionales, de descanso. Estas relaciones se estructuran en formaciones histórico-sociales diferenciadas.”*⁴³

El Estado y lo público han sufrido reducciones y transformaciones tanto en el orden concreto y material como en lo simbólico, lo cual a su vez, ha tenido implicancias en el campo salud-enfermedad-asistencia. Ello ha producido modificaciones y afectaciones en sus instituciones, en sus aspectos organizacionales y operativos; y por lo tanto, en sus modalidades interactivas.

Estas se constituyen en ámbitos de estructuración, mediación y producción de interacciones –en tanto materializadoras de políticas-, entre el Estado y la Sociedad Civil y si bien están atravesadas por cierto aspecto normativo y de control, la razón social que las funda, aparece como elemento en cierta manera compensador -dado que constituye su matriz integradora-. Pero sucede que en los últimos años, este ha sido el vector que más se ha ido deteriorando paulatina y progresivamente.

⁴² Faleiros, Vicente de Paula. “Trabajo Social y las Instituciones.” Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina, 1996.- Pág. 5

⁴³ Etkin, Jorge: “La Doble Moral de las Organizaciones: Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada.” Ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA de España. S.A.U Aravaca, España. 1997. Pág. 223.-

La situación que se plantea, ha generado cierta fractura y distanciamiento entre las instituciones y la población con la consecuente crisis de legitimidad de las mismas; impactando asimismo en las prácticas sociales que se desarrollan al interior de éstas. En opinión de colegas Trabajadores Sociales en Salud:

“El hospital está sobrepasado... pero no sólo por la demanda... que también aumentó sino por lo grave... lo complejo de las situaciones que tenemos a diario; con el agravante de que la problemática creció y las instituciones es como que se redujeron: no hay nombramientos..., no hay recursos o son pocos y no te llegan y a veces no tenés ni las herramientas para trabajar...”⁴⁴

“...y bueno uno ve al hospital como... Como ve el contexto general del país, ¿no? Con bastantes carencias, con muchas fortalezas también (...) gente que... se la pasa peregrinando por la institución de... por diferentes servicios (...) entiendo que está colapsado, una cosa es atender a una población determinada y otra cosa es que esa población determinada, se multiplique cotidianamente digamos... (...) yo creo que en muchos casos implica mayores desafíos...”⁴⁵

De ahí la importancia de revisar el espacio profesional, a partir de la relación existente en tanto fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas **(F.O.D.A)**⁴⁶, a los fines de identificar y viabilizar construcciones que favorezcan nuevas y más integradoras modalidades de interacción e interrelación.

A través de cierto recorrido diacrónico sobre los lugares asignados y asumidos a lo largo del tiempo, es posible una mayor comprensión acerca del espacio actual; las dificultades y posibilidades que implican hoy nuestra práctica profesional.

De hecho, una de las colegas al referirse al espacio profesional en el campo de la salud, da cuenta de las implicancias históricas en el presente:

“Y también está en el Servicio Social y en cada una de las personas, de los profesionales ¿no es cierto? De ir ganando espacio

⁴⁴ Ídem 16.-.

⁴⁵ Ídem 20.-.

⁴⁶ “Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, son aspectos el análisis puesto en marcha en la Planificación Estratégica.” Rovere, Mario. “Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.” O.P.S. Serie de RR.HH N°96, 1993. Pág. 17.-

*(...) Lo cierto es que siempre tenés que estar por jerarquización...
por historia de la... quizás de la carrera en sí.
Si vas a la historia social de cómo se generó el Servicio Social, comenzó
siendo un para-médico en el caso del área de salud... visto como
técnicos... si vas a la historia social ¿no?
Entonces, eso siempre... Por lo menos –me refiero al área de la
medicina- siempre: - ‘tenés que hacer tal cosa’ (...)
cuesta, siempre hay alguien que se cree con derecho a decirte lo que
tenés que hacer...’⁴⁷*

En los orígenes del Trabajo Social en salud, la tarea estaba fundada en la vigilancia, el control y el disciplinamiento; por lo tanto la acción se sustentaba en la observación y la producción de respuestas, de corte netamente positivistas e ‘higienistas’. Por ese entonces, la preocupación se centraba en la amenaza del contagio y la proliferación de la enfermedad que comenzaba a trascender los cuerpos, para colocarse en los estilos de vidas y costumbres asociados al ‘mal vivir’ y a la ‘inmoralidad’ de algunos sectores de la sociedad.

Estos comienzos con mandatos claros y concretos signaron un origen suplementario, es decir, la tarea se originó en lo que el área médica –y luego a través de ésta- el Estado, consideraban como necesario y prioritario de conocer y de hacer.

Al mismo tiempo, ese lugar nos colocó en un sitio de privilegio, en contacto directo con una realidad desconocida por los órdenes creadores de esas representaciones sociales, lo cual posibilitó descubrir y recoger otros discursos y concepciones y por lo tanto favoreció a través de este impacto, un nuevo lugar: a partir del desencuentro y las tensiones entre dos lógicas antagónicas: la hegemónica institucional⁴⁸ y la lógica popular⁴⁹.

Ello permite reconocer que los inicios en la construcción de conocimientos que gestaron nuestro campo disciplinar, aparecen más

⁴⁷ Ídem 19.-

⁴⁸ “**Lógica hegemónica** entendida como categorías de percepción y acción que posee la institución al actuar como portavoz del discurso oficial (que plasma las representaciones de las clases hegemónicas) que se ponen en juego en la interacción con los sujetos sobre cuyas problemáticas interviene la institución.” Ponce, Geraldine. “Hacia una Redefinición de la Relación ente las Instituciones y los Sectores Populares.” En: V.V.A.A: “Trabajo Social de Hoy: experiencias de campo e intervenciones profesionales.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2002. Pág.75

⁴⁹ Se entiende por **lógica popular / comunitaria** “a las categorías de percepción y acción de las familias que se ponen en juego en la interacción con las instituciones. Hablamos de lo popular en relación a los sectores populares, entendidos éstos como las grandes mayorías que se encuentran incorporadas desposeídamente, expulsadas o excluidas del proceso de producción.” Ídem 48, Pág. 76.

ligados a la lógica popular/comunitaria que a lo institucional; dado que a partir de la interrelación e interacción con ella, fue posible cierta ruptura que resignificó el qué-hacer cotidiano, viabilizando al mismo tiempo, un lugar para el propio saber en tanto novedoso y más autónomo.

Así, lo institucional nos ofreció un sitio para lo que consideró necesario atender y resolver pero conforme a su saber y entender. De este modo, nuestro espacio fue construido desde estos recintos de poder conforme a su concepción sobre los problemas sociales y por lo tanto, a la consecuente vía de resolución de los mismos.

Al mismo tiempo, la realidad expresada y vivida por esos ‘sujetos destinatarios’ se constituyó en el vehículo para trascender en cierta forma esos mandatos, propiciando nuevos conocimientos e inquietudes que signaron nuestra especificidad.

“De esta manera, fundamentalmente, la intervención en lo social fue generando sus propios sujetos de conocimiento, los fue moldeando, articulando con otros y clasificándolos. Tal vez esta sea la marca más fuerte de la presencia del pasado en el presente.”⁵⁰

Las instituciones en tanto campos de dependencia nos han posibilitado un lugar para la actuación, pero simultáneamente, nos han pautado la modalidad y los tiempos para la “resolución” de las situaciones problemáticas que se nos presentan a diario.

De esta forma –en tanto ámbitos preexistentes-, las instituciones han ideado nuestra existencia y nuestro hacer.

En este punto pareciera que nuestro ámbito de intervención tal cual fue ‘inventado’ por estas lógicas, dimitió un lugar para pensar, para un saber especializado –en tanto autónomo- en lo social. En todo caso, el conocimiento producido por estas prácticas, debía responder a los requerimientos del orden instituido para preservarlo. De esta forma estos campos de dependencia se fueron constituyendo en ámbitos de captura posibilitando –el hacer- limitando –pensar- y moldeando nuestras prácticas, conforme a los distintos momentos históricos, políticos y sociales y a las diferentes concepciones construidas en relación a los problemas sociales.

⁵⁰ Carballada, Alfredo Juan M.: “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2004. Pág.186.-

*"Las representaciones sociales, de este modo son constructoras de la realidad, especialmente de la visión que un grupo tiene sobre ella, y se expresan en las influencias externas de la intervención, introduciéndose también en diferentes aspectos de ésta, desde una perspectiva interpretativa."*⁵¹

Si bien a partir de la profesionalización es posible evidenciar un avance en el reconocimiento y significación de un campo disciplinar propio, los espacios asignados desde las instituciones sanitarias, parecen reiterarse en cierta característica de complementariedad y de sujeción. En este punto considero oportuno establecer una distinción conceptual, dado que algunos autores se refieren al carácter de complementariedad de las intervenciones sociales, lo cual implicaría en todo caso, cierta completud a través de la incorporación de otra dimensión en las prácticas sanitarias, que no indican necesariamente algún tipo de subordinación. Rasgo que se halla presente, produciendo importantes afectaciones en la autonomía profesional.

De hecho, algunas de las *dificultades* expuestas –a modo de conclusión– por el Taller de Trabajadores Sociales en el 3er Consejo Regional, que se llevara a cabo el pasado 22 de mayo de 2008 en la localidad de Marcos Paz, dan cuenta de la persistencia de estas situaciones:

"Subalternidad del Trabajo Social a otras profesiones de salud"
"Trabajo burocrático- déficit de Tratamiento Social"
"Trabajamos sobre las urgencias por rol asignado (institución) y esperado (actores sociales)"

En el presente, estos mandatos se han modernizado y se expresan mayoritariamente de manera tácita y sutil a través de la mecánica institucional, que a su vez ha sido organizada en función de la lógica de mercado.

Así, la tecnología y los tiempos pautados por la institución han sofisticado algunas prácticas y la certificación de IOMA y ANSES -a través de Internet- en pocos minutos informan de manera 'unívoca', si ese actor cuenta o no, con cobertura social y/o beneficio; y si 'merece' por lo tanto, ser recepcionado por el circuito de la salud pública.

Estas prácticas rutinarias y de carácter administrativo producen la información requerida y por lo tanto ya no es 'necesario' realizar una visita domiciliaria, a partir de la cual se 'observe' y 'constate' la pobreza.

⁵¹ Ídem 37, Pág. 88.-

Ello da cuenta de que si bien los procedimientos se han ido modificando, subyacen tras estas nuevas modalidades, rasgos de control y dominio análogos a los del pasado.

Estos aspectos de las instituciones modernas caracterizados –entre otros– por el aparato burocrático, compelen a actuar reproduciendo la lógica hegemónica y generando al mismo tiempo un desplazamiento de la reflexión crítica. En este punto, las instituciones ofician una captura retomando aspectos constituyentes del origen del Trabajo Social, vinculados mayoritariamente al “hacer”.

De esta forma nuestro quehacer es direccionado a través de discursos, construcciones simbólicas, ideológicas y operativas externas a nuestro campo de pertenencia con la consecuente alienación de la práctica.

En relación a ello, resulta sumamente significativo lo expresado por algunas colegas:

“-En este momento somos un paliativo en todo lo que es la burocracia administrativa de los trámites, donde necesitan de nuestro informe, pero no tenemos ingerencia en lo que son las decisiones, en la toma de decisiones o la diagramación de acciones o de políticas.”⁵²

“-..por eso te decía, si yo tuviera que trabajar con los programas solamente... realmente... como que vas derecho a la frustración...”⁵³

“-Yo creo que ya está pautado, que nuestra intervención es muy acotada en programas: Es llenar la encuesta social, completar los ítems de la encuesta social y nada más.”⁵⁴

“¿Por qué no hay Trabajadores Sociales en la instancia de planificación...? es una pregunta que todos nos tenemos que hacer...”⁵⁵

⁵² Ídem 18.

⁵³ Ídem 16.

⁵⁴ Ídem 22.

⁵⁵ Ídem 21.

Esta captura observable desde el quehacer es entonces mucho más amplia y abarcativa, dado que ciñe nuestros marcos teórico-conceptuales y nos coloca en el lugar de una contra-dicción que se reitera en el circuito institucional deshumanizante, afectando cuestiones que hacen a la especificidad e incumbencias profesionales.

*“Además, las instituciones en general no logran incorporar la heterogeneidad en que se manifiestan las subjetividades y de este modo las intervenciones standarizadas, muchas veces más ancladas en las normativas burocráticas que en las propias decisiones profesionales, reproducen circuitos perversos.”*⁵⁶

Por otro lado hemos visto también, cómo en el último tiempo paralelamente con estas capturas, surge cierto vacío en las construcciones discursivas y organizacionales que no logran estipular –al menos de manera expresa- acciones y expectativas concretas en relación al Trabajo Social.

*“... digamos que no está planteado...
las áreas específicas de cuál sería nuestro desempeño en un equipo de
salud, no está bien planteado,
por lo menos socializado,
a lo mejor a nivel teórico está,
en los programas existe,
pero después en la práctica no se ve.
(...) digamos que tiene que estar como equipo de salud a nivel teórico,
pero después en la práctica
se ve una gran desvalorización de todo lo que es nuestro accionar”*⁵⁷

Asimismo esta situación se hace extensiva, a cuestiones específicas a partir de las cuales se demanda la práctica del Trabajador Social, pero simultáneamente no se han previsto lugares, herramientas y/o recursos para realizar la tarea que se ‘plantea’ como necesaria. En referencia a este tema una colega planteó lo siguiente:

**CTS: “”Pero bueno, yo cuando vine acá, no había escritorio, después hubo escritorio, después hubo silla, después hubo escritorio silla y muebles...”*⁵⁸

⁵⁶ Cazzaniga, Susana: “Hilos y nudos: La formación, la intervención y lo político en el TRBAJO SOCIAL” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina. 2007. Pág. 131.-

⁵⁷ Ídem, 18.

⁵⁸ Colega Trabajadora Social, en entrevista exploratoria, Octubre de 2007.-

De lo desarrollado hasta aquí, se desprende que a partir de la dinámica institucional –estructurada en función del actual sistema de salud- el espacio profesional en tanto ‘*escenario de la intervención*’, se configura en torno a una interacción asimétrica, tácita, ambigua y ambivalente que se impone de manera fáctica, en el rigor de su mecánica.

Asimismo, el reconocimiento formal y legal de la profesionalidad del Trabajo Social, parece permanecer mayoritariamente a un nivel enunciativo, que en la realidad diaria no logra plasmarse en una participación equitativa en el diseño e implementación de las políticas y programas sanitarios vigentes. Vale decir que los lugares asignados desde la lógica sanitaria actual, nos requieren de una práctica reproductiva a través de la cual se nos escinde de nuestro saber especializado.

En efecto, la práctica pretendida no es en función de lo que como profesionales sabemos, pensamos, evaluamos y/o proponemos en relación a las situaciones en las cuales intervenimos, sino en función de lo que otros han estimado como necesario y/o conveniente.

Si bien esta situación pone de relieve limitaciones y dificultades que dan cuenta de las batallas pendientes como colectivo, resulta indispensable revisar y reconocer en aspectos de la práctica diaria, alternativas estratégicas que posibiliten ampliar y superar –al menos en parte- las limitaciones vigentes.

“ De esta forma, las estrategias o, dicho de otro modo, la metodología utilizada en el trabajo profesional, será la adecuada siempre y cuando logre dar lugar a un proceso reflexivo del profesional actuante, que le posibilite el desarrollo de actividades que vayan articulando los distintos elementos que conforman el campo problemático sobre el que se actúa.”⁵⁹

A su vez en tanto ‘*construcción*’, el espacio profesional nos exige recuperar en el desarrollo de nuestra práctica, la dimensión crítico-reflexiva para expresar a través de ella nuestro saber. De este modo en términos de ejercicio, habilitará tanto el aporte desde nuestro campo disciplinar, como un posicionamiento diferente y más autónomo en la dinámica interactiva que se desenvuelve al interior de este entramado tensional.

⁵⁹ Malacalza, Susana y Otros: “Proyecto. ‘Estrategias de Acción Social’ del Programa de investigación y desarrollo ‘Sistema Político, Movimientos Sociales y Reproducción Cultural’- FCH-UNCentro.”, en: Malacalza, Susana L.: “Desde el Imaginario Social del Siglo XXI: Repensar el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2003. Pág. 48 y 49, respectivamente.

A continuación, considero oportuno abrir un pequeño paréntesis a modo de delimitar un marco de posibilidades reales, estableciendo algunas especificaciones para evitar caer en enunciados ilusorios que puedan dar lugar a interpretaciones erróneas, en el marco de propuestas individualistas.

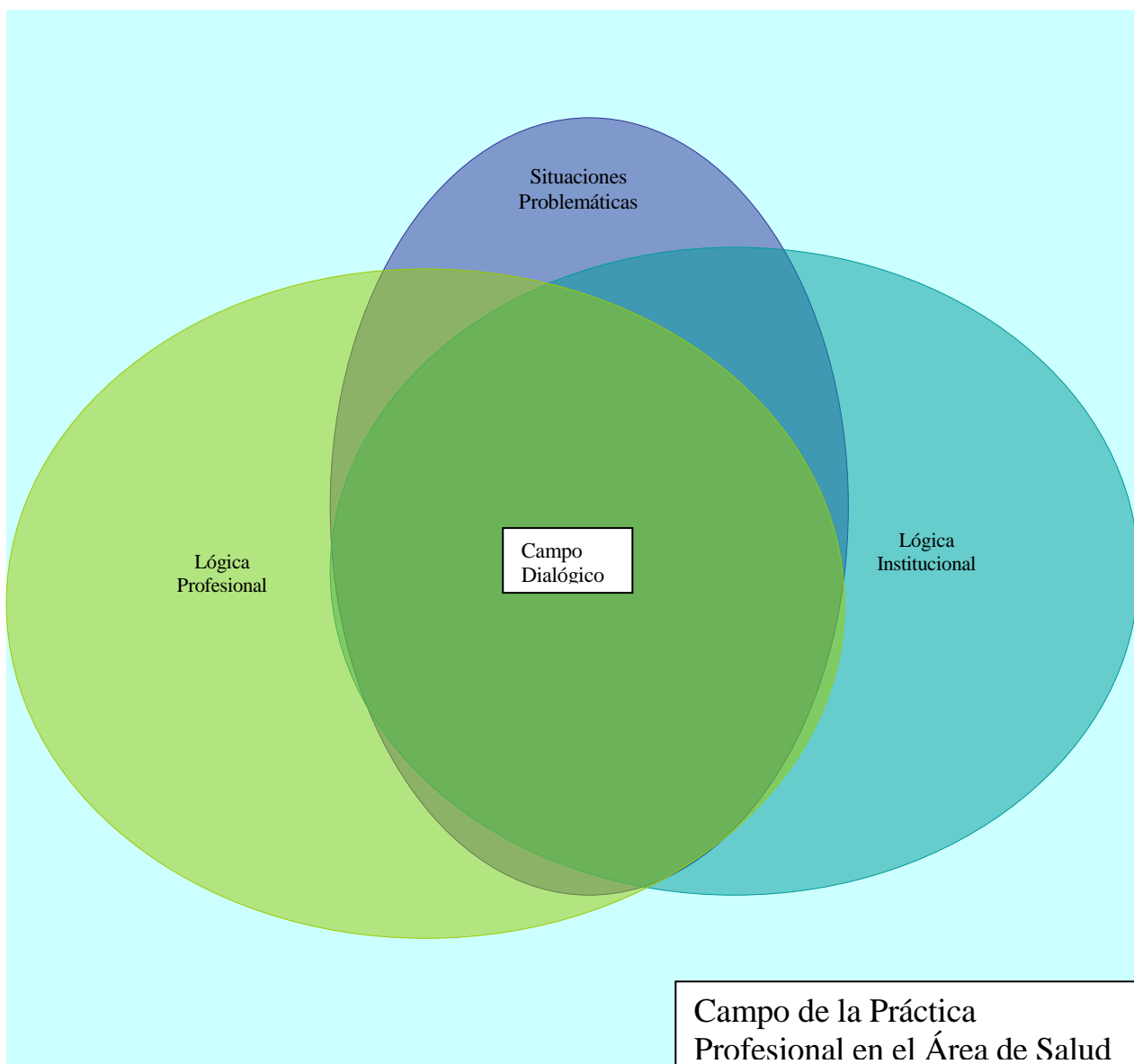
- Trascender la complejidad de las implicancias que permean e involucran nuestra inserción y desempeño laboral-profesional en el campo de la salud, requiere de un esfuerzo y tratamiento mancomunados del colectivo profesional para el logro de una mayor autonomía. De ninguna manera estas afectaciones, franqueadas a su vez por las condiciones contextuales e institucionales vigentes, pueden ser afrontadas en el marco de la práctica individual.
- De hecho el denodado esfuerzo que día a día vuelcan los colegas en su tarea, tratando de sortear estas complejidades, conduce a un enorme desgaste quedando a su vez invisibilizado.
- No obstante ello, surge hoy la necesidad de recrear nuestra actividad profesional cotidiana, sin resignar aspectos indispensables de nuestro campo de pertenencia, actualmente legitimados.

La Dimensión instrumental-operativa como vehículo interactivo: De la pertenencia a la pertinencia

Tal como hemos visto, la lógica sanitaria estructura a partir de su concepción y a través de su aparato programático-organizacional y operativo, determinadas prácticas que frecuentemente impactan en nuestra especificidad.

A partir de ello, es que surge la necesidad de reconfigurar a través de nuestro quehacer cotidiano, un *campo dialógico*⁶⁰ soportado en nuestra lógica profesional. Es en este punto, que cobra relevancia la dimensión instrumental-operativa como vehículo y manifestación de los sustentos ético- políticos y teórico-metodológicos de la propiedad disciplinar.

⁶⁰ **campo dialógico** i (ver gráfico explicativo).



El concepto de **Campo Dialógico** incorporado en este punto, sugiere redimensionar la noción de campo de la práctica profesional en un ámbito de la acción social, determinado –en este caso en el de la salud-, a partir de una conexión interactiva y dinámica –a través del instrumental/operativo- entre la lógica profesional y los mandatos, recursos, insumos, herramientas técnicas, exigencias, sentidos, direccionalidades, concepciones y expectativas externos a ella. Habilitando con ello, la puesta en marcha –y haciendo emerger- todo el equipaje que conforma la propiedad disciplinar, propiciando la conformación de un territorio estratégico a partir del encuentro entre el marco propio y específico, y el encuadre institucional-organizacional y operativo, en torno a los problemas que requieren de nuestra práctica profesional.

Considero oportuno aclarar, que el interés en relación al tratamiento y desarrollo del siguiente eje temático está orientado más, a los trayectos, soportes e implicaciones que amalgaman el proceso de configuración a partir de los cuales se desarrolla, estructura e implementa esta dimensión, que a la instrumentabilidad en sí.

“La instrumentabilidad de la profesión está soportada en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social. El uso de estas técnicas está vinculado con las concepciones y visiones que se tienen sobre la práctica profesional y la realidad social, no estando aisladas de los contextos donde se aplican, ni de los postulados teóricos o metodológicos que las fundamentan.”⁶¹

En virtud de lo desarrollado hasta aquí surgen en relación a la presente temática, los siguientes interrogantes:

La instrumentabilidad-operativa utilizada en lo cotidiano en el campo de la Salud, ¿involucra objetivos profesionales propios? ¿Cuáles son los trayectos y sentidos de esta dimensión? ¿A partir de ella, se logran plasmar las concepciones y visiones profesionales referidas a la realidad social en la que intervenimos?

Ciertamente el ser parte integrante de la realidad institucional, limita y/o dificulta un análisis acabado acerca de las implicancias que la dinámica interactiva que se desenvuelve al interior de ella, produce en nuestro quehacer profesional. No obstante ello, este esclarecimiento constituye el primer paso para el desarrollo de una actividad profesional responsable, pertinente y autónoma –aún en el marco de la dependencia laboral-; que nos exige necesariamente establecer diferenciaciones entre los objetivos institucionales y los propios o específicos.

Esta primera distinción, a partir de su explicitación, se constituye en la base inicial para la conformación del campo dialógico propuesto. De otra forma no hay construcción posible, dado que nuestro aporte y conocimientos son subsumidos por esta externalidad, a través de una interacción simbiótica.

“Lo instrumental vincula la lógica general del proceso con las operaciones concretas, tendiendo un puente entre la relación profesional, el mundo social y la interacción reflexiva, como escenario y objeto de la acción social.

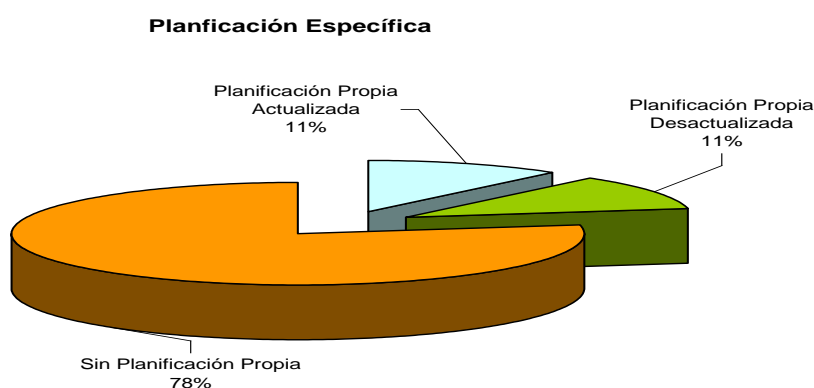
⁶¹ Vélez Restrepo, Olga L: “Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2003. Pág.95.-

Todo componente de la acción es afectado por ella y la decisión sobre las herramientas –técnicas e instrumentos- determina la configuración de un proceso de instrumentabilidad que actúa como una operación cognitiva-reflexiva de orden metodológico, definiendo posibles rutas o caminos a recorrer.”⁶²

Siguiendo la línea propuesta por la autora, a partir de la cual las necesidades funcionales de la instrumentalidad deben a su vez, sustentarse y responder a objetivos cognitivos, se desprende la necesidad de elaborar un **encuadre propio** (construcción selección del marco referencial) a partir del cual se puedan hilvanar intenciones y sentidos de la práctica profesional, sustentados en el campo de pertenencia en relación con la realidad institucional y social, en la cual ella se desarrolla.

Si bien la elección de los instrumentos a implementar, se pone en juego en cada intervención/actuación profesional, este marco común definido a partir de la planificación propia, se presenta como un recurso metodológico a modo de guía y soporte generales de las acciones profesionales.

En relación a ello, de lo recogido en la tarea de campo desarrollada a lo largo de la presente investigación, surge que una de las falencias más notables, es la que se refiere a la *planificación y/o programación*⁶³ propias:



⁶² Ídem 61, Pág. 97.-

⁶³ “Las expresiones ‘*planificación*’, ‘*planeación*’ y ‘*programación*’, si bien no son equivalentes y admiten varias definiciones, en general dan a entender un esfuerzo consciente y deliberado que actúa sobre la realidad socio-económica, con el fin de alcanzar determinados objetivos, en un período de tiempo dado.(...) Todo ello sin olvidar nunca, como lo advierte Bettelheim, que la planificación no es una simple técnica de elaboración de planes, sino un proceso social.” Ander Egg, Ezequiel: “Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad.” Ed. Hvmánitas. Bs. As. Argentina. 1982. Pág. 123.

A su vez los colegas a partir de sus relatos, nos transportan hacia las implicancias mismas de lo cotidiano auspiciando con sus expresiones, el ingreso a una dimensión prolífica para el análisis y la comprensión de los datos volcados en el gráfico:

“Porque era como muy difícil, los tiempos ya no te permiten más. (...) Hemos tenido muchos proyectos nosotras escritos, como idea, pero nunca se pudo...pero lamentablemente nunca se pudieron concretar...”⁶⁴

“No. No hay una planificación, no totalmente... no, no. Es lamentable pero no.”⁶⁵

De la información recogida a través de las entrevistas practicadas, se desprende el atravesamiento de la lógica sanitaria, a partir de la cual los espacios-tiempos de la actividad profesional, aparecen imbricados por la ‘urgencia’.

Asimismo la cuestión preestablecida y pautaada en relación al desarrollo e implementación de los programas vigentes, marcan un ritmo esquemático que se preconiza como prioritario, desplazando y atomizando cuestiones pendientes e importantes.

Por otra parte, se infiere cierta ambigüedad –por parte de algunos de los profesionales entrevistados-, en ocasión de distinguir entre los alcances y sentidos que surgen entre la planificación institucional y la específica:

“no, eso se hace más en la Región Sanitaria...”⁶⁶

“No, no tenemos ni aún del Ministerio.”⁶⁷

Otro de los rasgos que intrincan en la dinámica profesional, es la concepción estandarizada de la realidad, a la hora de planificar:

“Sí, lo tenemos hecho hace varios años (...) Como cuatro o cinco años (...)”

Lo que pasa también que la atención diaria, la atención de la puerta – como decimos nosotros-, que es la demanda, evita que por ahí uno pueda estar sentándose a planificar...”⁶⁸

⁶⁴ Ídem, 22.-

⁶⁵ Ídem, 19.-

⁶⁶ Ídem 15.-

⁶⁷ Ídem, 18.

⁶⁸ Ídem, 21.

Ello constituye un gran inconveniente dado que conduce a una práctica cerrada, rígida, desactualizada y funcional tornándola asimismo, vulnerable a los condicionamientos y desviaciones que la implican desde la externalidad.

Si bien la direccionalidad de la práctica profesional en términos generales, se halla pautada –y ello se corresponde con el encuadre institucional-, la instancia de planificación constituye una herramienta fundamental a partir del cual podemos y debemos introducir un sentido específico a nuestro quehacer desde el propio saber.

De esta forma, se presenta como una alternancia generada desde la lógica profesional, en relación a la mecánica institucional preestablecida y como una posibilidad para habitar desde ella, esos hiatos, intersticios e indefiniciones que surgen en ocasiones, desde las diversas propuestas institucionales.

“En la planificación –como su nombre lo indica- se establece el rumbo de las acciones prácticas a desarrollar y se utiliza un razonamiento de tipo analítico. En la sistematización se reflexiona y se recupera analíticamente el proceso o experiencia, haciendo uso de la teorización.”⁶⁹

Así, la experiencia volcada por ‘Natalia’ –profesional entrevistada- pone de manifiesto la ductilidad que surge a partir del diseño, desarrollo e implementación de conceptualizaciones y planificaciones profesionales, desde de los cuales la direccionalidad propuesta, se halla en función de las características y necesidades locales y específicas.

“... primero, se definen cuáles son... el objetivo del Servicio Social en salud y después en el Servicio Social en el hospital y en cada unidad sanitaria, se... se adapta. (...)

La planificación es muy integral y cada ‘chica’ tiene una planificación pero tenemos los mismos puntos para trabajar, cada una hace la adaptación de acuerdo a las características de su barrio. (...)

Vos para trabajar tenés que conocer en dónde trabajás, cuáles son las características geográficas, sociales y económicas del lugar. (...)
Y después cada una ha hecho el diagnóstico de su barrio, por cantidad de habitantes..., cuál es la población, características sanitarias, vivienda... todo esto en el mapa; cuál es la unidad sanitaria con la que cuenta, los

⁶⁹ Ídem 61, Pág. 62

*horarios, la estructura de la unidad sanitaria, el plano de las medidas sanitarias, las instituciones educativas, las ONGS...*⁷⁰

Estos lineamientos propios revisten un valor primordial dado que contribuyen a proporcionar percepciones más amplias de la realidad en la que nos toca intervenir, y que como ya hemos visto, no han sido contempladas por el sistema de salud actual, en el diseño de políticas y programas sanitarios. Éstos permiten incorporar por lo tanto, perspectivas heterogéneas en un diálogo permanente con la realidad social desde lo cotidiano, que hacen a una mayor pertinencia y actualización profesionales.

En este punto se hacen presentes a su vez, los principios ético-políticos del *proyecto profesional*⁷¹, dado que permiten conjugar nuestros conocimientos con las vivencias y necesidades de los actores sociales inmersos en los procesos de salud-enfermedad y asistencia, ampliando y reconfigurando tanto los lineamientos institucionales, como a partir de allí, los marcos de referencia.

Asimismo, le otorga mayor solidez a nuestro posicionamiento en torno a las relaciones de fuerza que nos implican en el quehacer cotidiano, porque permiten argumentar desde el conocimiento y la experiencia profesionales, las propias direccionalidades y sentidos propuestos en estos lineamientos o planificaciones; al mismo tiempo que se presentan como una oportunidad para desinvisibilizar las complejidades y dificultades que se manifiestan a diario, en el escenario de la intervención/actuación profesional.

En efecto, la **planificación** en su condición de trayecto proyectado a futuro en un ámbito temporo-espacial determinado, nos requiere leer y analizar la práctica cotidiana a partir del andamiaje complejo que surge entre las implicancias más amplias y lo singular, conjugando en esta instancia el escenario del quehacer profesional y la propia construcción.

⁷⁰ Ídem, 23.

⁷¹ En relación a los **Proyectos Profesionales** tomaré la conceptualización desarrollada por Netto (1999:95): "...presentan la auto-imagen de una profesión, eligen los valores que la legitiman socialmente, delimitan y priorizan sus objetivos y funciones, formulan los requisitos (teóricos, institucionales y prácticos) para su ejercicio, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen los parámetros de su relación con los usuarios que reciben sus servicios, con las otras profesiones y con las organizaciones e instituciones sociales privadas y públicas (entre éstas, también es destacado el Estado, el cual ha tenido históricamente el reconocimiento jurídico de los estatutos profesionales). Netto, Paulo en: Martinelli, María L: "Reflexiones sobre el Trabajo Social y el Proyecto Ético-Político Profesional." En: Revista Escenarios: "Prácticas Profesionales y Prácticas Sociales Contemporáneas." Año 8, N°13, Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, Julio de 2008, Pág. 10.-

A su vez en el desarrollo de su implementación, establece un recorrido que viabiliza la revisión, evaluación y análisis de las acciones efectuadas, que emergen de la realidad misma de la actividad profesional y del contexto en el cual ésta se desarrolla. Ello nos posibilitará reconocer con mayor acertividad: problemas, dificultades, limitaciones y ambigüedades específicos, para avanzar con otra solidez sobre ellos, utilizando la teoría en términos de Foucault (1992:85):

“En este sentido la teoría no expresa, no traduce, no aplica una práctica; es una práctica. Pero local y regional, como usted dice: no totalizadora. Lucha contra el poder, lucha para hacerlo aparecer y golpearlo allí donde es más invisible y más insidioso.”⁷²

Cumplidos los plazos de tiempo previstos para su implementación, a partir de la sistematización será posible recoger la experiencia en calidad de aprendizaje.

De este modo, se constituye a su vez, en el anclaje a partir del cual se trazarán y seleccionarán nuevas direccionalidades, acciones, instrumentos y/o técnicas, para continuar avanzando en nuestra práctica en sintonía con el desarrollo del proyecto profesional.

Justamente ello deviene en reconocer que toda práctica profesional-laboral –en el caso del Trabajo Social- no es lineal y unívoca, sino que por el contrario, está atravesada por complejidades, transformaciones, rupturas, bifurcaciones y diversidades, que nos desafían a una mayor rigurosidad científica a partir de la cual logremos poner en juego nuestro saber y habilidades, abriendo interrogaciones que direccionen nuestra acción en la búsqueda de conocimientos y estrategias superadoras y pertinentes.

“En verdad, como ya lo afirmamos, el Trabajador Social es un profesional que trabaja permanentemente en la relación entre estructura, coyuntura y cotidiano; es en lo cotidiano que las determinaciones coyunturales se expresan y es ahí que se ubica el desafío de garantizar el sentido y la dirección de la actuación profesional.”⁷³

Repensar estas alternativas a partir de las cuales los Trabajadores Sociales tracemos nuestros propios recorridos replicando, aportando y sumando a los lineamientos institucionales en torno a las problemáticas

⁷² Foucault, Michel: “Microfísica del Poder”. Traducción: Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. Ed. “La Piqueta.” 3era. edición, España, 1992. Pág. 85

⁷³ Martinelli, María L.: Ídem 71, Pág. 10.-

que se nos presentan a diario, pone de relieve la importancia y necesidad del intercambio⁷⁴ entre los profesionales del Trabajo Social.

A partir de la información recolectada en la tarea de campo, se infiere que en la mayoría de los casos observados, esta instancia no se encuentra lo suficientemente reconocida como una necesidad profesional. Asimismo su validación e importancia parecen desdibujarse a partir de las implicancias cotidianas; acaso porque el espacio-tiempo destinado al intercambio profesional, no ha sido instaurado y significado como parte de la actividad profesional.

Por otra parte, surge que **los espacios destinados al intercambio** se desarrollan por lo general, a partir de un marco ‘informal’, eventual y asistemático⁷⁵, en virtud de lo cual el encuadre profesional-operativo de los mismos, **se torna difuso y ambiguo**.

En palabras de las colegas:

“todos los días un ratito a la mañana, nos sentamos y mate por medio, conversamos qué fue lo que pasó, qué fue lo que quedó pendiente del día anterior y cómo vamos a encarar el nuevo día (...) Es informal porque no queda registrada, pero es sistemática, de acuerdo al abordaje...”⁷⁶

“Hacemos ‘supervisión de casos’ con la jefa del servicio, que tiene muchos años de profesional y entonces como que nos manejamos con ella o lo hablamos entre nosotros.”⁷⁷

“Un par de jornadas al año que se hacen con el personal de las Unidades Sanitarias por el tema del tratamiento supervisado (...) una pero no da más, porque no da el tiempo...”⁷⁸

“No hay una supervisión ni un intercambio entre nosotros, reuniones ni nada que nos haga replantear el rol.”⁷⁹

⁷⁴ El **intercambio profesional**, es considerado en este punto, como una instancia de reunión sistemática y preestablecida, organizada en función de objetivos profesionales y operativos, desarrollada entre los distintos integrantes que conforman los respectivos Servicios Sociales de las instituciones sanitarias, destinada al debate, reflexión, análisis, evaluación y optimización de la práctica cotidiana.

⁷⁵ La expresión **asistemático** incorporada en este punto, se refiere a que dichos espacios –de acuerdo a lo recogido en campo-, no han sido incorporados de manera sustancial a la actividad profesional, sino más bien de manera aleatoria.

⁷⁶ Ídem, 21.-

⁷⁷ Ídem, 22.-

⁷⁸ Ídem, 15.-

*“intercambio por ahí sí hacemos... pero no...
Sí, pero no formal... (...) no es que cada quince días tenemos reunión de
equipo...”⁸⁰*

A su vez, las significaciones y sentidos otorgados por los profesionales consultados en relación a ello, resultan disímiles: van desde la revisión y cierto ordenamiento de la tarea, al pedido de apoyo y colaboración en el abordaje de alguna situación puntual, homologados en algunas de estas expresiones –de modo errático e impreciso-, a las instancias de supervisión y/o a jornadas de capacitación.

Si bien cada servicio tiene una organización y dinámica propias – aspecto que no ha sido profundizado en el desarrollo de esta investigación- a partir de lo cual adquiere cierta singularidad, lo que puede leerse a partir de las siguientes expresiones son diferencias conceptuales sumamente variadas, horadadas por un denominador común: la exigüidad en lo que se refiere a la implementación de espacios propios sistemáticos, destinados a la revisión, reflexión, análisis, evaluación y optimización del quehacer cotidiano.

A continuación una de las profesionales consultadas pone de manifiesto una diferencia significativa en relación a esta categoría de análisis:

*“Nosotros nos reunimos una vez por mes, la mitad es para un intercambio
de la tarea cotidiana (...)
Y después, las otras dos horas, tomamos un tema de capacitación con
técnica de taller...”⁸¹*

De lo expuesto precedentemente surge que las Reuniones de Equipo –en este caso- se hallan organizadas en función de la actividad profesional con una finalidad claramente establecida, que responde a las necesidades grupales a partir de la práctica e inquietudes específicos –y por lo tanto en relación con el contexto en el cual se desenvuelve- de cada uno de los Trabajadores Sociales involucrados.

Asimismo otra de las cuestiones que aparecen a contrapunto de esta situación, es la participación en Reuniones de Equipo Interdisciplinario – externos a los respectivos servicios- por parte de aquéllos profesionales

⁷⁹ Ídem. 18.-

⁸⁰ Ídem 17.-

⁸¹ Ídem 23.-

que han sido convocados para trabajar en algún programa alternativo del ámbito institucional.

“Si, se puede decir que desde lo cotidiano al mediodía por ahí... pero una cuestión sistemática de reunión de equipo... o de evaluación permanente... y eso, no.

Yo particularmente participo en área programática, en las reuniones de ‘comisión de vigilancia y mortalidad materno-infantil’, pero dentro de lo que es el servicio social de este hospital, no existe la reunión de equipo.”⁸²

“Lo que pasa es que también nosotros tenemos nuestras propias limitaciones que también las veo, -no digo desde el equipo interdisciplinario- (...) pero si tomamos el Servicio, creo que no las podemos ver (...) me está pareciendo que nos están pasando cosas porque no las revisamos.”⁸³ (‘Cecilia’)

Poder recuperar, diagramar y establecer nuestros propios espacios-tiempos para pensar y reflexionar sobre nuestro qué-hacer en el devenir cotidiano a modo de variación, renovando los compases esquemáticos y acrílicos que implican a la intervención/actuación, se constituye en el cimiento profesional, de nuestra práctica.

Acaso como plantea ‘Cecilia’, revisar las propias limitaciones y ‘esas cosas que nos están pasando’ conduce a desinvisiblecer lo obvio, lo natural, ‘eso’ que conforma nuestro escenario cotidiano y singular, esclareciéndolo.

Es a partir de allí, que podremos transitarlo de manera distinta, poblándolo, equipándolo y aggiornándolo en base a estos reconocimientos seleccionando instrumentos y técnicas, que resulten más adecuadas en términos de ejercicio.

“La postura crítica y la creatividad de los sujetos profesionales e institucionales que desarrollan e implementan el instrumental técnico, son elementos definitorios del alcance y dirección que al mismo se le dé. (...)

Las instituciones, en su calidad de organizaciones sociales y los profesionales, como sujetos de acción, son los llamados a construir un instrumental que recoja el sentir y las necesidades de los actores involucrados en los procesos sociales y que aporten a la construcción

⁸² Ídem 20.-

⁸³ Ídem 16.-

del conocimiento, a la configuración de los sujetos sociales y a garantizar la pertinencia social de los proyectos y programas.”⁸⁴

Asimismo considero oportuno señalar que la validez y necesidad de estos espacios debería trascender esos ámbitos institucionales en los cuales transcurre, -aspecto éste- que pone de relieve una vez más, la ausencia de un área social a nivel ministerial.

En síntesis: **Las respectivas áreas sociales de las distintas Regiones Sanitarias, se presentan en este sentido como ámbitos estratégicos –en tanto organismos descentralizados del Ministerio-, a partir de los cuales se debería –en otras acciones-, no tan sólo promover este tipo de prácticas (específicas, dinámicas y crítico-reflexivas) sino recoger las distintas experiencias, necesidades y propuestas, que surgen desde la realidad misma, en cada uno de esos Servicios.**

Componentes clásicos de la instrumentalidad-operativa en Trabajo Social

Si bien la **dimensión instrumental-operativa** ofrece una vasta variedad de técnicas e instrumentos, dado que **está sujeta a la formación, destreza y creatividad de los profesionales**; a continuación considero oportuno revisar y analizar tres componentes fundamentales de esta dimensión, en relación a la práctica del Trabajo Social: la instrumentabilidad gráfica, la entrevista y la tarea de campo.

- **La Instrumentabilidad Gráfica: territorio de lo manifiesto y constructo de representaciones**

Sin dudas, la dimensión escrita reviste una importancia fundamental dado que a través de ella es posible compartir, transmitir y dar cuenta del ser- pensar-hacer profesional.

“El registro en Trabajo Social puede ser efectuado desde distintas modalidades, a través de las cuales se documenta y comunica el quehacer profesional y su relación con los actores sociales y las situaciones que atraviesan, inmersos en el contexto histórico-político-socio-económico y cultural en que se desarrollan.”⁸⁵

⁸⁴ Ídem 61, Págs. 95 y96 respectivamente.

⁸⁵ Rivello, Beatriz: “Trabajo social con familias, en el ámbito de la justicia.” Publicación Cuadernos N° 9. EDSS. Universidad de Morón. 1994, actualizado en: 1997, Pág. 10.-

Podemos decir entonces, que este instrumento se constituye en una evidencia de nuestra práctica a partir de la cual damos cuenta no tan solo de la tarea desarrollada, sino que se constituye en una síntesis entre el pensar-actuar, a partir de la cual imprimimos una marca en una situación determinada y en los actores sociales que intervienen en ella.

Esta marca particular emanada de la subjetividad pierde su condición de tal, en tanto se imprime, se manifiesta y adopta al mismo tiempo un carácter de ‘representación’ que involucra y envuelve lo profesional, lo institucional/ laboral y la situación/ actores particulares a que ella se refiere.

Ciertamente a partir de aquí es posible distinguir en la dimensión escrita un trayecto desde lo singular de ese ser-profesional, a un hacer-en y para; este discurrir en tanto es al mismo tiempo expreso y compartido, retorna a nuestro ser-profesional, dejándolo expuesto.

No obstante ello, creo oportuno advertir que el interés y tratamiento que se realiza a continuación en función a la siguiente categoría de análisis, está orientado a describir, conocer y analizar aspectos generales y comunes al registro, a partir del marco de referencia que caracteriza al campo de la salud.

“...es decir, el marco de referencia que puede referirse a la salud, salud mental, la minoridad, el trabajo comunitario, etc. Pero, también en el registro se trasluce, la visión de Trabajo Social de quien registra y de quien es entrevistado dentro de determinados campos.”⁸⁶

En el ámbito de la salud –estudiado- pueden distinguirse a modo general, dos niveles característicos y diferenciados en la producción de información: Uno que se refiere a la actuación misma, en el contexto de la intervención/actuación; y otro, a partir del cual se comunican las ‘estadísticas’ tanto en lo que se refiere a las prácticas efectuadas desde los distintos servicios (una vez más considero oportuno aclarar que en este trabajo sólo se tratarán los que se realizan desde los distintos Servicios Sociales), como a la ‘cantidad’ y ‘características’ de la población atendida.

⁸⁶ Carballeda, Alfredo Juan M.: “2-El registro, la intervención y sus diferentes inscripciones; una vía de acceso para pensar la cuestión de la singularidad.” En: V.V.A.A.: “Nuevos escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2002 Págs. 57 y 58 respectivamente.

“Sí, queda registrada la atención diaria en las ‘planillas 2’⁸⁷, y después para lo que son los trámites... ‘La encuesta social’...”⁸⁸

En cuanto al primero de los niveles, se observa que el instrumento de registro más usual en el campo de la salud, lo constituye la “encuesta social única”⁸⁹.

Este instrumento se encuentra prediseñado y de algún modo sintetiza la información que nos es requerida desde el Ministerio de Salud. Una vez cumplimentada, su contenido parece repetirse en forma casi idéntica, a no ser que se fije la observación en los ‘datos de identificación’ del actor que demanda.

Así, la información que se estima como necesaria, responde a su vez a las concepciones y visiones –estandarizadas- que pre-dominan en la actualidad acerca de los problemas de salud, en correspondencia con las ‘definiciones oficiales’ de los mismos.

“tenemos encuestas realizadas a los pacientes para diferentes temas, todos los programas necesitan encuestas (...)”⁹⁰

Pero sucede también, que un vasto universo de situaciones que se nos presentan a diario revisten complejidades que exceden lo previsto y es a partir de ello, que estos instrumentos tal como han sido preestablecidos, condicionan, recortan y puntualizan estas realidades que requieren ser abordadas; al mismo tiempo que cercenan y excluyen toda una serie de prácticas que en lo cotidiano deben realizarse –y de hecho se realizan-, en función de estas cuestiones ‘impensadas’ pero reales.

La necesaria implementación de otras modalidades de registro, revela la diversidad de nuestra práctica trascendiendo los marcos preestablecidos y pautados desde los niveles organizacionales y operativos, propuestos por el sistema de salud actual:

⁸⁷ **Planillas 2:** Con esta designación se identifica al documento prediseñado e implementado por el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, destinado a registrar e informar la población atendida por los distintos servicios de salud. El mismo es utilizado por lo general, con fines estadísticos.. (ver anexo).

⁸⁸ Ídem 17.-

⁸⁹ **Encuesta Social Única:** Este instrumento es el que ‘caracteriza’ a la intervención de los profesionales de Trabajo Social en el ámbito de la salud de la Pcia. de Bs. As. Al igual que en el caso anterior, es un instrumento prediseñado e implementado por ese organismo, para la totalidad de trámites y gestiones que se realicen ante el mismo. (ver anexo)

⁹⁰ Ídem 21.-

“...lo único que tenemos es la encuesta social para todo. Lo que tenemos es, nosotras particularmente la jefa del servicio... lo que hizo fue pautar una entrevista de la que llamamos ‘diario’ (...) tiene los datos principales y después todo lo demás hacemos un informe por escrito. (...) pero tenemos también un registro con salidas de campo que firma la persona que te recibió, se consignan datos para ubicarte, qué día fuiste, a qué hora, a quiénes encontraste, (...) Esto lo generamos desde acá, esas son cosas que el servicio fue organizando. (...) Registramos –no siempre pero en casos de riesgo y que ameriten lo colocamos en la historia clínica, hacemos toda una evolución social desde que tomamos el caso hasta cuando egresa la persona. Todo el trabajo que se hizo queda plasmado en la historia clínica...”⁹¹

Aquí, la entrevistada comienza diciendo: “lo único que tenemos es la encuesta social para todo...” y seguidamente da cuenta de una serie de prácticas escritas que se han construido desde el propio servicio a partir del quehacer mismo.

En virtud de estas expresiones puede observarse con claridad, cómo la externalidad institucional-organizacional se hace presente, ejerciendo cierto dominio a través de estas preconizaciones que nos implican a diario. Acaso porque todas estas construcciones –puestos que son creaciones específicas pero en correspondencia con la realidad cotidiana-, no han sido validadas ni reconocidas por ese orden.

(...) nosotros tenemos varios registros, tenemos el registro de ‘casos sociales’, tenemos el registro de estudios (...) además, creamos desde acá, desde el servicio, una encuesta nuestra que es para las sociales interna, nada más. Porque por el ministerio no está aprobada (...) pero sí, desde la dirección se autorizó a realizar esa encuesta que es mucho más reducida, que tiene que ver con las cuestiones que nos interesan a nosotros los Tragadores Sociales, esa fue una creación nuestra pura y exclusivamente.

(...) después tenemos un registro de todo lo que es programático, por ejemplo, cómo se trabajan las ‘planillas verdes’ para tomografías, hay que hacer una rendición de eso...”⁹²

“Acá todos los que vienen, tienen su historia clínica (...) no está computarizado, está todo en fichas...”⁹³

⁹¹ Ídem 22.-

⁹² Ídem 21.-

⁹³ Ídem 15.-

Estos esfuerzos por reconfigurar desde el propio quehacer la instrumentalidad escrita, no parecen encontrar aún, una veta de aceptación por parte de la lógica sanitaria actual. De hecho la única información contemplada y admitida por el nivel central, es la que se produce a través de estos ‘documentos oficiales’, el resto no parece tener un lugar.

Esta dificultad que se observa en lo concerniente a traspasar los muros y contextos en los cuales la actividad profesional se desarrolla, evidencia la rigidez del marco de referencia actual, el cual se cierra con ello, a problemas, prácticas y propuestas que componen la realidad cotidiana. Estas situaciones, conllevan a invisibilizar la tarea profesional al mismo tiempo que lo que se pierde con ello, es nuestro testimonio sobre la realidad.

Algo similar se reitera en lo que se refiere a la información registrada y requerida en relación a la tarea desarrollada y a la ‘población-problema’ atendida.

En la actualidad, el único instrumento de registro a partir del cual se produce información estadística de la atención realizada en las instituciones sanitarias conocido como “planilla 2”, no resulta adecuado para registrar la tarea del Trabajador Social y aunque este instrumento no resulte válido ni fidedigno a la hora de reflejar la tarea desarrollada, ha sido y/o es utilizado en algunos servicios, sin ningún tipo de modificación. En otros, ha caído en desuso y los intentos por incorporar algún tipo de modificación, no han logrado trascender los respectivos ámbitos institucionales.

“yo hago las ‘fojas 2’, donde escribo toda mi actividad diaria y ahí por población, por edad, por problemática y qué acción hice, lo tengo yo y lo elevo al Ministerio... (...) pero no está analizado ni cotejado, ni nada.”⁹⁴

“...lo que atendemos se registra en las ‘planilla 2’”⁹⁵

“Desde el servicio se registra la atención diaria (...) eso porque tiene que ver con la producción del servicio... el sistema es el mismo del hospital...”⁹⁶

” Esa hoja 2 está implementada con algunas pautas que venían del Ministerio de Salud de la Pcia.- de Bs. As., por una cuestión de

⁹⁴ Ídem 18.-

⁹⁵ Ídem 15.-

⁹⁶ Ídem 20.-

coparticipación (...) en un tiempo me las traía la persona de estadística para ver todos los fin de mes, nosotros entregábamos la... la estadística. La estadística de una hoja modificada O sea nosotros por una cuestión personal nos habíamos propuesto la estadística que pedía el Estado provincial... municipal... la autoridad que correspondiera... pero además la que nos interesaba a nosotros que era en calidad y no en cantidad(...) después descubrimos que en realidad interesaba poco... y que no sé qué funcionario (...) había directamente descartado al Servicio Social en esas planillas y si las descartan, para qué voy a seguir mandando información que nadie va a tener en cuenta (...) De hecho lo seguimos haciendo pero están.. ahí arriba está, esa es toda nuestra estadística.”⁹⁷ (‘Carolina’)

A partir de la situación planteada por ‘Carolina’, se desprende nuevamente la intransigencia de la lógica sanitaria al momento de incorporar información y perspectivas heterogéneas, en tanto resultan diferentes a lo preestablecido. Pero a su vez ésta, logra ratificarse en tanto impacta en la práctica profesional, erosionando los intereses, motivaciones y propuestas vinculados a ampliar y modificar aspectos que hacen a las concepciones y acciones a desarrollar en el ámbito de la salud.

Una vez más, surge la necesidad de re-pensar y elaborar estrategias conjuntas porque ello posibilitará equilibrar al menos en parte, las relaciones de fuerzas que intervienen en situaciones de tales características y que como ya hemos visto, se desenvuelven en el marco de una interacción asimétrica.

A continuación considero oportuno realizar algunas observaciones con respecto a las modalidades de registro realizadas desde el Área Social de la Región Sanitaria VII ‘B’.⁹⁸

Desde el Servicio Social de este organismo, se registra exclusivamente lo actuado en los expedientes con respecto a su destino o derivación y en menor escala, para dar cuenta de alguna situación particular.

Se ha implementado asimismo, un registro informático paralelo a modo de archivo, a los efectos del seguimiento, en el cual se consigna el recorrido y estado de la tramitación.

⁹⁷ Ídem 19.-

⁹⁸ Las observaciones desarrolladas en este punto, se fundan en mi experiencia de trabajo en el Área Social de la ex Región Sanitaria VII ‘B’ (hoy Región Sanitaria VII), desde octubre de 2002 hasta el 01 de agosto de 2008.

En este punto se evidencia que lo que se registra, responde casi exclusivamente a los requerimientos institucionales, a eso que a la organización le interesa conocer para resolver en función de la ‘demanda’ que origina la intervención.

Las situaciones singulares que dan cuenta de alguna dificultad, posibilidad y/o potencialidad particular de los sujetos, generalmente no son registradas en la misma encuesta. Acaso por ser ésta un requisito más del trámite y por lo tanto asociado a la lógica institucional.

Estas “actas y/o informes”, reflejan **situaciones singulares** y significativas posibilitando cierta ruptura con la masificación de estos procedimientos. Si bien la implementación de los diferentes programas debe efectuarse a través de cierta normativa general, algunas prácticas como las que se señalan, posibilitan incorporar aspectos de la cotidianeidad y por lo tanto hacer distintiva cada solicitud en virtud de esa situación problemática singular que atraviesa la persona que demanda.

Ello, sumado a la ausencia de una planificación propia y a las falencias enunciadas en lo referente a la sistematización de la práctica cotidiana, imposibilita no tan sólo delinear la tarea, sino revisar y evaluar el qué-hacer cotidiano.

Revisar nuestra práctica implica volver a ver la tarea desarrollada y más allá de la puesta en común a través de diferentes espacios de discusión, resulta indispensable el registro, dado que se constituye en el instrumento que nos permite no tan sólo una puesta en común para la discusión y el análisis, sino también, hacer evidente nuestra práctica profesional al mismo tiempo se constituye en una posibilidad hacia el futuro referida a poder “decir”, pensar y proponer tanto hacia dentro del campo de pertenencia profesional, como hacia fuera del mismo.

“La construcción de los campos disciplinares se va produciendo desde diferentes prácticas, todas ellas legítimas en tanto otorgan corporeidad y significación a los mismos. No obstante ello la producción escrita se constituye en un aspecto medular en cuanto permite la circulación pública de ideas, argumentaciones y proposiciones acerca de cierto haz de problemas que configuran dichos campos, e invita a la vez a los debates y nuevas producciones.”⁹⁹

⁹⁹ Ídem 56, Pág.7.-

El registro de las prácticas establece una marca, una señal de suma importancia dado que posibilita trascender los espacios, el tiempo, la individualidad y se constituye por lo tanto, en el basamento del trayecto que como colectivo, vamos construyendo.

- **La Entrevista: encuentro con lo heterogéneo:**

La entrevista es sin dudas, una de las técnicas que con mayor frecuencia utilizamos los trabajadores sociales y que reviste por tal motivo, una importancia fundamental en el desarrollo de nuestra práctica profesional.

“La entrevista es un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio-cultural de cada uno de los sujetos implicados.”¹⁰⁰

A partir de este encuentro interaccional, los distintos actores nos permiten ‘permear’ en su historia, en su intimidad, en su cotidianeidad; con lo cual nos ‘habilitan’ para actuar. En este punto es posible distinguir una perspectiva diferente de alteridad, ya que es el otro, el que de alguna manera nos otorga cierto poder para intervenir.

Si bien el ‘motivo de consulta’ con frecuencia se encuentra de algún modo preestablecido, el marco de actuación propuesto posibilita un posicionamiento distintivo, trascendiendo cuestiones esquemáticas. En efecto a partir de ello, es posible dar lugar a la ‘consulta’ desde la singularidad, atendiendo a las necesidades sentidas y expresadas por los sujetos que participan de ese encuentro.

“...si vos te quedás con lo que te pauta el programa, hacés eso puntual... y ya está, ahora en la entrevista salen otro montón de cosas...”¹⁰¹

De esta forma, el clima y la escucha¹⁰² cobran un papel relevante en el marco de la entrevista dado que favorecen la comprensión de la situación

¹⁰⁰ Ídem 61, Pág. 104.-

¹⁰¹ Ídem, 22.

¹⁰² **La Escucha:** Escuchar es algo más que oír, es dejarse tocar por el relato del otro replanteando posturas, confrontando y validando las propias. En el acto de escuchar las partes involucradas se transforman mutuamente, interpelando con juicio y permitiendo que los reflejos de la voz hablante sean capaz de dibujar en el otro las sombras de las dudas, certezas y temores inferiores que

problemática y por lo tanto, cierta ruptura con lo preestablecido, auspiciando una apertura frente a la vivencia de ese otro.

Ello deviene en reconocer y favorecer una relación social más dinámica que da lugar a la construcción, en la que ese otro deja de ser 'paciente' para participar activamente de ella. En efecto, es el actor desde su relato ejerciendo sus derechos, quien promueve el sentido de la intervención y el profesional quien propicia su desarrollo.

Desde esta perspectiva es posible abandonar la postura mecanicista y acrítica que postula la 'neutralidad' técnica caracterizada por una práctica lineal y estandarizada, dando lugar al 'proceso de transformación' en torno a la especificidad, al que se refiere Aguilera (2005:36): *"La entrevista en Trabajo Social es una técnica de interacción social que se funda en una relación interpersonal que permite la comprensión de una situación intersubjetiva, la construcción de un problema que requiere ser transformado y el tránsito por un proceso de actuación que permita alcanzar la transformación."*¹⁰³

Este encuentro interpersonal y dialógico puede adquirir un sin fin de variaciones y matices conforme sea el motivo que la origina, el lugar en el cual se desarrolla y las circunstancias particulares por las cuales atraviesan cada una de las partes involucradas.

Respetar los silencios, las 'resistencias' y los tiempos de los actores para relatar determinadas situaciones, es indispensable a la hora de una adecuada intervención/actuación.

Ello conlleva a reconocer los límites y dificultades que se presentan en esta práctica interaccional y que requieren de la habilidad profesional, lo cual pone de relieve a su vez, la necesidad de revisar desde la supervisión el qué-hacer cotidiano.

La entrevista posibilita un conocimiento más amplio y heterogéneo de las diversas situaciones problemáticas que se nos presentan a diario, ampliando las perspectivas para la intervención/actuación profesional en tanto amalgama tensiones y desencuentros a partir de un co-relato.

comprometen su subjetividad. No se escucha para interpelar al otro desde un discurso ajeno previamente construido, sino para avanzar en la construcción compartida de otros discursos. Ídem 61, Pág. 101.-

¹⁰³ Aguilera, María de los A.: "La Entrevista" en: Graciela Tonon (compiladora): "Las Técnicas de actuación profesional del Trabajo Social." Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2005. Pág. 36.-

- **Trabajo de Campo: escenario de lo cotidiano**

Sin dudas la ‘tarea de campo’¹⁰⁴ a partir de las visitas domiciliarias¹⁰⁵ – entre otras modalidades- se ha constituido a lo largo del tiempo, en una de las prácticas características del Trabajo Social.

En efecto, la vinculación que nuestra profesión tiene con la vida cotidiana¹⁰⁶, se forja justamente a partir de ese encuentro que ha logrado traspasar los muros de lo instituido.

Si bien estas prácticas en los orígenes estaban fundadas en la vigilancia y el control, paulatinamente se constituyeron en una de las bases constructoras de nuestro campo disciplinar, promoviendo un saber específico que distingue al Trabajo Social de otras disciplinas.

En nuestro país los orígenes del Trabajo Social en tanto ‘visitadoras de higiene’, aparecen vinculados al ámbito de la salud. Esta significación denota la impronta del trabajo de campo, el cual signó nuestros comienzos en la profesión.

Si bien como se menciona precedentemente ello permitió cierta ruptura con lo institucional, promoviendo una apertura hacia un conocimiento propio y novedoso; en la actualidad los tiempos y la modernización de las instituciones –entre otros factores¹⁰⁷-, han ido acotando las actividades desarrolladas por fuera del ámbito institucional sobre todo, en lo que respecta a la dinámica hospitalaria.

De hecho, el ámbito de la atención primaria ofrece un escenario diferente favoreciendo mayor cercanía con la población.

¹⁰⁴ Se entiende por ‘**Tarea de Campo**’ a todas aquéllas prácticas de la actividad profesional que se desarrollan por fuera del ámbito institucional y que hacen a la actividad profesional-laboral: visitas domiciliarias, visitas institucionales, asambleas barriales, reuniones comunitarias, relevamiento de datos, etc.

¹⁰⁵ Visita Domiciliaria: Técnica de actuación del Trabajo Social, que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas –la observación y la entrevista-, que facilita la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso comunicacional verbal-no verbal y se caracteriza por un objetivo definido (investigación, asesoramiento, seguimiento, cierre de la actuación profesional) revistiendo un valor estratégico en el proceso de actuación profesional. Graciela Tonón: “La visita domiciliaria” en ídem 103, Pág. 57.-

¹⁰⁶ En este punto tomaré el concepto desarrollado por Rozas Pagaza: “...comprendemos que el concepto de vida cotidiana expresa la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades. Este escenario es el que marca las coordenadas más importantes para resignificar el campo problemático en la intervención profesional. En este contexto, la cercanía a la vida de dichos sujetos es la clave más importante para desentrañar cómo se expresa la conflictividad de la ‘cuestión social hoy’”. Rozas Pagaza, Margarita: Ídem 37. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 1998. Pág. 40.-

¹⁰⁷ Ver Tonón, Graciela, Ídem 103, Pág 51 y 52 respectivamente.

En relación a este tema, ‘Pedro’ -uno de los colegas consultados a partir de su experiencia en atención primaria- logra establecer una diferenciación sumamente significativa con respecto a las prácticas del Trabajador Social en el campo de la salud, según se desarrollen en el 1er o 2do. Nivel de atención:

“en un hospital de alta complejidad donde hacen más trabajo burocrático el Trabajador Social... en cambio en baja complejidad y en ‘medicina preventiva’ el Trabajador Social tiene un trabajo mas, más... de más importancia digamos, más valorado, no burocrático... (...) La relación es distinta, más cercana... más autónoma, no está tan pautada digamos...”¹⁰⁸ (‘Pedro’)

El entrevistado distingue dos escenarios característicos del ámbito sanitario –el hospitalario y el centro de salud- y resume las implicancias interaccionales que cada uno produce en la actividad profesional; al mismo tiempo que establece una vinculación entre la autonomía y la valoración social de la profesión. Acaso porque a partir de esa ‘cercanía’ con los actores, el Trabajador Social se encuentra asimismo con un saber propio y específico que estriba en el contacto con lo real.

“Los trabajadores sociales somos los privilegiados en el ‘estar allí’ (Matus, 1993), en el contacto directo, cara a cara con los sujetos sociales que sufren los efectos de la implementación de políticas neoliberales, con el consecuente ajuste y focalización, que recortan los derechos humanos esenciales. Así en todos los ámbitos (escuela, empresas, juzgado, hospitales, universidades, etc.) hallamos una alta resonancia de la crisis, lo que no obliga a plantearnos desde dónde, para qué y cómo interpretamos e intervenimos.”¹⁰⁹

Ello pone de relieve la importancia de favorecer el encuentro con lo comunitario, más allá del escenario institucional en el cual desarrollemos la actividad profesional. Porque permite afianzar nuestros conocimientos incorporando nuevos saberes, concepciones y expresiones, haciendo más pertinente nuestra práctica, favoreciendo una interacción más dinámica y flexible entre las instituciones y los actores que demandan de sus servicios.

¹⁰⁸ Ídem, 15.

¹⁰⁹ Rivello, Beatriz: “Acerca de la relación entre Trabajo Social e investigación, Ponencia en las II Jornadas de Trabajo Social e Investigación.” EDSS, Morón, Bs. As. 1999, Pág... 6.

“..porque aún desde estar haciendo un trámite, una asistencia... uno, en la entrevista o en la visita, siempre tiene otra mirada y tratando de ver más allá del problema concreto...”¹¹⁰

Ciertamente, los diversos problemas que requieren de nuestra intervención/actuación profesional, deben ser comprendidos y conocidos allí en donde se originan y se desenvuelven, desde la significación misma que le otorgan quienes los vivencian, los sufren y los enfrentan; de otra forma nuestra práctica se torna vulnerable a una desviación –en tanto se afecta su pertinencia- a partir de la cual sólo responde a un artificio creado desde la externalidad dominante y asimétrica.

El crecimiento y autonomía profesionales nos desafían a la búsqueda permanente de conocimientos en consonancia con una ‘elucidación de lo real’, propiciando espacios destinados a la revisión crítica de nuestro qué-hacer en sintonía con el proyecto profesional.

“La trayectoria realizada por la disciplina desde aquellos momento no ha sido lineal y en diferentes épocas se destacan resignificaciones de su status; las últimas décadas son testigos de claros esfuerzos de ruptura a partir de nuevas búsquedas epistemológicas, teóricas, éticas y políticas, observándose la construcción de cierta tendencia al interior del campo que pone su norte en la articulación de las dimensiones de intervención e investigación, en el sentido de producción de conocimientos válidos para comprender y “decir” sobre ese mismo social, tanto como la reflexión crítica acerca de las intencionalidades del quehacer profesional propiciando la toma de posición ética y política.”¹¹¹

La Práctica como Ejercicio:

Todo ello implica concebir a la práctica del Trabajo Social, en términos de ejercicio profesional, inaugurando con ello una dimensión dinámica e integradora de nuestro quehacer; en tanto ejercer es: *“practicar los actos propios de un oficio, facultad o profesión”*¹¹² podemos concluir en que el ***Ejercicio Profesional*** hace emerger en el desarrollo de la práctica en una determinada área de la acción social, los sustentos ético-políticos, teórico-metodológicos e instrumental-operativos enriqueciéndolos a partir de un de un diálogo permanente con la realidad social; por lo tanto conjuga en

¹¹⁰ Ídem 18.

¹¹¹ Ídem 56, Pág. 104.-

¹¹² Real Academia Española: “Diccionario de la Lengua Española.” –Tomo I-Vigésima segunda edición, 2001, Pág. 868.-

él, aspectos generales y comunes de la especificidad, dotándola –a su vez- desde ese quehacer cotidiano de cierta singularidad.

- **Conclusiones:**

La especificidad del Trabajo Social encarna un constructo medular de la dimensión profesional; que se constituye asimismo en el marco general y común de la actividad profesional y adquiere singularidad a partir de los diversos matices que se imprimen en la interacción que surge a través de las prácticas en las diferentes áreas de la acción social, amalgamando ambas dimensiones.

En el quehacer cotidiano, ella se manifiesta a través de la articulación entre el campo de pertenencia y el campo de dependencia en torno al campo problemático de intervención.

Ello nos exige conceptualizar, conocer y actuar desde el propio saber y resulta indispensable al momento de trascender las dicotomías teórico-metodológicas, las direccionalidades externas y los préstamos de otras disciplinas, dificultades que producen importantes afectaciones en la autonomía profesional.

En virtud de ello es que a lo largo de este capítulo, he desarrollado un recorrido en torno al entramado tensional que implica a la intervención/actuación profesional en el campo de la salud, revisando y estableciendo vinculaciones entre éste y el campo disciplinar.

1. Articulación conceptual.

Si bien la idea de salud remite por lo general a la cura de enfermedad, en virtud de lo cual aparece fuertemente ligada al campo de la medicina, es posible distinguir y reconocer en la dimensión social de la salud, una estrecha vinculación entre salud y Trabajo Social.

De hecho en este trabajo el concepto de salud es concebido y analizado a partir de tres dimensiones: una legal, otra dinámica y la tercera, de orden cualitativa.

En su dimensión legal la salud es entendida como un derecho social y humano inalienables dado que hace a las condiciones, posibilidades, calidad y durabilidad de la vida humana.

Reconocer a la salud como derecho, permite avanzar sobre la naturalización que se pretende instaurar respecto de las situaciones de injusticia, reconociendo en el actor que demanda un sujeto de derechos.

En su condición dinámica y en tanto proceso social, la salud enfermedad-asistencia, se encuentra franqueada por una serie de aspectos que hacen a la realidad social. Esta perspectiva promueve respuestas ágiles y flexibles en consonancia con los contextos, en los cuales se producen los problemas de salud-enfermedad-asistencia, teniendo en cuenta una mirada compleja y abarcadora de la realidad a partir del análisis de la interacción de los múltiples factores que inciden en los procesos de salud-enfermedad y asistencia.

Y en su dimensión cualitativa, la salud encuentra su singularidad a partir de las significaciones simbólicas y culturales que le otorgan quienes la vivencian, la padecen, la reproducen, la limitan y la combaten.

Este constituye uno de los lugares de privilegio del Trabajo Social, dado que hacen al orden de la vida cotidiana.

Desde esta dimensión se posibilita un conocimiento novedoso, al mismo tiempo que permite desplegar estrategias tendientes a la accesibilidad y a una mayor aceptación de los servicios favoreciendo una interacción más dinámica y una concepción ideológica y operativa enriquecedora y heterogénea.

Desde esta perspectiva la salud presenta una estrecha vinculación con el Trabajo Social lo cual posibilita resignificar el espacio y la práctica profesionales.

2. Vinculación entre el espacio profesional y el espacio institucional.

El espacio profesional constituye un aspecto nodal que atraviesa e implica la intervención/actuación profesional a través de una interacción constante.

Éste, en tanto ‘escenario de la intervención’, se configura en torno a una interacción asimétrica, ambigua, tácita y ambivalente que se impone de manera fáctica en el rigor de la mecánica institucional, propuesta por el sistema de salud actual.

Los lugares asignados desde la lógica sanitaria, proponen una práctica reproductiva y acrítica a través de la cual se nos escinde de nuestro saber especializado. La práctica pretendida no es función de lo que como profesionales sabemos, pensamos y proponemos en relación a las situaciones en las que intervenimos, sino en función de lo que ‘otros’ han ‘evaluado’ como necesario y conveniente.

De esta forma la lógica sanitaria a partir de la dinámica institucional oficia una captura que trasciende el quehacer y que ciñe asimismo nuestros marcos teóricos-conceptuales, afectando cuestiones que hacen a la especificidad e incumbencias profesionales.

A su vez en tanto ‘construcción’ el espacio profesional nos exige recuperar en el desarrollo de nuestra práctica, la dimensión crítico-reflexiva para expresar a través de ella nuestro saber. De este modo en términos de ejercicio, habilitará tanto el aporte desde nuestro campo profesional, como un posicionamiento más autónomo en la dinámica interactiva que se desenvuelve al interior de este entramado tensional.

3. La dimensión instrumental-operativa vinculo interactivo entre la realidad social y la realidad ‘oficial’

Trascender a partir de nuestra práctica las direccionalidades externas, requiere de la conformación de un ‘campo dialógico’ sustentado en la lógica profesional. A partir de ello, la dimensión instrumental-operativa se presenta como un ámbito estratégico dado que se constituye en el vehículo y manifestación de los sustentos ético-políticos y teórico-metodológicos de la propiedad disciplinar.

El desarrollo e implementación del campo dialógico, nos exige establecer una diferenciación entre los objetivos institucionales y los específicos aportando, replicando y sumando a los lineamientos institucionales.

En este punto la planificación propia, se presenta como una herramienta de importancia fundamental dado que posibilita introducir una alternancia desde la lógica profesional, en relación a la dinámica propuesta desde la lógica sanitaria.

Estos lineamientos propios y específicos posibilitan incorporar perspectivas más amplias e híbridas en un diálogo permanente con la realidad social, en sintonía con una mayor pertinencia y actualización profesionales.

Asimismo auspician mayor solidez a nuestro posicionamiento en torno a las relaciones de fuerza que nos implican en el quehacer cotidiano, porque permiten argumentar desde el conocimiento y la experiencia profesionales, las propias direccionalidades y sentidos; al mismo tiempo que se presentan como una oportunidad para desinvisibilizar las complejidades y dificultades que se manifiestan a diario, en el escenario de la intervención/actuación profesional. De esta forma la planificación permite conjugar el escenario y la propia construcción.

Las falencias observadas en relación a la implementación de planificaciones y/o programaciones específicas, tornan vulnerable nuestra práctica profesional a las direccionalidades externas.

Revisar, evaluar y optimizar la práctica cotidiana, pone de relieve la importancia y necesidad del intercambio profesional. Estas instancias grupales no se hallan lo suficientemente reconocidas y valoradas como parte de la actividad profesional.

Ello pone de manifiesto la necesidad de recuperar, diagramar y establecer nuestro propios espacios-tiempos en relación al qué-hacer cotidiano, a los fines de introducir una variación en los ritmos esquemáticos y acrílicos que imbrican a la intervención/actuación profesional, en el ámbito de la salud.

Si bien la instrumentabilidad-operativa constituye un universo amplio y diverso sujeto a la formación, destreza y creatividad de los sujetos profesionales, es posible distinguir tres componentes clásicos en la práctica del Trabajo Social, ellos son: el registro, la entrevista y la tarea de campo.

La instrumentabilidad gráfica permite comunicar, documentar y compartir el ser-pensar-hacer profesional. A partir de ella se distingue un recorrido que emana de la propia subjetividad pero que pierde su condición de tal, en tanto se imprime, se manifiesta y adopta la mismo tiempo un carácter de representación que involucra y envuelve lo profesional, lo institucional/laboral y la situación-es/actor-es a que ella se refiere.

Conforme se desprende de la presente investigación, los registros que predominan en el campo de la salud pública -en el ámbito geográfico y social estudiado-, son los que se desarrollan a partir de los documentos oficiales prediseñados por el Ministerio de Salud de la provincia de Bs. As.

No obstante ello un importante número de situaciones que se nos presentan a diario, revisten complejidades que exceden lo previsto y es a partir de ello que estos instrumentos tal como han sido diseñados, recortan, condicionan y focalizan estas realidades, cercenando y excluyendo al mismo tiempo, una serie de prácticas que en lo cotidiano se realizan en función de estas cuestiones impensadas pero reales.

Los intentos observados por reconfigurar las modalidades de registro, no han logrado ser reconocidos y validados por el nivel central, lo cual pone de relieve la rigidez del marco de referencia actual. Éste se cierra así, a problemas, prácticas y propuestas que componen la realidad cotidiana invisibilizando nuestro aporte específico sobre ella.

De esta forma, la lógica sanitaria se impone y ratifica en tanto impacta en nuestra práctica profesional, erosionando intereses, motivaciones y propuestas, vinculados a ampliar y modificar aspectos que hacen a las concepciones y acciones a desarrollar en el ámbito de la salud.

El registro se presenta así como un instrumento de suma importancia dado que establece una marca, una señal y posibilita trascender los espacios, el tiempo y la individualidad conformando el basamento del trayecto que como colectivo, vamos construyendo.

Por otra parte, la entrevista constituye una de las técnicas que con mayor frecuencia utilizamos los trabajadores sociales.

A partir de este encuentro dialógico e intersubjetivo los distintos actores nos permiten permear en su historia, en su intimidad, en su cotidianeidad; con lo cual nos ‘habilitan’ para actuar. Ello permite introducir una diferencia sustancial en la relación social que se desarrolla a partir de ella, ya que es el otro, el que de alguna manera nos otorga cierto poder para intervenir.

Ciertamente desde esta perspectiva el motivo de consulta se desarrolla desde la singularidad, atendiendo a las necesidades sentidas y expresadas por los sujetos que demandan. En efecto, es el actor desde su relato ejerciendo sus derechos, quien promueve el sentido de la intervención y el profesional quien propicia su implementación, dando lugar a una construcción.

A su vez, **la tarea de campo** se ha constituido a lo largo del tiempo en una de las prácticas características de Trabajo Social. Ella posibilitó cierta

ruptura con lo institucional, propiciando un lugar novedoso de conocimiento.

Si bien durante los últimos años estas prácticas se han ido acotando, en el campo de la salud es posible distinguir una diferenciación significativa según éstas se desarrollen en el ámbito hospitalario, o en el centro de salud.

La tarea de campo presenta una importancia fundamental dado que nos permite conocer y comprender las situaciones problemáticas en las que intervenimos, desde los mismos 'lugares' en donde se originan y desenvuelven, a partir de la significación singular que le otorgan quienes las vivencian, las sufren, las padecen y las enfrentan, lo cual le otorga mayor pertinencia a nuestra intervención/actuación.

De lo desarrollado hasta aquí, surge que trascender las complejidades e implicancias que permean e involucran nuestra inserción y desempeño laboral-profesional en el campo de la salud, requiere de un esfuerzo y tratamiento mancomunado de todo el colectivo profesional.

Asimismo, la especificidad implica concebir a la práctica del Trabajo Social, en términos de ejercicio profesional a partir del cual logremos hacer emerger a través de nuestro quehacer, los sustentos ético-políticos, teórico-metodológicos e instrumentales-operativos, en sintonía con el proyecto profesional.

Es a partir de ello que lograremos un aporte distintivo y característico propiciando transformaciones que favorezcan la integración y accesibilidad de los sujetos involucrados en los procesos de salud-enfermedad-asistencia, integrando conocimientos y experiencias, restaurando las fracturas que habitualmente afectan nuestro desempeño profesional-laboral en el campo de la salud.

Bibliografía Capítulo IV.

- AGUILERA, María de los Ángeles: “La entrevista” en: Tonón Graciela (comp.) Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2005.-
- ANDER EGG, Ezequiel: “Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina, 1982.-
- AQUÍN, Nora: “¿Hacia una Reconceptualización conservadora en el Trabajo Social? En: Revista “Conciencia Social”-publicación de la Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.- Año 1. N°1- Diciembre de 2001.
- -----:”Situación de las Prácticas, Pensar las Prácticas” en: Revista “Escenarios” Año 8, N°13: “Prácticas Profesionales y Prácticas Sociales Contemporáneas.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, Julio 2008, Pág. 14.-
- CARBALLEDA, Alfredo Juan M.: “Del Desorden de los Cuerpos al Orden de la Sociedad.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2004.-
- -----: “Escuchar las Prácticas: La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2007.-
- -----: “Los Nuevos Escenarios y la Intervención en Trabajo Social.” En V.V.A.A.: “Nuevos escenarios y práctica profesional: una mirada crítica desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2002.-
- CAZZANIGA, Susana: “Hilos y nudos: la formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2007.
- CONFERENCIA GENERAL DEL EPISCOPADO LATINOAMERICANO: “La Evangelización en el presente y en el futuro de América Latina: Documento de Puebla”. Ed. de la Conferencia Episcopal Argentina. 1986.
- CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. 1994.
- CONSTITUCIÓN DE LA PCIA DE BUENOS AIRES. 1994.-
- DE SOUZA MINAYO, María Cecilia: “El Desafío del Conocimiento: Investigación Cualitativa en Salud.” Ed. el Lugar, Bs. As. Argentina, 2004.-
- EROLES, Carlos (comp.): “Los Derechos Humanos: Compromiso ético del Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs., As. Argentina, 1997.-
- ESTRADA OSPINA, Víctor: “Salud y Planificación Social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud.” Ed. Espacio, Argentina, 2006.-
- ETKIN, Jorge: “La Doble Moral en las Organizaciones: Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada.” Ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA de España. S.A.U. Aravaca, España, 1997.-
- FALEIROS, Vicente de Paula: “Trabajo Social y las Instituciones.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina. 1996.-
- FOUCAULT, Michel: “Microfísica del Poder”. Ed “La Piqueta”, España, 1992.-
- GARCÍA SALORD, Susana: “Especificidad y el Rol en Trabajo Social: Currículum – saber- formación.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina, 1991.-
- IAMAMOTO, Marilda V: “Servicio Social y División del Trabajo.” Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Ed. Cortez Editora. Sao Pablo, Brasil, 1997.-
- MALACALZA, Susana L.: “Desde el Imaginario Social del Siglo XXI: Repensar el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2003.-
- MARTINELLI, María L: “Reflexiones sobre el Trabajo Social y el Proyecto Ético-Político Profesional.” En: Revista “Escenarios: Práctica Profesionales y Prácticas Sociales Contemporáneas.” Año 8. N°13. Ed. Espacio. Arg. 2008.-
- MEALLA, Eloy Patricio: “Religión, valores y derechos humanos.” En: Eroles y Rodríguez (comp.): “Educación en valores, religiosidad y derechos humanos.”
- MONTAÑO CARLOS: “La Naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su Génesis, su Especificidad y su Reproducción.” Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Ed. Cortez Editora. Sao Pablo, Brasil. 2000.

- MUÑOZ, Zunino: “El Trabajo Social en este Fin de Siglo: Aportes para la construcción de una matriz sustentada en los DDHH y la extensión de ciudadanía.” Ponencia en V Congreso Nacional y II Internacional. Costa Rica, 1999.-
- ONU: “Declaración Universal de los Derechos del Hombre” 1948
- PONCE, Geraldine: “Hacia una Redefinición de la Relación ente las Instituciones y los Sectores Populares.” En: V.V.A.A: “Trabajo Social de Hoy: experiencias de campo e intervenciones profesionales.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2002.
- RABÍ BERGMAN, Sergio: “Comprometer lo religioso en el derecho del ser humanos” En: Carlos Eroles y Rodríguez, Norberto (compl.): “Educación en valores, religiosidad y derechos humanos.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2006.-
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: “Diccionario de la Lengua Española”. Vigésima segunda edición. Tomo I. 2001.
- RIVELLO, Beatriz: “Acerca de la relación entre Trabajo Social e Investigación.” Ponencia en las “II Jornadas de Trabajo Social e Investigación.” EDSS, Morón. 1999 –
- RIVELLO, Beatriz: “Trabajo Social con Familias en el ámbito de la Justicia.” Publicación Cuadernos N° 9. EDSS, Universidad de Morón. Bs..As. Arg. 1994 actualizado en 1997.-
- ROVERE, Mario: “Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.” OPS. 1993
- ROZAS PAGAZA, Margarita: “Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 1998.-
- -----: “La Intervención en Trabajo Social: Propuesta Metodológica.” Ed. Docencia, Bs. As. Argentina, 1994.-
- TONÓN, Graciela. “La Visita Domiciliaria” En: “Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2005.-
- VÉLEZ RESTREPO, Olga L.: “Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2003.-

CAPÍTULO V:
“CONCLUSIONES Y PROPUESTAS”

CONCLUSIONES GENERALES

En este capítulo se plasmarán algunas consideraciones generales a modo de conclusiones, producto de todo el proceso de investigación desarrollado, el cual se ha estructurado en torno al siguiente **Supuesto Inicial**:

“La Intervención del Trabajador Social en Salud, actúa en virtud de la tarea asignada por el campo de dependencia institucional. Asimismo es posible observar y registrar cierta fractura o falta de correspondencia entre estos mandatos y nuestra especificidad. ¿Acaso a partir de la situación que se plantea, la Intervención del Trabajador Social pierde su autonomía y especificidad y queda reducida a una cuestión técnica y suplementaria?”

Del análisis de información, opiniones y posiciones sentidas a través del aporte solidario efectuado por parte de los colegas Trabajadores Sociales en el ámbito de la salud, surge que:

La Intervención Profesional de los Trabajadores Sociales en el campo de la Salud, queda reducida a un quehacer generalmente rutinario, emergente, reducido a cuestiones técnico-administrativas y de carácter suplementario.

La tarea asignada desde las distintas instituciones responde en su mayoría, a la lógica sanitaria centrada fundamentalmente en la óptica médica, cercenando las visiones y decisiones propias produciendo importantes afectaciones en la autonomía profesional.

Mientras que la ESPECIFICIDAD está en permanente construcción y consolidación. No se trata de alcanzar una ‘especialización’; sino de construir y apropiarnos de ese saber que vamos gestando a través de cada práctica.

Ese saber es un ‘saber pensado’ que se sustenta en una reflexión crítica y que implica a su vez, reflexión ética –intento obliqua: ‘deliberadamente’ y una ‘elucidación’ de lo real- por lo tanto favorecen una mayor AUTONOMÍA en la Intervención Profesional cotidiana.

Ello supone:

- Una constante vigilancia epistemológica (en términos de Bachelard: 1975:66)¹, que requiere ser acompañada – indefectiblemente-, de una vigilancia ética (en conceptos de Maliandi: 1994²; Heler: 2001³; García: 2000)⁴.
- Implica, además: *“Reconocer la existencia de un principio de diferenciación de miradas, saberes e intereses en relación a otras disciplinas y poderes instituidos.”*⁵
- Tener presente a su vez: que nuestro saber en tanto novedoso y singular se ha gestado en el encuentro con la lógica popular/comunitaria; en contacto con la cotidianeidad de los actores sociales que participan de nuestra intervención. Lo cual se constituye en el baluarte de nuestra práctica y crecimiento profesionales.

El Trabajo Social y el Contexto Actual: Implicancias en la Intervención Profesional:

Los tiempos actuales sujetos a cambios permanentes nos colocan frente a una realidad social compleja y problemática, que trasciende el ámbito nacional y exigen al Trabajo Social nuevos desafíos: mayor rigurosidad científica y pertinencia en la intervención profesional. En virtud de ello resulta indispensable conocer y analizar las implicancias que el contexto social produce en la práctica cotidiana.

Las sucesivas crisis a que venimos asistiendo durante los últimos treinta años han puesto de relieve el problema de la inclusión-exclusión en su dimensión material y simbólica, cuestión amalgamada a las modificaciones sustanciales en las funciones del Estado en tanto garante de derechos y por lo tanto en las modalidades interaccionales propuestas a partir de las cuales se definen niveles de vida y de integración social.

Todo ello, ha tornado obsoletos los modelos tradicionales y los soportes de la intervención tal cual eran pensados y practicados hasta entonces, involucrándonos en la búsqueda de enfoques y propuestas novedosas capaces de abrir interrogaciones y alternativas estratégicas superadoras.

¹ Bachelard, Gastón: “La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo.”. Ed. Siglo XXI. Bs. As. Argentina, 1975, Pág 15 y sigtes. 66 y sigtes.

² Maliandi, Ricardo: *Ibíd.*. 5 “Trastienda de la Investigación” de esta Tesis. .

³ Heler, Mario: “La reflexión ética como recurso” Op citado en *Ibíd.* 10 “Trastienda de la Investigación” de esta Tesis.

⁴ García, Carlos Javier: *Ibíd.* 117 Cap II de Tesis.

⁵ *Ibíd.* 3, Cap. IV de esta Tesis.

Estos cambios vertiginosos y presentados como la única alternativa posible favorecieron la invisibilización y naturalización de las situaciones de injusticia que se imponen bajo la lógica del mercado con importantes consecuencias en el deterioro de los lazos sociales. Así la interpretación y reflexión crítica se constituyen en paradigmas cada vez más utilizados por Trabajo Social, dado que posibilitan correr ciertos velos y avanzar más allá de eso que nos viene ‘dado’ contribuyendo a la interpretación de los hechos.

No obstante la situación descrita, un gran porcentaje de Trabajadores Sociales no hemos incorporado adecuadamente las afectaciones que las dimensiones político-ideológicas ostentadas por los sectores de poder – con los cuales interactuamos-, producen en nuestra intervención/actuación profesional.

A los fines de afianzar nuestros posicionamientos y direccionalidades, resulta necesario revisar hacia el interior de nuestro campo de pertenencia profesional: saberes, herramientas y construcciones comunes, apelando a los marcos legales y a las dimensiones ético-políticas, teórico-metodológicas e instrumental-operativas, que respaldan, habilitan y legitiman nuestro ejercicio profesional.

Por otra parte comenzar a construir una teoría social que dirija la intervención profesional, trascendiendo los préstamos de otras disciplinas y las direccionalidades externas, que en ocasiones encauza nuestra práctica profesional debe sustentarse en los siguientes ejes:

- La actualización continúa del Diseño Curricular: partir de un Proyecto Académico Integral a partir del cual se propicie la comprensión de los problemas estructurales que afectan a la profesión, promoviendo la capacidad analítica en consonancia con el Proyecto Profesional.
- Reivindicar a la Investigación (en sus dos niveles) como elemento constitutivo de la intervención/actuación profesional, indispensable en la producción de conocimientos y en la optimización de la práctica cotidiana favoreciendo mayor autonomía y competitividad.
- Revisar, reflexionar y analizar los soportes teórico-metodológicos que fundamentan nuestra intervención. A tales efectos la supervisión y la sistematización se presentan como dos herramientas imprescindibles dado que posibilitan la revisión permanente del quehacer profesional.

Este marco general y común al colectivo profesional posibilitará afianzar nuestro posicionamiento en las instituciones u organizaciones que requieran de nuestra práctica.

¿Cuál es el Trabajo Social en el contexto actual: qué espacio, rol e intervención desempeña en el Campo de la Salud?

De hecho como hemos podido observar a lo largo de este trabajo, en el campo de la salud, el rol aparece ceñido a la lógica institucional. Así en tanto ‘papel o función’ a desempeñar entraña en esos mandatos y expectativas, cuestiones y características intrincadas en los orígenes del Trabajo Social en ese campo. Reproduciendo en cierta forma aspectos tradicionales y suplementarios que impactan fuertemente en las incumbencias y especificidad profesionales.

Estas cuestiones que en lo cotidiano se presentan como algo natural e inevitable, requieren ser revisadas dado que tienen consecuencias a su vez, en el reconocimiento y significaciones que los distintos actores sociales tienen respecto al Trabajador Social. De hecho aún hoy, es posible observar en el campo de la salud una vinculación casi exclusiva que se establece entre nuestra profesión y la administración de recursos materiales.

Trascender las designaciones empiristas y reduccionistas de los problemas sociales nos involucra en la elaboración de conceptualizaciones propias acerca del campo problemático, partiendo de un análisis de lo cotidiano en relación con el contexto social más amplio logrando clarificar y diferenciar los objetivos y encuadres institucionales de los propios y específicos. Ello conlleva a conocer tanto a los sujetos sociales implicados en la práctica profesional como así también reconocer los recursos públicos y privados y su relación con la comunidad, atendiendo a las potencialidades de los sujetos sociales a partir de la cual se insertará dinámicamente la práctica profesional.

En el campo de la salud, la intervención profesional, parece responder básicamente a la demanda médico-institucional a partir de un marco burocrático administrativo, este accionar binario y mecanizado que se ajusta a los mandatos institucionales resigna el espíritu de lo social desplazando y cosificando al sujeto que demanda, como si naturalmente se diera una captura a partir de un circuito rutinario y acrítico, en el cual resulta difícil pensar, analizar, proponer y por lo tanto salir.

De esta forma, nuestra especificidad se diluye a partir de la instrumentabilidad técnico-administrativa, a través de un nivel de actuación predominantemente operativo, formal y funcional.

¿Cuál es el Rol asignado y asumido en el ámbito de las Instituciones de Salud pertenecientes al ámbito de la Región Sanitaria VII ‘B’?

A lo largo del desarrollo de la presente investigación, surge que habitualmente nos toca ‘ejecutar’ –previo control y certificación de la pobreza- los programas sanitarios vigentes, los cuales han sido pensados y diseñados desde otras áreas y disciplinas, así nuestros lugares en ellos, experimenta una desviación hacia esos direccionamientos externos

Esta captura que oficia la lógica sanitaria-institucional en el campo de la salud en relación al Trabajo Social, parece reeditar algunas cuestiones de nuestros orígenes en este campo. Algo de ello puede explicarse a partir de las construcciones discursivas imperantes en salud caracterizadas por el dominio de discurso médico.

Nuestras propias concepciones y visiones deben ser expresadas y comunicadas a través de un lenguaje propio y común que refleje la lógica profesional. Ello resulta de fundamental importancia dado que posibilita compartir nuestro mundo profesional contribuyendo a enriquecer los marcos de referencia.

Así la reflexión ética se nos presenta a su vez, como un recurso imprescindible a los efectos de una intervención/actuación profesional, responsable y autónoma. Clarificar las demandas, ambigüedades y contradicciones del devenir cotidiano, exige desarrollar una reflexión crítica, abriendo interrogaciones a favor de una construcción que posibilite cierta ‘elucidación’ en la toma de decisiones acerca de qué-hacer y nuestras responsabilidades en ello. La reflexión ética vehiculiza la interrogación sobre lo que pensamos y lo que sabemos direccionando nuestra acción profesional, al mismo tiempo que la sustenta en esa ponderación del otro y vincula los aspectos teórico-metodológicos con el hacer cotidiano.

Las Políticas Públicas en Salud en las Instituciones donde desempeñamos nuestra Actividad Profesional:

De lo desarrollado a lo largo de este trabajo se desprende que las diversas crisis que puedan surgir con sus diferentes matices e implicancias, no son lo realmente importantes sino cómo éstas se

enfrentan desde el Estado, es decir cómo se distribuye el poder a partir de la interacción entre éste y la Sociedad Civil.

Ello pone de relieve la importancia de las Políticas Sociales en tanto síntoma de esta interacción que anuda en el cuerpo mismo de la sociedad. En efecto, ellas son producto de tensiones y enfrentamientos que constituyen un proceso de construcción-desconstrucción permanente; al mismo tiempo que encarnan concepciones y definiciones que se desarrollan en torno a la problemática social.

De ahí que estas se constituyan en un aspecto clave de la práctica profesional al mismo tiempo que vehiculizan la comprensión y análisis de la mediación entre la dimensión macroestructurante y los ámbitos microsociales en los cuales intervenimos.

Si bien la realidad en el campo de la salud no puede ser comprendida y analizada al margen de la realidad nacional actual y de las implicancias internacionales en ello, el campo de la salud se presenta como un ámbito complejo habitado por lógicas y construcciones significativas propias, que hacen a una tradición y que lo dotan de peculiaridad y sentidos.

El aspecto dinámico en relación a la conformación de estas políticas, presenta a las instituciones como ámbitos propicios en la redefinición y reconfiguración de éstas. Ello conlleva a redimensionar asimismo a las prácticas que se desarrollan al interior de ellas, al mismo tiempo que las introduce en el entramado interaccional de manera significativa.

Históricamente, el campo de la salud ha sido programado y organizado en función del saber médico, que ha ocupado un lugar privilegiado en el ámbito nodal a partir del cual se conforman las políticas sociales.

Este rasgo característico conjuntamente con el modelo neoliberal imperante en los últimos años, ha dado lugar a políticas de ajuste, focalizadas y reduccionistas, sustentadas en la lógica de mercado afectando considerablemente su dimensión humanística y social.

¿Cuáles son Hoy las Políticas en Salud y cómo se aplican en las instituciones en donde desempeñamos nuestra Actividad Profesional?

De hecho las políticas de salud actuales, están referidas primordialmente a la gestión de insumos y prácticas médicas que colocan su prioridad en los procedimientos y aspectos formales. Así a través de

ellas se intenta cubrir una determinada carencia pero en el marco de la eventualidad y el asistencialismo.

Estas cuestiones se manifiestan tanto a partir del diseño e implementación de los programas vigentes, como en aspectos organizacionales y operativos que configuran el corpus de los lineamientos políticos, que ordenan el marco común de las instituciones sanitarias y las prácticas que se desenvuelven al interior de ellas.

El trabajo de campo desarrollado, refleja que las respuestas producidas por las políticas actuales son acotadas y falibles, evidenciando una fractura entre los distintos enunciados discursivos y los resultados que se concretan a partir de las instituciones y las prácticas profesionales, poniendo de relieve la cuestión de la legitimidad y encauzando sus direccionalidades y sentidos.

Así, nuestra participación en estos programas queda vinculada a la gestión en función de los procedimientos, recursos y tiempos preestablecidos por lógica sanitaria. Desde esta perspectiva, la interacción propuesta se caracteriza por la rigidez y asimetría. De esa forma, el trayecto de la intervención responde generalmente a lo pautado desde estos lineamientos que no han previsto la demanda del actor, su padecimiento y las dificultades para acceder a esos tratamientos. Cuestiones éstas que impensadas pero reales, se harán presentes en cada intervención social.

De esta forma, las situaciones problemáticas y de vulnerabilidad son homologadas a una demanda lineal y preestablecida que se impone a través de un orden fáctico, que se cierra a la participación de otros saberes y disciplinas al mismo tiempo que cercena la condición de ciudadanía de los distintos actores sociales involucrados en los procesos de salud-enfermedad y asistencia. Todo ello pone de relieve una serie de cuestiones pendientes que se estructuran en torno a la accesibilidad-exclusión.

Estas cuestiones pendientes, a partir de las cuales las diferentes propuestas generadas desde la lógica sanitaria actual tienden a cubrir aspectos materiales del área médica, dan cuenta de falencias fundamentales que hacen a la integración y humanización en la organización, programación e implementación de los programas vigentes. Cuestiones éstas, que se hallan en consonancia con la lógica y la misión del Trabajo Social. De ahí, la importancia de revisar y desinvisiblear estas realidades ‘impensadas’, por el sistema de salud actual.

Poder esclarecer y definir los desafíos pendientes, como así también establecer estrategias para su efectiva implementación, nos exigen un anclaje en el campo de pertenencia disciplinar para desde allí proyectar acciones concretas que se constituyan en un aporte para la sociedad, en consonancia con el proyecto profesional.

La Especificidad del Trabajo Social en Salud en relación a sus Prácticas y a los Proyectos Profesionales.

La especificidad del Trabajo Social encarna un constructo medular de la dimensión profesional; que se constituye asimismo en el marco general y común de la actividad profesional adquiriendo singularidad a partir de los diversos matices que se imprimen en la interacción que surge a través de las prácticas en las diferentes áreas de la acción social, amalgamando ambas dimensiones.

En el quehacer cotidiano, ella se expresa a partir de la articulación entre el campo de pertenencia y el campo de dependencia en torno al campo problemático de la intervención/actuación.

Ello nos exige conceptualizar, conocer y actuar desde el propio saber y resulta imprescindible al momento de trascender las dicotomías teórico-metodológicas, las direccionalidades externas y los préstamos de otras disciplinas, dificultades que producen importantes afectaciones en la autonomía profesional.

En virtud de lo expuesto precedentemente se plantea un recorrido por aspectos nodales que implican a la intervención/actuación profesional en el campo de la salud., interrogando, revisando y analizando las vinculaciones entre éste y el campo disciplinar.

De la información recolectada en campo en torno a los obstáculos en relación a la especificidad desde la perspectiva de los Trabajadores Sociales entrevistados, surgió lo siguiente: el 78% reconoce obstáculos en torno a la especificidad; mientras que el 22% restante, expresa haber superado tales dificultades.

Ello revela a su vez dos cuestiones fundamentales: por un lado, diferentes concepciones en torno a la especificidad; y por otro, el grupo de colegas que refiere haber superado tales afectaciones, circunscriben estas 'dificultades superadas' exclusivamente al ámbito institucional, en el cual desempeñan su práctica profesional.

De lo trabajado en función al siguiente eje temático se desprenden a su vez tres niveles de articulación: 1- Conceptual: Salud y Trabajo Social; 2- El espacio profesional y el espacio institucional; 3- La dimensión instrumental-operativa como vehículo interactivo entre la realidad social y la realidad ‘oficial’.

1. Articulación Conceptual.

A lo largo del presente trabajo la noción de salud, es abordada y comprendida a partir de tres dimensiones: una legal, otra dinámica y una tercera de orden cualitativo.

A partir de ello la conceptualización de salud es entendida como derecho humano y social aspecto que favorece trascender la relación lineal y parcializada del binomio necesidad-demanda; como proceso social – salud-enfermedad y asistencia- y por lo tanto en interacción contaste con los espacios-tiempos en los cuales se desarrolla; y por último a partir de las significaciones culturales y simbólicas que le adjudican los sujetos que participan de esos procesos dotándola de singularidad.

Esta construcción conceptual posibilita reconocer, esclarecer y estrechar la vinculación entre Salud y Trabajo Social, habilitando a su vez, un marco propicio para la intervención/actuación profesional.

Tal como hemos visto a lo largo del presente trabajo de investigación, la concepción de salud vigente parte de cuestiones generales y masificadas enmarcadas en una perspectiva médica, en virtud de lo cual los diferentes programas y prácticas que proponen, adquieren un cariz estandarizado.

Problematizar el concepto de salud a partir de las tres dimensiones que se señalan, favorece un diálogo entre el contexto macroestructurante, la coyuntura y lo cotidiano posibilitando una concepción holística e integral capaz de involucrar al mismo tiempo, la singularidad que cada actor desde su situación peculiar presenta.

2. Articulación entre el Espacio Profesional y el Espacio Institucional.

En este trabajo el concepto de espacio profesional es entendido como un entramado complejo y dinámico, en el cual se distinguen dos rasgos distintivos: escenario y construcción.

Así, a partir del primero es factible distinguir implicancias y relaciones de fuerza que se ponen en juego al interior del entramado interaccional en el cual se desarrolla la práctica cotidiana.

A su vez, en tanto construcción favorece una perspectiva dinámica y coloca a la actividad profesional en una posición novedosa capaz de gestar sentidos novedosos, promoviendo nuevas interrelaciones e interacciones en ese escenario característico y singular, en el cual ella se desarrolla.

Ciertamente los orígenes del Trabajo Social en el campo de la Salud se gestan a partir de la demanda institucional-estatal. Así lo institucional nos ofreció un lugar para lo que consideró necesario atender y resolver pero conforme a su propio saber y entender. De este modo, nuestro espacio fue construido desde esos recintos de poder conforme a su concepción sobre los problemas sociales. De esta forma las instituciones en tanto ámbitos de dependencia nos han posibilitado un lugar para la actuación, pero simultáneamente, nos han pautado la modalidad y los tiempos para la ‘resolución’ de las situaciones problemáticas que se nos presentan a diario.

De esta forma, nuestro ámbito de intervención tal cual fue creado por estas lógicas, dimitió un lugar para pensar, para un saber especializado – en tanto autónomo- en lo social. En todo caso, el conocimiento producido por estas prácticas, debía responder a los requerimientos del orden instituido para preservarlo.

No obstante, simultáneamente ese lugar nos colocó en un sitio de privilegio, en contacto directo con una realidad desconocida por los órdenes creadores de esas representaciones sociales, lo cual posibilitó descubrir y recoger otros discursos y concepciones y por lo tanto favoreció a través de ese impacto, un nuevo lugar: a partir del desencuentro y las tensiones entre dos lógicas antagónicas: La hegemónica-institucional y la lógica popular.

Ello permite reconocer que los inicios en la construcción de conocimientos que gestaron nuestro campo disciplinar, aparecen más ligado a la lógica popular /comunitaria que a lo institucional; dado que a partir de la interrelación e interacción con ella, fue posible cierta ruptura que resignificó el quehacer cotidiano, viabilizando al mismo tiempo, un lugar para el propio saber en tanto novedoso y más autónomo

A partir de la dinámica institucional -estructurada en función del actual sistema de salud el espacio profesional en tanto ‘escenario de la

intervención’, se configura en torno a una interacción asimétrica, tácita, ambigua y ambivalente que se impone de manera fáctica en el rigor de su mecánica.

Asimismo el reconocimiento real de la profesionalidad del Trabajo Social, permanece a un nivel enunciativo, que en la realidad diaria no logra plasmarse en una participación equitativa en el diseño e implementación de las políticas y programas vigentes. En efecto, no existe a nivel central en el Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, un Área Social, que participe en las instancias antes mencionadas a través de un aporte significativo.

De la investigación realizada se desprende que los lugares asignados por la lógica sanitaria actual nos requieren de una práctica reproductiva y suplementaria a partir de la cual se nos escinde de nuestro saber especializado.

Las instituciones a partir de pautas organizaciones y operativas a través prácticas de carácter administrativo basadas en la tecnología que producen la información requerida ‘de forma rápida y eficaz’ concluyen en que ya no es necesario’ realizar una visita domiciliaria, a partir de la cual se observe’ y constate’ la pobreza. Ello da cuenta de que si bien los procedimientos se han ido modificando, subyacen tras estas nuevas modalidades, rasgos de control y dominio análogos a los del pasado.

A su vez, en tanto ‘construcción’, el espacio profesional nos exige recuperar en el desarrollo de nuestra práctica, la dimensión crítico-reflexiva para expresar a través de ella nuestro saber. De este modo en términos de ejercicio habilitará tanto el aporte de nuestro campo disciplinar, como un posicionamiento diferente y más autónomo en la dinámica interactiva que se desenvuelve al interior de este entramado tensional.

De esta forma la dimensión instrumental operativa, en tanto vehículo y manifestación de las dimensiones ético-políticas y teórico-metodológicas, cobra una importancia fundamental.

3. Dimensión Instrumental-operativa como articulación entre la realidad social y la realidad oficial.

Del trabajo de investigación efectuado surge que la lógica sanitaria estructura a partir de su concepción y a través de su aparato programático-

organizacional y operativo, determinadas prácticas que frecuentemente impactan en nuestra especificidad.

En virtud de ello es que propongo reconfigurar a partir del quehacer cotidiano un ‘campo dialógico’ a través del cual se redimensione la noción de campo de la práctica profesional en el ámbito de la salud, a partir de una conexión interactiva y dinámica entre la lógica profesional y los mandatos, exigencias concepciones, sentidos, direccionalidades y expectativas externos a ella. Habilitando con ello –y haciendo emerger- los contenidos de la propiedad disciplinar, propiciando la conformación de un territorio estratégico entre el campo propio y específico y el encuadre institucional-organizacional y operativo, en torno a los problemas que requieren de nuestra práctica profesional.

Ciertamente la lógica sanitaria ha pautado a partir de su mecánica cada una de las acciones que debemos realizar en función de las demandas preestablecidas por ella. Así las cuestiones que se nos presentan a diario y que exceden los ‘parámetros’ previstos asumen la dimensión de lo complejo ya no sólo por la realidad que presentan, sino porque desde lo institucional no se ha pensado un lugar para su abordaje. Esfuerzo éste que genera un enorme desgaste, quedando frecuentemente invisibilizado.

Las cuestiones planteadas precedentemente ponen de relieve la necesidad de recuperar, diagramar y establecer nuestros propios espacios-tiempos para pensar y reflexionar sobre nuestro qué -hacer en el devenir cotidiano a modo de variación, renovando los compases esquemáticos y acrílicos que implican a la intervención/actuación y que se constituyen en el cimiento profesional de nuestra práctica.

A partir de la revisión y análisis de la información recogida se desprenden aspectos claves en función de estrategias alternativas.

Ello destaca la importancia de la planificación específica. Una de las falencias más notables observadas es lo referente a la planificación y/o programación propias: el 78% de los profesionales entrevistados no cuenta con planificación propia, sólo un 11% cuenta con planificación específica actualizada. El 11% restante posee planificación propia pero se halla desactualizada.

Más allá de estos datos, de lo recogido a partir de las experiencias relatadas por los colegas se evidencia el atravesamiento de la lógica sanitaria, a partir del cual los espacios-tiempos de la actividad profesional, aparecen imbricados por la ‘urgencia’.

Al mismo tiempo la cuestión preestablecida y pautada en relación al desarrollo e implementación de los programas vigentes, marcan un ritmo esquemático que se impone como prioritario, desplazando y atomizando cuestiones pendientes e importantes.

Ello constituye un gran inconveniente favoreciendo las capturas observadas tornando a nuestra práctica, vulnerable a los condicionamientos y desviaciones que la implican desde la externalidad.

De esta forma la planificación propia o específica se presenta como una alternancia generada desde la lógica profesional, en relación a la mecánica institucional preestablecida y como una posibilidad para habitar desde ella, esos hiatos, intersticios e indefiniciones que surgen en ocasiones, desde las diversas propuestas institucionales.

En efecto la planificación en su condición de trayecto proyectado a futuro en un ámbito temporo-espacial determinado, nos requiere leer y analizar la práctica cotidiana a partir del andamiaje complejo que surge entre las implicancias más amplias y lo singular, conjugando en esta instancia el escenario del quehacer profesional y la propia construcción.

Los diversos problemas que requieren de nuestra intervención/actuación profesional, deben ser comprendidos y conocidos allí en donde se originan y se desenvuelven, desde la significación misma que le otorgan quienes los vivencian, los sufren y los enfrentan; de otra forma nuestra práctica se torna vulnerable a una desviación –en tanto se afecta su pertinencia- a partir de la cual sólo responde a un artificio creado desde la externalidad dominante y asimétrica.

Otro de los aspectos significativos en función de una interacción más dinámica lo constituyen los espacios destinados al intercambio profesional. Estos espacios en tanto reuniones sistemáticas organizadas en torno de los objetivos profesionales y operativos específicos, se presentan como ámbitos indispensables para el debate, la reflexión, análisis, evaluación y optimización de la práctica profesional.

A partir de ellos será posible pensar alternativas y estrategias para la implementación en torno a las relaciones de fuerza que implican el quehacer profesional en el devenir cotidiano, posibilitando reconfigurar desde el quehacer, las demandas institucionales en sintonía con las demandas reales que plantean los actores sociales con los cuales intervenimos.

Asimismo considero oportuno señalar que la validez y necesidad de estos espacios debería trascender esos ámbitos institucionales en los cuales transcurre, -aspecto éste- que pone de relieve una vez más, la ausencia de un área social a nivel ministerial.

Todo ello implica concebir a la práctica del Trabajo Social, en términos de Ejercicio Profesional, inaugurando con ello una dimensión dinámica e integradora de nuestro quehacer, dado que a partir de él es posible hacer emerger en el desarrollo de la práctica en una determinada área de la acción social, los sustentos Ético-políticos, Teórico-metodológicos e Instrumental-operativos, enriqueciéndolos a través de un diálogo permanente con la realidad social; por lo tanto conjuga en él, aspectos generales y comunes de la especificidad, dotándola –a su vez- desde ese quehacer cotidiano de cierta singularidad.

Ciertamente el Trabajo Social ha construido sus conocimientos a través del aporte teórico de diversas disciplinas, no obstante, el uso que ha hecho de ellos pone de relieve una diferencia... Diferencia que emerge consustanciada con sus propios sentidos, dotándola de un rasgo común y peculiar que en el encuentro con lo cotidiano ha gestado un saber singular y característico. De ahí la importancia de revisar, ‘capturar’ y compartir esos sentidos, dando cuenta de sus recorridos porque a partir de ellos se construye la especificidad: un ver, un oír, un decir que nos identifican y que transitan por nuestras intervenciones renovadas en la alteridad.

PROPUESTAS:

Los obstáculos y afectaciones que se presentan a lo largo de la presente investigación, ponen de relieve cuestiones que exigen nuevos desafíos en tanto colectivo profesional.

De hecho las implicancias producidas en nuestra especificidad y autonomía profesionales, responden –mayoritariamente- a cuestiones estructurales y organizacionales dispuestas por la lógica sanitaria vigente y que por lo tanto, exceden las estrategias particulares que los Trabajadores Sociales pudiéramos realizar.

En el marco de la situación que se plantea precedentemente, se realizan las siguientes propuestas o alternativas estratégicas de acción:

- Apelando a la Dimensión Ético-política de Trabajo Social, se sugiere avanzar en la lucha colectiva ya iniciada, por la restauración de un ‘Área Social’ a nivel central en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La inquietud de esta investigación nace a partir de mi experiencia laboral/profesional en el ámbito de la Región Sanitaria VII ‘B’, por considerar a esta institución un ámbito estratégico para el diseño, desarrollo e implementación de propuestas alternativas, abarcadoras e integrales a través de la interacción con los diferentes ámbitos comunitarios e institucionales de su área de influencia, resultando ello de su misión fundacional.

Si bien en la actualidad mi desempeño profesional se desenvuelve en el Servicio de Geriatría, ámbito a partir del cual no tengo contacto fluido con el resto de los colegas, propongo lo siguiente:

- Favorecer instancias de intercambio, debate y reflexión a los fines de viabilizar estrategias conjuntas referidas a la implementación de los propios espacios-tiempos, para la optimización de la intervención/actuación profesional.
- La elaboración conjunta de un documento a partir del cual se planteen las dificultades observadas en el desarrollo e implementación de los Programas vigentes, acompañado de

alternativas tendientes a la superación de los inconvenientes señalados.

- Trabajar en la elaboración y difusión de un marco conceptual propio en lo referente a Salud, a los fines de contribuir en la construcción de perspectivas más amplias en la comprensión de los procesos de Salud-enfermedad-asistencia.

Estas propuestas alternativas serán presentadas ante personal directivo – siendo una de la directoras asociadas Trabajadora Social- del HIGA Vicente López y Planes de General Rodríguez, institución en la cual me desempeño actualmente.

LOGOSARIORI

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Las conceptualizaciones desarrolladas a continuación dan cuenta del marco teórico conceptual en el cual me inscribo. Si bien en todos los casos, referencian el material bibliográfico consultado, en algunos conceptos he logrado introducir elaboraciones propias a modo de construcción. Estos pequeños aportes no son más que la resultante del diálogo, la vinculación y el análisis que procuré desarrollar entre el material documental consultado y la tarea de campo desarrollada, a lo largo de la presente investigación.

Actores Sociales: *“La idea de actor social no se puede separar de la idea de sujeto que es el llamamiento a la transformación del sí mismo en actor. Es yo, es esfuerzo por decir yo, sin olvidar que la vida personal está llena por un lado de libido y por el otro de papeles sociales.... el sujeto es el hombre en su plena capacidad de libertad, de construir movimientos sociales, de transformar condiciones sociales.”* Touraine, Alain (2002:162).

Actuación Profesional: *“Entendiendo la misma como el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por intervenciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan. La Actuación Profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hace posible. El carácter simbólico –o la capacidad de representación- y la finalidad, orientación e intencionalidad definen el sentido de la Acción.”* Vélez Restrepo, Olga Lucía (2003:54)

Campos: *“... lugares donde se construyen los sentidos comunes, los lugares comunes, los sistemas de tópicos irreductibles los unos a los otros.”* Bourdieu, Pierre (1988:32).

Campo Dialógico: Este concepto responde a redimensionar la noción de campo de la práctica profesional en un ámbito de la acción social determinado –en este caso en el de la salud-, a partir de una conexión interactiva y dinámica entre la lógica profesional y los mandatos, exigencias, sentidos, direccionalidades, concepciones y expectativas externos a ella. Habilitando con ello la puesta en marcha – y haciendo emerger- todo el equipaje que conforma la propiedad disciplinar, propiciando un área de encuentro estratégico entre el marco propio y

específico, y el encuadre institucional-organizacional y operativo, en torno a los problemas que requieren de nuestra práctica profesional.

Campo de Pertenencia o Campo Profesional: *“Todo campo profesional se estructura en relación con ciertos imperativos sociales que plantean como necesario un tipo de práctica determinada. (...) La profesionalización supone la sistematización de un conjunto de representaciones (conocimientos, habilidades, información) y su elaboración como un SABER ESPECIALIZADO así como la institucionalización de la transmisión de ese saber, a través de una instancia social reconocida y legitimada, para que constituya el saber especializado en SABER CERTIFICADO.”* (García Salord, Susana 1991:17).

El campo profesional en tanto ‘lugar común’ a los Trabajadores Sociales, se ha ido construyendo a partir de la acumulación de experiencias -desde prácticas y saberes comunes- a través de objetivaciones compartidas gestando a su vez, concepciones y sustentos legales, ético-políticos, teórico-metodológicos, instrumentales-operativos y filosóficos conformando el cuerpo profesional que legitima, encuadra, respalda y habilita la actividad profesional.

Campo Problemático: *“El objeto de intervención profesional, entendido como campo problemático, se constituye en el contexto de producción y reproducción de las relaciones sociales. A nivel más específico, en el contexto de las prácticas que los sujetos cotidianamente desarrollan para poder satisfacer sus necesidades. Ellas se expresan a través de situaciones problemáticas que deben ser analizadas desde una perspectiva teórica que explique la categoría de necesidades sociales en su dimensión antropológica y ontológica.”* Rozas Pagaza, Margarita (1998:72)

Capacitación Profesional: Es entendida como instancia de actualización profesional.

Categoría: *“A los conceptos más importantes dentro de una teoría las denominamos categorías. El término ‘categoría’ posee una connotación clasificatoria.”* De Souza Minayo, María Cecilia (2004:81)

Categorías Analíticas: *“Son aquellas que tiene históricamente las relaciones sociales fundamentales y pueden ser consideradas luces para el conocimiento del objeto en sus aspectos generales. Ellas mismas expresan varios grados de abstracción, generalización y de aproximación.”* De Souza Minayo, María Cecilia (2004:81)

Categorías Empíricas: *“Son aquéllas construidas con finalidad operacional, llegando al trabajo de campo (la fase empírica) o a partir del trabajo de campo.”* De Souza Minayo, María C. (2004:81)

Ciudadanía: *“En primer lugar la ciudadanía se identifica con los derechos –civiles, políticos y sociales- cuya dinámica cambiante lleva a una ampliación o a una restricción de sentido. En segundo lugar, la ciudadanía es pertenencia a la comunidad política. Y en tercer término, la ciudadanía es participación, en la que derechos significa no sólo su letra legal sino su ejercicio efectivo y en la que pertenencia es, asimismo, participación en la construcción de una identidad y de un orden político democrático.”* Villavicencio y García Raggio en: Aquín, Nora –Comp.- (2003:116).

Ejercicio Profesional: Éste se constituye en una dimensión dinámica e integradora de nuestro quehacer; en tanto logra plasmar a través de la práctica en una determinada área de la acción social, los sustentos ético-políticos, teórico-metodológicos e instrumental-operativos, enriqueciéndolos en un diálogo permanente con la realidad social; conjuga en él aspectos generales y comunes de la especificidad, dotándola desde ese quehacer de cierta singularidad.

Elucidación: *“La elucidación’ es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan. Es una creación social-histórica.”* Castoriadis, Cornelius (1993:11)

Entrevista: *“ un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados (...) La situación de la entrevista coloca a la experiencia en el centro de la acción, y el contacto dialógico y narrativo se desenvuelve en ella, de manera reflexiva, con razón y corazón. El tipo de interacción presente en la entrevista da cuenta de una compleja trama de relaciones humanas y sociales configuradas mediante juegos de antecedentes o precedentes que están atravesados por la ética y la experiencia.”* Vélez Restrepo, Olga (2005:35).

“La entrevista en Trabajo Social es una técnica de interacción social que se funda en una relación interpersonal que permite la comprensión de una situación intersubjetiva, la construcción de un problema que requiere

ser transformado y el tránsito por un proceso de actuación que permita alcanzar la transformación.” Aguilera, María de los Ángeles (2005:36)

La entrevista es entendida como un encuentro interpersonal y dialógico que estructura una relación social, a partir del cual el otro nos permite ‘permear’ en su historia, en su intimidad, en su cotidianidad; habilitando con ello, la intervención/actuación profesional.

Esta técnica de actuación profesional, posibilita un conocimiento más amplio e híbrido de las situaciones que se nos presentan a diario, ampliando las perspectivas profesionales en tanto amalgama tensiones y desencuentros dando lugar a una construcción; ya que en ella, es el actor social desde su relato y ejerciendo sus derechos, quien le confiere sentido a la intervención profesional y el Trabajador social, quien propicia su desarrollo.

Espacio Profesional: Entendido como el ámbito ideal configurado por las cuestiones, objetivaciones y problemas que hacen a una actividad específica, se encuentra implicado por una serie de aspectos, uno de los cuales lo constituye el rol profesional.

El espacio profesional constituye un aspecto nodal que atraviesa e implica a la intervención/actuación profesional, en una interacción constante. Este ámbito se reconfigura permanentemente, dado que es el punto de encuentro en el cual convergen: actores, intereses, expectativas, lógicas, prácticas, concepciones, saberes, recursos y demandas heterogéneos, dando lugar a una urdimbre tensional, que se conjuga en la intervención/actuación profesional.

“El espacio profesional es una construcción en el ámbito de las relaciones sociales contradictorias a que dan lugar las necesidades sociales de los sectores excluidos y la distribución de recursos que usualmente se denominan servicios sociales.” Rozas Pagaza, Margarita (1994:130).

En este sentido, el espacio profesional cobra otra magnitud en tanto se presenta como promotor de nuevas interrelaciones e interacciones que hacen a la recreación de los espacios institucionales. A partir de ello, es posible pensar al espacio profesional como una dimensión de posibilidades. Pero a su vez, se encuentra en relación permanente con las instituciones y el contexto social en la cual se desarrolla la actividad profesional. En este punto resulta enriquecedor el concepto desarrollado por Carballada quien al respecto expresa: *“En el escenario de la intervención –entendido como espacio micro social donde ésta se construye y se desarrolla-, se conjugan una serie de componentes que lo forman, lo cargan de sentidos y significados. (...) El concepto de escenario surge de la necesidad de conocer de la manera más amplia posible el contexto de la misma, sus relaciones con lo macro social, en la*

singularidad y heterogeneidad de cada situación.” Carballeda, Alfredo Juan M. (2007:44).

Especificidad Profesional: *“es una construcción histórico-social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Este ámbito de relaciones está constituido por SUJETOS SOCIALES que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional.”*

García Salord, Susana (1991:19)

La especificidad del Trabajo Social entendida como construcción histórico-social, nos remite a una concepción dinámica e interactiva respecto del saber-pensar-actuar-conocer que hace a la esencia de la dimensión profesional. Desde esta perspectiva, ésta se nos presenta como un entramado en el que confluyen varios aspectos y/o dimensiones, que interactúan en este proceso constructor. Esta esencia va tomando cuerpo a través de prácticas y saberes especializados –objetivados-, en el que se sintetizan aspectos generales y singulares de nuestro campo profesional.

En el quehacer cotidiano esta construcción –creación con-, se concreta a partir del nexo interactivo entre el campo de pertenencia y el campo de dependencia laboral, en torno al objeto de intervención en tanto campo problemático, reconfigurando la situación problemática y con ello, la intervención/actuación profesional.

Estado: *“se entiende por Estado en el régimen federal, la porción de territorio cuyos habitantes se rigen por leyes propias, aunque estén sometidas en ciertos asuntos a las decisiones de un gobierno común.”*

Real Academia Española: “Diccionario de la Lengua Española.” Tomo I. (2004:989).

Si bien el Estado está conformado por cada uno de los habitantes que ocupan el territorio nacional, al referirme a la relación entre Estado y Sociedad Civil, estoy haciendo alusión a un sector del mismo conformado por el ámbito político y las organizaciones públicas a través de las cuales se programan, organizan y ejecutan las decisiones que estructuran y atraviesan a toda la sociedad, determinando posibilidades, condiciones y modalidades de accesibilidad a servicios y bienes básicos, que definen niveles de vida e integración social.

Ética: *“Ética, de la palabra “ethos”, en un sentido más primitivo aún, significa casa, morada, más aún, significaba la parte más íntima; el hogar mismo, el lugar del fuego (...) la ética es el hogar que podemos cargar desde adentro de nosotros mismo para vencer la intemperie de nuestra propia existencia.”* García Carlos (2000: 5).

La ética es concebida en términos de refugio, en el que confluyen exigencias propias y exigencias del ethos moderno. Entonces, la **reflexión ética** posibilita la interrogación sobre lo que sabemos y lo que pensamos direccionando nuestra acción profesional, al mismo tiempo que la sustenta en esta ponderación del otro y vincula los aspectos teóricos-ideológicos con el qué-hacer cotidiano. Ello a su vez, permite reivindicar la esencia y el sentido genuino de la acción profesional y posibilita reivindicar esa dimensión –a veces postergadas desde las exigencias institucionales- dado que esta se construye y significa en una relación de alteridad, nuestra acción profesional requiere y necesita del otro. Así, el saber en lugar de ubicarse desde un lugar de dominio, se sitúa en un ámbito de servicio que posibilita la construcción de conocimientos, desde perspectivas más amplias a partir de un encuentro con los demás. Todo ello a su vez favorece la vinculación entre el ejercicio cotidiano y las bases filosóficas, humanísticas y democráticas del Trabajo Social.

Formación Profesional: *“En el caso de la formación en Trabajo Social, lo que se juega en los procesos de enseñanza-aprendizaje es la habilitación de profesionales para operar en las problemáticas sociales que se manifiestan (...) a partir de un conjunto específico de conocimientos, habilidades y actitudes.”* González Cristina y Nucci, Nelly (2005:.21)

La formación profesional si bien es entendida en este trabajo como un proceso permanente e inacabado, habitualmente aparece más relacionada a la formación de futuros profesionales en el ámbito universitario. Es por ello que se hace referencia a la capacitación como instancia de actualización profesional.

Identidad Profesional: *“La identidad es el resultado transitorio de un proceso de apropiación simbólica de lo real que supone la competencia de un actor singular sobre el universo de significaciones, la competencia es inversión simbólica en la acción que pone en relación los gestos con el universo de sentido. (..) Pero en la medida en que las significaciones son recibidas y compartidas, los gestos forman parte un acto social, se puede abordar el proceso como un hecho propiamente cultural. La cultura se expande y no se totaliza sino en cada identidad conquistada.”* Gagnon Nicole (1993: 195).

‘Somos lo que hacemos’ y hacemos siempre en relación a un Otro, por lo tanto la **Identidad profesional** en tanto apropiación, es también dinámica y se encuentra atravesada por una historicidad, aspectos epistemológicos-fundacionales y culturales comunes.

Incumbencias: Hacen referencia a la Resolución 579/86 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación Argentina. (1986 y mod. 1995).

Inserción: *“El proceso de ubicación, significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional. (...) El mismo es considerado como el primer momento metodológico que, articulado a una actitud investigativa, posibilita desarrollar un diagnóstico que explique el campo problemático.”* Rozas Pagaza, Margarita (1998:77 y76)

Instituciones: *“Las instituciones sociales son organizaciones específicas de política social, aún cuando se presenten como organismos autónomos y estructurados en tono a normas y objetivos manifiestos. Ellas ocupan un espacio político en los nudos de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Son parte de la red, del tejido social implementado por las clases dominantes para atrapar el conjunto de la sociedad. (...) no son un simple fenómeno superestructural. Son organizaciones transversales a toda la sociedad. Ellas aparecen como mecanismo reguladores de las crisis del desarrollo capitalista en todos los niveles.”* Faleiros, Vicente de Paula (1986:9)

“El concepto de instituciones se refiere a las relaciones y las prácticas establecidas y que se corporizan o hacen visibles en organizaciones y también a las regulaciones que establecen los comportamientos sociales considerados legítimos. Son normas referidas a las formas y el modo en que se construyen las relaciones laborales, de comunicación lingüística, productivas, de consumo, jurídicas, de parentesco, educacionales, de descanso. Estas relaciones se estructuran en formaciones histórico-sociales diferenciadas.” Etkin, Jorge (1997:223).

Las instituciones se constituyen en ámbitos de estructuración, mediación y producción de interacciones –en tanto materializadoras de políticas-, entre el Estado y la Sociedad Civil y si bien están atravesadas por cierto aspecto normativo y de control, la razón social que las funda, aparece como elemento en cierta manera compensador –dado que constituye su matriz integradora-.

Instrumentabilidad: *“La instrumentabilidad de la profesión, está soportada en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social. El uso de los mismos está vinculado con las concepciones y visiones que se tiene sobre la práctica profesional y la realidad social, no estando aisladas de los contextos donde se aplican, ni de los postulados teóricos o metodológicos que los fundamentan.”* Vélez Restrepo, Olga L: (2003:12).

La dimensión instrumental-operativa se constituye en vehículo y manifestación de los sustentos teórico-metodológicos y ético-políticos de la propiedad disciplinar.

Intercambio Profesional: se entiende por intercambio profesional a la instancia de reunión sistemática y preestablecida, organizada en función de objetivos profesionales y operativos, desarrollada entre los distintos integrantes que conforman los respectivos Servicios Sociales de las instituciones sanitarias, destinada al debate, reflexión, análisis y optimización de qué-hacer profesional.

Intervención Profesional: *“... Pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional. (..) Es un proceso histórico social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esa relación que se construye el **objeto de intervención.**”* Rozas Pagaza, Margarita (1998:60/61).

A su vez esta constituye la acción y efecto de inter-venir. Realizando un primer análisis del término, tenemos que “inter” quiere decir entre, en medio; y “venir”, es moverse llegar a quien habla. Es a partir de aquí que podemos pensar en cierto contexto movimiento y direccionalidad de la acción profesional.

Toda intervención se encuentra implicada por tres aspectos fundamentales: la persona que demanda, la relación de de ésta con sus necesidades a partir de su cotidianidad; la institución a la cual demanda cuya misión fundacional hace a la razón de ser de la misma; y el trabajador social con su saber especializado e idoneidad, para analizar y responder. Y es a partir de la interrelación e interacción cotidiana entre estos tres actores, que se construye el objeto de intervención, es decir el sobre qué actuar.

Intervención/actuación profesional: a partir de este concepto la intervención profesional –“ese venir entre”- es reconocida como una dimensión compleja de la actuación profesional, dando cuenta con ello de las tensiones que surgen en el campo del Trabajo Social, a partir de la práctica cotidiana.

Investigación: *“... es un estudio sistemático, controlado, reflexivo y crítico sobre las supuestas relaciones que existen sobre los fenómenos (...) Es un momento metodológico consistente en descubrir un problema. Por eso se habla de ‘aporía’, que viene del latín ‘aporisma’, es decir dificultad de paso, de hallar el camino.”* Rivello, Beatriz (1999: 4 y 5).

De ello surge la necesidad de reconocer a la investigación como elemento constitutivo del saber-hacer-conocer del Trabajo Social, en tanto constituye una dimensión constructora, que posibilita trascender los 'préstamos' de otras disciplinas y el direccionamiento externo que –en ocasiones- encausa la práctica profesional produciendo desviaciones con respecto a las incumbencias y misión profesionales.

Lógicas: *“Los sujetos ubicados en posiciones semejantes en el espacio social se desenvuelven bajo condiciones objetivas similares que, a ser aprendidas, generan categorías de percepción y de acción similares. Estas categorías devienen **lógicas de representación y acción de los sujetos colectivos.**”* Ponce, Geraldine (2002:71)

Lógica Hegemónica: *“entendida como categorías de percepción y de acción que posee la institución al actuar como portavoz del discurso oficial (que plasma representaciones de las clases hegemónicas) que se ponen en juego en la interacción con los sujetos sobre cuyas problemáticas interviene la institución.”* Ponce, Geraldine (2002:75)

Lógica Popular: *“Definimos como tal a las categorías de percepción y de acción de las familias que se ponen en juego en la interacción con las instituciones. Hablamos de lo popular en relación a los sectores populares, entendidos éstos como las grandes mayorías que se encuentran incorporadas desposeídamente, expulsadas o excluidas del proceso de producción.”* Ponce, Geraldine (2002:76)

Marco de Referencia: *“Conjunto de representaciones desde las cuales se entiende y conceptúa al problema, objeto de la intervención profesional, y el tipo de interacción entre los sujetos sociales involucrados en el campo y se establecen los objetivos y procedimientos.”* García Salord, Susana (1991:19).

Matriz Crítica-Interpretativa: Se sustenta en enfoques amplios, integradores y humanísticos, al mismo tiempo que propone una lectura dinámica e interactiva de las implicancias que surgen de la interacción entre el contexto social más amplio y las situaciones microsociales que abordamos a diario y la incidencia de aspectos culturales, económicos, políticos, geográficos y sociales, en ellos. No se trata de una lectura lineal y anacrónica, sino que integra la dimensión de historicidad en tanto trayecto o perspectiva, favoreciendo una comprensión más amplia e integral. Este enfoque posibilita asimismo avanzar más allá de una visión concreta y reproductiva abarcando el ámbito de lo simbólico, atendiendo a las construcciones discursivas que confluyen en el campo problemático de

la actuación profesional. Este soporte teórico-metodológico recupera la dimensión cognitiva del quehacer profesional a través de la investigación, favoreciendo la utilización de técnicas cualitativas e interactivas que hacen hincapié en los aspectos intersubjetivos, culturales y cotidianos de la práctica por y en la reflexión ética en tanto instancia de elucidación y legitimación.

No obstante ello, toda metodología es falible y perfectible en virtud de lo cual, considero que tanto la supervisión como la sistematización constituyen herramientas fundamentales a incorporar en la práctica profesional, favoreciendo la revisión e interrogación de la misma y viabilizando la búsqueda y producción de conocimientos.

Método: *“El Método como concreción de la Metodología es una forma particular de la actuación profesional. (...) El Método es un recurso analítico y operativo con que cuenta el Trabajo Social para enfrentar de manera racional problemas propios del ejercicio profesional.”* Vélez Restrepo Olga L. (2003:138).

Metodología: *“...se ocupa de los supuestos y modos particulares de aprehensión de la realidad compartidos por una comunidad académica, científica o profesional que conforme a los objetos y objetivos comunes constituyen el ‘corpus’ de la actuación (...) La metodología da cuenta de lo esencial de la acción capturando, como la retina lo hace, la policromía de tonos y matices presentes en los diferentes enfoques y propuestas de la actuación profesional. Vélez Restrepo, Olga Lucía (2003: 59).*

Metodología de Investigación Cualitativa: *“La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas; habladas o escritas, y la conducta observable (...) La metodología cualitativa es: inductiva: el investigador e al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos n son reducidos a variables, sino considerados como un todo; los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio; tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas; el investigador se aparta de sus propias creencias o las suspende; para este investigador todas las perspectivas son valiosas; los métodos cualitativos son humanitas; los investigadores dan énfasis a la validez de su investigación porque obtienen un conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatoria; crean su propio método, es un arte.”* Taylor y Bogdan (1992:19 y20).

Modelo: *“Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.”* Real Academia Española (2004:1519)

Modelo de Práctica Profesional: *“El término modelo también puede ser concebido como una noción que designa ‘un esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad.*

Por otro lado, al modelo es posible definirlo como imagen o representación, de un sistema, proceso, organismo, fenómeno, artefacto, sociedad o ente de cualquier clase, material o abstracta. A su vez ‘modelo’ de práctica profesional constituye una construcción simbólica cuyos principales objetivos son el conocimiento y la transformación del objeto que modeliza. (...) Desde lo metodológico, la noción de modelo implica trabajar en la construcción de hipótesis, en principio relacionadas con las características más relevantes de los problemas. En este aspecto, las hipótesis son conjeturas provisionarias que pueden ser comprobadas o refutadas, circunstancia que daría más dinamismo a la perspectiva de análisis que se plantea.” Carballeda, Alfredo Juan M; Barberena, Mariano y Otros en: Carballeda, Alfredo Juan M. (2007:41).

Necesidad: *“...Una necesidad no es sólo una carencia sino también una suma de potencialidades humanas individuales y colectivas que hacen posible vivir en este mundo y que van traduciéndose en un proyecto de vida. (...) Esta riqueza del concepto de necesidad aporta a los Trabajadores Sociales la posibilidad de trascender e circuito cerrado de la demanda y el recurso. Además, abre posibilidades para indagar los modos de satisfacer necesidades vinculadas con formas culturales que hacen particular a los sujetos sociales con los cuales trabajamos.”* Rozas Pagaza, Margarita (1994:130)

Orden de Discurso: *“El aspecto semiótico/discursivo del orden social es lo que podemos llamar un orden de discurso. Es la vía en la cual diversos géneros, discursos y estilos se vinculan entre sí. Un orden de discurso es estructurante social de la diferencia semiótica –un ordenamiento social particular de relaciones entre diferentes formas de producir sentido, por ejemplo, diferentes discursos, géneros y estilos-. Un aspecto de este ordenamiento es el dominio: algunas formas de producción de sentido son dominantes o principales en un particular orden del discurso, otros son marginales, u opuestos o “alternativos”.”* Chiapello y Fariclough (2002) en Aquín, Nora Org. (2008:12).

Este ordenamiento discursivo, deviene en normalizador social a partir de cierta naturalización que suele invisibilizar algunos aspectos de la realidad social, al mismo tiempo que devela o acentúa otros. De esta manera, diversas expresiones que hacen a conceptualizaciones y definiciones se

imponen y/o transforman el sentido y significación de sí mismas y/o de otras.

Paradigma: Proviene del latín paradigma, que significa mostrar, manifestar. Algunos de los significados que le asignan son: marco, modelo, concepción, mundo, ejemplo.

“Los paradigmas de la investigación determinan cómo se conceptualiza el objeto de estudio, los problemas a tratar, los métodos y técnicas a utilizar, la forma de explicar, interpretar o comprender los resultados de la investigación realizada.” Pineda; de Alvarado; de Canales (1994:77).

Paradigma Interpretativo: *“Está en vías de consolidación y su supuesto básico es la necesidad de comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes”.* Vasilachis de Gialdino, Irene (1992:43).

Planificación: *“... la planificación no es una simple técnica de elaboración de planes, sino un proceso social.”* Ander Egg, Ezequiel (1982:123)

“La planificación de la acción está conformada por problemas específicos que requieren respuestas profesionales –no teóricas-, por lo tanto su finalidad es eminentemente práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional. Es un puente entre el presente y el futuro, define y caracteriza la situación tal y como se presenta en un momento determinado –es decir, con una temporalidad específica- y luego se proyecta –anticipando la situación esperada- de acuerdo a las metas y objetivos situacionales y profesionales que se deseen obtener.” Vélez Restrepo, Olga L. (2003:63)

La instancia de planificación constituye una herramienta fundamental a partir de la cual podemos y debemos introducir un sentido propio a nuestro quehacer.

Estos lineamientos propios, permiten incorporar por lo tanto perspectivas heterogéneas en un diálogo permanente con la realidad social desde lo cotidiano, que hacen a una mayor pertinencia y actualización profesionales.

La planificación en su condición de trayecto proyectado a futuro en un marco temporo-espacial determinado, requiere leer y analizar la práctica cotidiana desde el andamiaje complejo que surge entre las implicancias más amplias y lo singular conjugando en esta instancia, el escenario del quehacer profesional y la construcción propia.

Políticas Públicas: *“Es un programa de acción estatal o gubernamental para la sociedad, para un sector poblacional de la sociedad o en un*

espacio geográfico. Cuando se habla de política pública se debe tener en cuenta que esta noción incluye tanto la política pública económica como la política social.” Estrada Ospina, Víctor M. (2006:204).

“En tanto políticas de satisfacción de necesidades, las políticas estatales pueden considerarse como un “lugar” clave, en tanto lugar de las definiciones autorizadas, cuyo aspecto sobre la definición de las necesidades y el establecimiento de satisfactores resulta de la mayor importancia, por su capacidad de penetración en los espacios públicos y el mundo de la vida de la población trabajadora.” V.V.A.A en Aquín Nora –organizadora- (2008:10- Tomo 2)

Estas son el medio de acción del Estado que se manifiesta a través de sus instituciones y de los diferentes programas. Estas adquieren diversas características y direccionalidades, conforme sea el modelo de Estado en el que se inscriben, en consonancia con la concepción imperante en cada momento histórico y social.

Estas se constituyen en la definición oficial de los problemas sociales y por lo tanto hacen a la lógica que emana de la autoridad de gobierno que dispone a su vez, de todo el aparato estatal (es decir de una serie de recursos e instituciones) para su implementación; al mismo tiempo que dispone de una dimensión si se quiere potencial, que validará y desarrollará conforme sea el modelo ideológico en el que se inscriba y los intereses que lo sustentan.

Políticas Sociales: *“Las políticas sociales no son solamente algunos planes y programas más o menos bien formulados, sino que son también ‘definiciones del problema y del sujeto destinatario’. Y no son solamente meramente la ‘respuesta del Estado’ a aquello que surge de la creatividad técnica o de las concepciones políticas de ‘las políticas de gobierno’, sino también o principalmente, el resultado de la confrontación y de disputas en la sociedad (política) y en los diferentes ámbitos institucionales en los que aquellas definiciones se redefinen constantemente más allá de su formulación en la letra de la norma o ley que los crea.” Alayón, Norberto (2006:36).*

“En este trabajo lo consideramos en el sentido amplio, es decir incluye tanto las políticas del Estado como las diversas organizaciones e instituciones de la sociedad civil, vivienda, promoción y seguridad social, infancia, etc. No se trata de un concepto uniforme y definible a priori sino que deriva del concepto de Estado y Sociedad Civil que los diversos actores sociales también tratan de imponer en su lucha por la nominación verdadera.” Mallimaci, Fortunato (1996:34)

A partir de ambos conceptos es posible reconocer en la conformación de las políticas sociales, una instancia de tensión y/o puja que se debate en el orden de lo simbólico, pero que a su vez en el trayecto de su

implementación y a partir del atravesamiento producido por los distintos ámbitos institucionales y comunitarios, como así también de las prácticas que se desarrollan al interior de ambas, éstas son implicadas.

Las políticas sociales responden a concepciones y definiciones que se desarrollan en torno a la problemática social; pero por ser éstas fruto de tensiones y enfrentamientos entre los distintos sectores de la sociedad, son al mismo tiempo, el cuerpo que encarna la esencia de un proceso de construcción-desconstrucción que es constante e inacabado.

Proyecto Académico Integral: *“La implementación de esta perspectiva supone además el desarrollo de una serie e acciones en relación con la actualización y formación docente y con la convocatoria y agrupación de los profesionales en ejercicio, así como también la incorporación de los académicos al proceso de reflexión y elaboración desarrollados a nivel nacional e internacional por el gremio. El cambio curricular implica entonces el concepto de un Proyecto Académico Integral.”* García Salord, Susana (1991: 141).

Proyecto Profesional: *“...Presentan la auto-imagen de una profesión, eligen los valores que la legitiman socialmente, delimitan y priorizan sus objetivos y funciones, formulan los requisitos (teóricos, institucionales y prácticos) para su ejercicio, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen los parámetros de su relación con los usuarios que reciben sus servicios, con las otras profesiones y con las organizaciones e instituciones sociales, privadas y públicas (entre éstas, también es destacado el Estado, el cual ha tenido históricamente el reconocimiento jurídico de los estatutos profesionales).”* Netto, Paulo (1999:95)

Reflexión Ética: *“Es poner en cuestión, revisar, criticar, reflexionar con autonomía, con libertad y responsabilidad (...) tanto de dar respuesta a la pregunta acerca del por qué de nuestras decisiones y acciones, como de hacernos cargo de sus consecuencias. (...) un doble movimiento contemplativo –en la deliberación para la toma de decisiones responsables y en elucidación del sentido de la profesión-, constituye una posibilidad para poner en juego la reflexividad moderna y promover el respeto y el reconocimiento de todos los involucrados.”* Heler, Mario (2001: 29 a 36)

Registro: *“El Registro en Trabajo Social puede ser efectuado desde distintas modalidades, a través de las cuales se documenta y comunica el quehacer profesional y su relación con los actores sociales y las situaciones que atraviesan, inmersos en el contexto histórico-político-*

socio-económico y cultural en que se desarrolla.” Rivello, Beatriz (1997:10).

Este instrumento se constituye en una evidencia de nuestra práctica a partir de la cual damos cuenta no tan sólo de la tarea desarrollada, sino que se constituye en una síntesis entre el pensar y el actuar, a partir de la cual, imprimimos una marca en una situación determinada y en los actores sociales que intervienen en ella.

Esta marca particular emanada de la subjetividad pierde su condición de tal, en tanto se imprime, se manifiesta y adopta al mismo tiempo un carácter de ‘representación’ que involucra y envuelve lo profesional, lo institucional/laboral y la situación/ actores singulares a que ella se refiere.

Rol Profesional: Entendido a modo general como ‘papel a desarrollar’ o ‘función’. En tanto papel: *“es el conjunto de normas y expectativas que convergen en un individuo en cuanto ocupa una posición determinada en una red más o menos estructurada de relaciones sociales o bien de un sistema social.”* Gallino, Luciano (1983:677)

Y en tanto función: *“Tarea que corresponde realizar a una institución o entidad o a sus órganos o personas.”* Real Academia Española (2001-Tomo I: 1098).

El rol profesional se encuentra implicado básicamente por dos dimensiones: una referida a la tarea asignada desde la institución o entidad en la cual se desarrolla la práctica profesional y que responderá a un fin o razón social; y otra, que hace al saber especializado y a las incumbencias profesionales.

Saber Especializado: *“Es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en su cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas.”* García Salord, Susana (1991:20)

A partir de éste la intervención es problematizada en tanto construcción dinámica en la que interactúan, el campo de pertenencia, el campo de dependencia y el campo de intervención propiamente dicho.

Salud: A lo largo del presente trabajo, la noción de salud es conceptualizada y comprendida a partir de tres dimensiones: *una legal:* en tanto derecho humano y social (Constitución de la Pcia. de Buenos Aires, art.36, Inc. 8; Constitución Nacional Argentina (1994) art. 75, Inc. 22; Declaración Universal de los Derechos del Hombre de las Naciones Unidas -1948-, etc.); *otra dinámica:* en tanto proceso social –salud-enfermedad-asistencia- en relación permanente con la situación macroestructurante:

“No es suficiente que definamos o entendamos a la salud como ‘el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades’, si lo hacemos ignorando el contexto, es decir, el papel que juega la organización económica, política, social y cultural, etc. En la distribución diferencial de la morbimortalidad en la población y la naturaleza del proceso salud-enfermedad en relación a la estructura de la sociedad.” Estrada Ospina, Víctor (2006:63).

Y una tercera, de orden *cualitativa* que se refiere a las dimensiones culturales y simbólicas de la población que participa en los procesos de salud.

“Esto implica que, para todos los grupos, incluso en forma específica y peculiar, la salud y la enfermedad, envuelven una compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana y de atribución de significados.

Pues salud y enfermedad expresan ahora y siempre una relación que traspasa el cuerpo individual y social, confrontando las turbulencias del ser humano en cuanto ser total. Salud y enfermedad son fenómenos clínicos sociológicos vividos culturalmente, porque las formas como la sociedad los experimenta, cristaliza y simboliza las maneras por las cuales ella enfrenta su miedo a la muerte y exorciza sus fantasmas. En este sentido salud-enfermedad importan tanto por sus efectos en el cuerpo como por sus repercusiones en lo imaginario; ambos son reales en sus consecuencias. Por lo tanto incluyendo los datos operacionalizables y junto con el condicionamiento técnico, cualquier acción de tratamiento, de prevención o de planificación debería estar atento a los valores, actitudes y creencias de los grupos a quien a la acción se dirige.” De Souza Minayo, María Cecilia (2004:12y 13).

Esta perspectiva sustentada en el entrecruzamiento de estas tres dimensiones (en tanto derecho social y humano, proceso social y contexto de significaciones simbólicas y culturales), posibilita clarificar la vinculación entre Salud y Trabajo Social reivindicando aspectos humanísticos e integradores, atendiendo a los aspectos macroestructurantes, perneando al mismo tiempo, en la singularidad de cada situación problemática, a través de dimensiones culturales y simbólicas que le otorgan quienes la vivencian, la padecen, la reproducen, la limitan y la combaten.

Sistematización: *“es una modalidad de investigación cualitativa y como tal soporta a la producción de conocimiento sobre las realidades específicas donde se realiza “la acción profesional”, viabilizando a los sujetos inmersos en dichas prácticas y develando sus lógicas y modos de construcción de la realidad.” Vélez Restrepo, Olga (2003:63).*

Sociedad Civil: *“...es la fuente donde emana la autoridad pública, resulta que el Estado representativo es dependiente de una esfera social concebida como a-política, cuasi natural y preexistente e independientemente de su forma política.”* Grassi, Estela (2003:18).

Supervisión: entendida como: *“proceso de análisis sobre la intervención, es una revisión, también de la ‘trayectoria’ de la práctica desde una perspectiva reflexiva (...) De ahí que la supervisión también sugiera e involucre la visualización de los distintos marcos conceptuales, representaciones sociales e inscripciones que hacen a la práctica misma desde su devenir histórico y sus manifestaciones en el presente.”* Carballeda, Alfredo Juan M. (2007:16).

Teoría: *“En sentido la teoría no expresa, no traduce, no aplica una práctica; es una práctica. Pero local y regional, como usted dice: no totalizadora. Lucha contra el poder, lucha para hacerla aparecer y golpearla allí donde es más invisible y más insidiosa.”* Foucault, Michel (1992:85)

Trabajo Social: *..”en tanto profesión, Trabajo Social es un práctica social estructurada por una situación macroestructurante. También afirmamos que, considerando a las prácticas por su objeto, Trabajo Social participa de las características de una práctica distributiva y de una practica cultural. En su dimensión distributiva, Trabajo Social interviene en la distribución de valores de uso entre individuos, grupos y familias y otras instancias sociales, con el objeto de alcanzar una distribución deseada en determinadas condiciones. Y en tanto práctica cultural, Trabajo Social aborda una constelación de de símbolos a partir de las cuales se constituyen las líneas de fragmentación y de solidaridad, de tolerancia y reconocimiento o de exclusión y rechazo, con la finalidad de transformar o reproducir tales herramientas de discurso.”* Aquín Nora (2001:10).

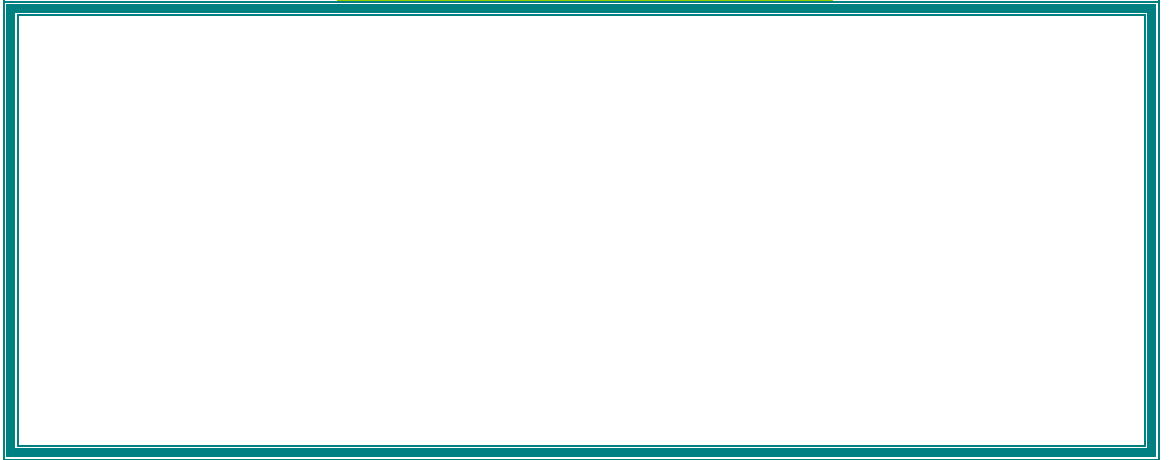
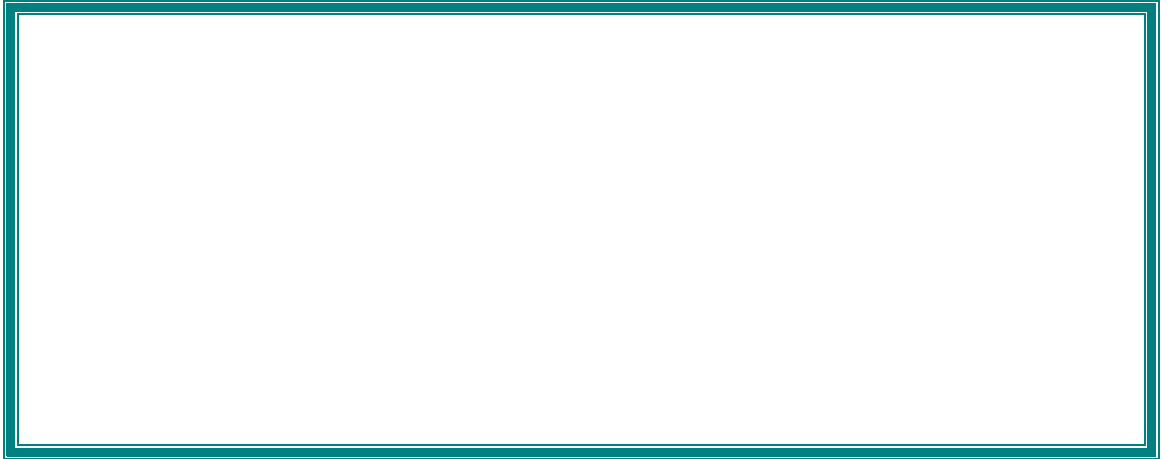
Tarea de Campo: Se entiende por ‘tarea de campo’ a todas aquéllas prácticas de la actividad profesional que se desarrollan por fuera del ámbito institucional y que hacen a la actividad profesional-laboral: visitas domiciliarias, visitas institucionales, asambleas barriales, reuniones comunitarias, releevamientos de datos, etc.

Vida Cotidiana: *“Agnes Heller al respecto dirá que: ‘la historia es, entre otras cosas, historia del despliegue de la esencia humana, esto implica continuidad de una estructura social heterogénea, valores,*

estructuras simbólicas, que reproducen los hombres en su práctica cotidiana.’ En este contexto la vida cotidiana es actividad, experiencia histórica y pensamiento de los hombres, es un espacio y un tiempo; es presente, pasado y futuro. Cuando decimos que es espacio y tiempo, podemos inferir que no hay una sola vida cotidiana, y que ella tiene contextos diferentes que han variado históricamente.” Rozas Pagaza, Margarita (1998: 36 y 37)

“...Comprendemos que el concepto de vida cotidiana expresa la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades. Ese escenario es el que marca las coordenadas más importantes para resignificar el campo problemático en la intervención profesional. En este contexto, la cercanía a la vida de dichos sujetos es la clave más importante para desentrañar cómo se expresa la conflictividad de la ‘cuestión social hoy’.” Rozas Pagaza, Margarita (1998:40).

Visita Domiciliaria: *“Técnica de actuación del Trabajo Social, que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas –la observación y la entrevista-, que facilita la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso comunicacional verbal-no verbal y se caracteriza por un objetivo definido (investigación, asesoramiento, seguimiento, cierre de la actuación profesional) revistiendo un valor estratégico en el proceso de actuación profesional.” Tonón, Graciela (2005:56)*



- AGUAYO, Cecilia: “Las Profesiones Modernas: Un dilema del conocimiento y del poder: Un análisis para y desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Argentina. 2007.
- AGUILERA, María de los A.: “La Entrevista.” En: Tonon, Graciela (comp.): “Las Técnicas de Actuación Profesional del Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2005.-
- ANDER EGG, Ezequiel: “Historia del Trabajo Social.” Ed. Humanitas. Arg. 1985
- -----: “Metodología y Práctica del Desarrollo para la Comunidad.” Ed- Hvmanitas. Bs. As. Argentina. 1982.-
- ALAYON, Norberto:”Orígenes Trabajo Social en Argentina” Ed. Humanitas. Arg. 1972.
- -----: “Historia del Trabajo Social en Argentina.” Ed. Espacio, Arg. 1978.-
- -----: “Democracia, Derechos Sociales y Trabajo Social.” En: Brugos Ortiz, Nilsa (coordinadora): “Acerca de la Democracia y de los Derechos Sociales: Política Social y Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2006.-
- AQUÍN, Nora: “El Trabajo Social para un Nuevo Contexto”. Trabajo presentado en jornadas metropolitanas de Servicio Social, octubre 1999. Publicado en Boletín Informativo del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social. Año 6. Nro. 19. Bs. As. Argentina. 1996.-
- -----: “La categoría y la condición de ciudadanos en el campo problemático del Trabajo Social”. Revista Miradas, publicación del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Santa Fe. Nro. 1. noviembre de 2000. Revista Conciencia Social, Nueva Época. Año 1, diciembre 2001. Publicaciones de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Córdoba. Argentina.
- -----: (compiladora): “Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2003.-
- -----: (Organizadora): “Trabajo Social, Estado y Sociedad: Cuestión social, políticas públicas y Trabajo Social.” Tomo II. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2008.-
- -----: “Situación las Prácticas, Pensar las Prácticas.” En: Revista “Escenarios” Año 8- N°13. “Prácticas Profesionales y Prácticas Sociales Contemporáneas.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2008.-

- BACHELARD, Gastón: “La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo.” Ed. Siglo XXI Bs. As. Argentina, 1975.
- BARÁIBAR RIVERO, Ximena: “Poco, para pocos y por poco tiempo: Políticas Sociales en Tiempos de Emergencia.” En: “Actores Sociales, Políticas Publicas y Debates Sobre el Desarrollo.” Revista Escenarios Nro. 12. Año 7. Revista Institucional de la Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de la Plata. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, Octubre de 2007.-
- BERMAN, Sergio: “Comprometer lo Religioso en el Derecho de Ser Humano.” En: Eroles, Carlos y Rodríguez Norberto (comp.): “Educación en Valores, Religiosidad y Derechos Humanos.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2006.-
- BOURDIEU, Pierre: “Cosas dichas.” Ed. El mamífero parlante. Arg. 1988.
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel: “La Intervención en lo Social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.” Ed. Paidós, Bs. As. Argentina, 2002.-
- -----: “Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad.” Ed. Espacio, Arg. 2004.
- -----: “El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad.” Ed. Espacio, Argentina. 2006.
- -----: “Escuchar las Prácticas: La supervisión como proceso de análisis de la intervención social.” Ed. Espacio, Arg. 2007.-
- CASTEL, Robert: “Las Metamorfosis de la Cuestión Social: Una crónica del salariado.” Ed. Paidós. Argentina. 1997.-
- CASTORIADIS, Cornelius: “La institución imaginaria de la Sociedad.” Vol. I. Tusquet. Arg. 1993.
- CAZZANIGA, Susana: “Hilos y nudos: La formación, intervención y lo político en el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Argentina, 2007.-
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL.
- CONFERENCIA GENERAL del EPISCOPADO LATINOAMERICANO: “La Evangelización en el Presente y en el Futuro de América Latina: Documento de Puebla.” Ed. de la Conferencia Episcopal Argentina. 1986.-
- CONSTITUCION DE LA NACIÓN ARGENTINA. 1994
- CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 1994
- CHIAPELLO y FAIRCLOUGH: “understanding the new management ideology: a Transdisciplinary contribution from critical

discourse analysis and new sociology of capitalism.” En: “Discourse 6 Society” Vol. 13 (2), sage Publications, London, Thousand oaks, CA and new Delhi, 2002. en: Aquín Nora (organizadora): “Trabajo Social, Estado y Sociedad: cuestión social, políticas publicas y trabajo social.” Tomo 2. Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2008.-

- DANTAS, José Lucena: “La Teoría Metodológica del Servicio Social. Un abordaje sistemático en Metodología del Servicio Social.” En: ‘Documento de Teresópolis’. Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina, 1971.-
- DE SOUZA MINAYO, María Cecilia: “El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en Salud.” Ed. El Lugar Editorial. Bs. As. Argentina, 2004.-
- EROLES, Carlos (comp.): “Los Derechos Humanos: Compromiso Ético del Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 1997.-
- ESQUIVEL CORELLA, Freddy: “Gerencia Social: Un análisis crítico desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina. 2005.-
- ESTRADA OSPINA, Víctor M.: “Salud y Planificación Social: ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2006.-
- ETKIN, Jorge: “La Doble Moral en las Organizaciones: Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada.” Ed. McGrawHill/INTERAMERICANA DE ESPAÑA SAU, Madrid, España, 1993.-
- FALEIROS, Vicente de Paula: “Trabajo Social y las Instituciones.” Ed. Humanitas, Bs. As. Argentina. 1.996.-
- FERRATER MORA, José: “Diccionario de Filosofía”. Tomo II. Ed. sudamericana. Arg. 1965.-
- FOUCAULT, Michel: “El Nacimiento de la Clínica: Una arqueología de la mirada médica.” Ed. Siglo XXI. Editores Argentina. S.A. (1era ed. En 1963 en Francia), Traducción de: Francisca Perujo. Bs. As. Argentina, 2003
- -----.: “Microfísica del Poder” Edición y Traducción: Varela Julia y Alvarez-Uría Fernando. 3era edición. Ed. “La Piqueta”. Madrid, España. 1992.-
- GAGNON; Nicole: “Datos autobiográficos y praxis cultural. La Historia Oral: métodos y experiencias.” Edición a cargo de José M. Marinas y Cristina Santamaría. Ed Debates. Madrid, 1993.
- GALLINO, Luciano: “Diccionario de Sociología”. Ed. Siglo XXI. Argentina, 1983.
- GARCÍA, Carlos Javier: Ponencia en “Jornadas Provinciales de Trabajo Social.” EDSS 13 de Diciembre de 2000.

- GARCÍA SALORD, Susana: “Especificidad y Rol en Trabajo Social: currículum – saber- formación.” Ed. Humanitas. Argentina, 1991.-
- GONZÁLEZ Cristina y NUCCI, Nelly: Enseñar a intervenir con familias: algunas reflexiones desde el Trabajo Social.” En: Revista “Escenarios” Año 5, N° 9: “Formación Profesional y Realidad Social.” Ed. Espacio, Argentina, 2005.-
- GONZALEZ, Pilar: Ponencia: “Trabajo Social: ¿una aventura del sentido común? XIX Jornadas Nac. De Trabajo Social, “Trabajo Social en MERCOSUR”, Mar del Plata, Arg. 1997
- GRASSI, Estela: “Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: La otra década infame (I).” Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 2003.-
- HELER, Mario: “La Toma de Decisiones Responsable en la Práctica del Trabajo Social: La Reflexión Ética como Recurso.” En: Revista “Conciencia Social” Publicación de la Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba, Año 1, N° 1. Diciembre de 2001.-
- IAMAMOTO, Marilda V.: “Servicio Social y División del Trabajo.” Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Ed. Cortez. São Pablo, Brasil. Julio de 1997.
- LEY PROFESIONAL N°: 10751/86 para los Asistentes o Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As. 1986.
- LEY NACIONAL PROFESIONAL Nro. 23.377/86. Arg.
- LEY 10.471/88 “Reglamentación sobre la Carrera hospitalaria en la Provincia de Bs.As.”
- LIMA, Boris: “Epistemología del Trabajo Social”. Ed. Humanitas. Argentina. 1989.-
- MALACALZA, Susana L.: “desde el Imaginario Social del Siglo XXI: Repensar el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2003.-
- MALLIMACI, Fortunato: “Estado y Políticas Sociales en Argentina de fin de Milenio: Incertidumbre y esperanzas.” En: “La Especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional.” En: V.V.A.A.: “Encuentro Académico Nacional de F.A.U.A.T.S. Ed. Espacio, Bs. As. Argentina, 1996.-
- MALIANDI, Ricardo. “Ética, conceptos y problemas.” Ed. Biblos. Bs. As. Argentina, 1991.-
- MARTINELLI, María L.: “Reflexiones sobre el Trabajo Social y el Proyecto Ético-Político Profesional.” En: Revista: “Escenarios: ‘Prácticas Profesionales y Prácticas Sociales Contemporáneas.’” Año8. N°13. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2008.-

- MEALLA, Eloy Patricio: “Religión, Valores y Derechos Humanos.” En Eroles Carlos y Rodríguez Norberto (comp.) “Educación en Valores Religiosidad y Derechos Humanos.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina.2006.-
- MERHY, Emerson Elías: “Salud: cartografía del trabajo vivo.” Ed. Lugar editorial. Bs. As. Argentina, 2006.-
- MONTAÑO, Carlos: “La Naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su Génesis, su Especificidad y su Reproducción.” Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Ed. Cortez Editora. São Pablo, Brasil. 2000.
- MUÑOZ, Zunino: “El Trabajo Social en este Fin de Siglo: Aportes para la construcción de una matriz sustentada en los DDHH Y la extensión de Ciudadanía.” Ponencia en ‘V Congreso Nacional y II Internacional.’ Costa Rica, 1999.-
- NETTO, José Paulo: “Reflexiones en torno a la ‘cuestión social’” en:
- PAROLA, Ruth: “Aportes al saber específico del Trabajo Social.” Ed. Espacio, Argentina, 1997.-
- ONU: “Declaración Universal de los Derechos del Hombre.” 1948.-
- PARRA, Gustavo: “Antimodernidad y Trabajo Social”. Publicación de la Universidad Nacional de Luján. Arg. 2000.
- PÉREZ LALANNE, Roberto: “Investigación Social”. Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Argentina. 2000.-
- PINEDA; de ALVARADO; de CANALES: “Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud.” Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Serie Paltex. OMS. E.U.A. 1994.
- PONCE, Geraldine: “Hacia una redefinición de la relación entre las instituciones y los sectores populares.” En V.V.A.A.: “Trabajo social de Hoy: experiencias de campo e intervenciones profesionales.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2002.-
- QUEZADA VANEGAS, Margarita: “La Promoción Humana: Un desafío para las Políticas Sociales” en: Revista de Trabajo Social: “La Política Social: ¿Mantener, Innovar, Crear? Ed. Escuela de Trabajo Social .Pontificia Universidad Católica de Chile, Nro: 68/1996.-
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: “Diccionario de la Lengua Española: Vigésima segunda edición” Ed. Espasa. Tomo I.- España 2001.
- RESOLUCIÓN 579/86 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación Argentina. Asociación Metropolitana de Asistentes Sociales

- y Federación Arg. de Asociaciones Profesionales de S. social. Arg. 1986 y modf. De 1995.
- RIVELLO, Beatriz: “trabajo Social con Familias, en el Ámbito de la Justicia.” Cuaderno Nro. 9. EDSS, Universidad de Morón, Bs. As. Argentina. 1994.-
 - -----; “Teoría y Práctica de Instrumentos Básicos de Trabajo Social: El Registro en T.S, el informe social, el taller en T. S.” cuadernos Nro. 1 y 2 EDSS, Universidad de Morón, Arg- Agosto de 1997.-
 - -----: “Acerca de la Relación entre Trabajo Social e Investigación.” Trabajo presentado en II Jornadas de Trabajo Social e Investigación en EDSS, Universidad de Morón, Arg. 1999.-
 - -----: “Taller de Investigación en Trabajo Social: Apuntes preliminares”. Serie Documentos de Trabajo Nro. 1. EDSS. Universidad de Morón. Arg. 2005
 - -----: “Matriz Histórica”. En: “Taller de investigación en Trabajo Social. (apuntes preliminares).” Serie Documentos de Trabajo Nro. 1. EDSS. Universidad de Morón. Arg. 2005.
 - ROSANVALLON, Pierre: “La Nueva Cuestión Social”. Ed. Manantial. Arg. 1995.-
 - ROVERE, Mario: “Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.” Ed. OPS. 1993.
 - ROZAS PAGAZA, Margarita: “El Trabajo Social y la Crisis Actual en América Latina.” Ed. Humanitas, Arg. 1986.-
 - -----: “La Intervención en Trabajo Social: Propuesta metodológica.” Ed. Docencia, Arg. 1.994.-
 - -----: “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social.” Ed. Espacio, Argentina, 1998.-
 - -----: “La Intervención Profesional en Relación con la Cuestión Social: El caso del Trabajo Social”. Ed. Espacio. Arg. 2001.-
 - SABINO, Carlos: “Cómo hacer una Tesis.” Ed. Humanitas. Bs. As. Argentina, 1998.-
 - TAYLOR y BOGDAN: “Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.” Ed. Paidós. Argentina. 1992.-
 - VASILACHIS, Irene: “Métodos Cualitativos I.: Los problemas teórico-metodológicos”. CEAL. Argentina. 1992.-
 - VÉLEZ RESTREPO, Olga L.: “Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas.” Ed. Espacio. Argentina, 2003.-

- V.V.A.A.: “La Especificidad del Trabajo Social y la Formación Profesional.” FAUATS. Ed. Espacio. Arg. 1996.-
- V.V.A.A.: “La cuestión social y la formación profesional en T.S en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana.” XVIII Seminario Latinoamericano de Esc. De Trabajo Social, julio de 2004, San José de Costa Rica. Ed. Espacio, Argentina 2004.-
- V.V.A.A.: “Nuevos Escenarios y práctica profesional: Una mirada crítica desde el Trabajo Social.” Ed. Espacio. Arg. 2002.-
- V.V.A.A.: “La Nueva Pobreza en el Ámbito Hospitalario: De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social.” Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2007.-
- V.V.A.A.: “Políticas de empleo en Argentina: el discurso jurídico-político de la gestión estatal.” En: Aquín, Nora (organizadora): “Trabajo Social, Estado y Sociedad: cuestión social, políticas públicas y trabajo social.” Tomo 2. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina, 2008.-
- WAINERMAN, Catalina Y SAUTU, Ruth (comp.): “La Trastienda de la Investigación.” Ed. Belgrano. Arg. 1997.

ANEXOS

ANEXO I:

Protocolo Utilizado en Entrevistas Exploratorias

- 1.- ¿Cuál cree usted que es el rol del Trabajador Social en Salud?
- 2.- ¿Cuál Cree usted que debería ser la Intervención Social en las Regiones Sanitarias?
- 3.- ¿Cuál considera usted que es el espacio que tiene el Trabajo Social en Salud?
- 4.- ¿Qué propone en relación a ello?
- 5.- ¿Qué bibliografía me sugiere en relación a esta temática?
- 6.- ¿A quién me sugiere entrevistar que considere me pueda proporcionar información referida al tema?

ANEXO II

Protocolo- Guía Utilizado en Entrevistas Focalizadas

La guía que se detalla a continuación se ha constituido en un ordenador orientativo de la investigación desarrollada en campo. A lo largo de su implementación, la misma ha ido adquiriendo rumbos disímiles generando nuevos y diversos interrogantes en cada uno de los encuentros; dando lugar a otras variables.

1. **Datos personales** (Nombre ficción), edad, Lugar de estudio, título obtenido, capacitación, iniciación de la práctica profesional en el campo de la salud.
2. Incentivar a describir las prácticas que cotidianamente realiza.
3. qué observa y puede contar de la institución a nivel general Y cómo considera que estas características se relacionan con sus prácticas.
4. Qué correspondencias podría enunciar respecto a las incumbencias profesionales a partir de las actividades que desarrolla.
5. ¿Qué opina respecto a la relación entre Trabajo Social los Principios Éticos?
6. ¿Cuáles facilitadores y obstáculos existen en relación a la especificidad de Trabajo Social?
7. Conocer si existen espacios sistemáticos destinados al intercambio, programación y evaluación de la tarea.
8. ¿Cuál considera que es el espacio del Trabajo Social en el campo de la Salud?
9. Opinión respecto de las Políticas Sociales de Salud.

ANEXO III

Encuesta Social Única

ANEXO IV

Planilla '2': Documento diseñado por el Ministerio de Salud para registrar la 'producción' de los distintos servicios.