

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Gente en obra:
reflexiones en torno a la inserción del trabajo social en el
primer nivel de atención de salud.

Gabriela Paz Tejeira

Tutor: Celmira Bentura

2008

AGRADECIMIENTOS

A Martín, por confiar en mí, por estar (casi) siempre y darme las fuerzas que a veces me faltaban para avanzar y lograr terminar este trabajo; sin duda fue el que más “sufrió” este último tiempo.

A mi familia, por ser parte importante en mi educación.

A la Checha, Viky y Lore, compañeras y amigas con las que compartimos este proceso de formación académica y muchas otras cosas más.

A Celmira, por su constante apoyo y por haber sido una referencia importante en el proceso de formación, orientando la construcción personal de la profesión.

A todos y todas mis amigas, por haber sabido comprender este tiempo de ausencias, por preguntar, apoyar y estar siempre que los necesité.

A todos los que leyeron y comentaron este documento, con sus devoluciones y críticas aportaron a la construcción de este trabajo.

A todos los que de alguna manera colaboraron con la elaboración de esta tesis, brindando su tiempo para entrevistas, aportando materiales, datos, etc.

INDICE

PRESENTACIÓN	4
I. OBJETO DE CONOCIMIENTO	5
II. ESTRATEGIA TEÓRICO – METODOLÓGICA	9
III. MEDIACIÓN TEÓRICA	13
1- Estado-Familia-Intervención profesional: una tríada en movimiento	14
a- Época del disciplinamiento	14
b- Institucionalización de la intervención estatal	16
c- Neoliberalismo	20
2- El complejo campo de la salud	24
a- Conceptualización de campo	24
b- Salud: conceptualización y modelos de atención	26
c- A cerca del concepto de medicalización	30
IV. INSERCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD	33
1- Tiempos de cambio	33
2- Intervención familiar	36
3- Demandas hacia el Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud	42
4- Trabajo Comunitario vs atención individual	47
5- Trabajo Interdisciplinario	48
6- Limitaciones para el desempeño profesional	49
V. IDENTIDAD PROFESIONAL EN EL CAMPO	53
VI. CONSIDERACIONES FINALES	57
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	61

PRESENTACIÓN

El presente documento constituye el resultado de la elaboración de la monografía de grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de la República, bajo la tutoría de la AS Celmira Bentura.

La elaboración del mismo es fruto de un proceso que tiene sus raíces en las experiencias de las prácticas de MIP II y MIP III en el Centro de Salud de Piedras Blancas. Estas prácticas pre profesionales en el campo de la salud dieron paso a numerosas reflexiones y cuestionamientos sobre la intervención profesional en general y en particular en este espacio de inserción profesional. Así mismo marcaron un recorrido de intereses, lecturas y búsquedas académicas que en esta última etapa de formación nos proponemos profundizar. Intentaremos por lo tanto ahondar en el conocimiento y responder las preguntas que nos surgen sobre la inserción e intervención profesional ubicados en el primer nivel de atención a la salud.

Por último interesa destacar que la coyuntura política actual sitúa a la salud en un momento de profundos cambios. Esto constituye una oportunidad para el trabajo social, en tanto período de redefiniciones, debe reflexionar sobre su rol en el área y asumir un papel activo de aporte a la construcción de su identidad, roles y funciones en este campo. Este trabajo intenta ser un aporte a estas reflexiones.

En el primer capítulo nos abocaremos a la construcción del objeto de estudio, para luego en el segundo, presentar la estrategia teórico - metodológica que nos propusimos para intentar profundizar en el conocimiento del mismo. Luego, realizamos una problematización teórica que nos permite a través del análisis de distintas categorías analíticas comprender y aprehender nuestro objeto de estudio. En el cuarto capítulo presentamos el material empírico recogido y las reflexiones que surgen en torno a la inserción del Trabajo Social en el primer nivel de atención de salud. Intentamos en el quinto apartado profundizar en torno a la identidad de los profesionales en este espacio de inserción profesional. Finalizando el documento plantearemos cuales son a nuestro entender las principales oportunidades y desafíos en este campo laboral

I. OBJETO DE CONOCIMIENTO

Como hemos mencionado el recorrido académico de formación de grado despertó un interés particular por el campo de la salud como espacio de inserción profesional y es en torno a esta temática que trabajaremos en este documento. Antes de adentrarnos en el tema escogido interesa particularmente hacer algunas consideraciones acerca del Trabajo Social y las políticas sociales y presentar las interrogantes que nos surgen. Sin lugar a dudas este trabajo se preocupará por reflexionar en torno a algunas preguntas y dejará pendiente otras para futuras investigaciones. Creemos que esto ayudará a tener una mirada más amplia que nos permitirá dialogar mejor con la totalidad.

Entendemos la profesión como:

“...modalidad de intervención socio-pedagógica que se gesta y desarrolla en el campo de las políticas sociales cuyo objetivo es la acción en la resolución de los problemas sociales de actores individuales y colectivos.” (Dornell, 2003:20)

Importa destacar de la definición citada, que la intervención del Trabajo Social se da en el marco de las políticas sociales, por lo tanto éstas, como arena en la que nos movemos deben constituir un tema importante y constante de reflexión. Una actitud crítica hacia las mismas y al lugar que ocupa nuestra profesión en ellas permitirá develar como nuestra intervención está determinada, entre otras cosas, por el modelo de políticas sociales imperante: ¿Qué prestaciones brinda?, ¿a qué población?, ¿cuáles son las exigencias para el acceso?, ¿qué relación establece con el beneficiario-usuario-cliente¹? Al mismo tiempo, estas preguntas, tendrán diferentes maneras de contestarse dependiendo del sector que analizaremos: vivienda, educación, salud, género, infancia, etc. Si bien hay generalidades que las atraviesan a todas, existen particularidades en cada sector que influyen también en el rol que ejerza el Trabajo Social.

¹ Menciono estas tres formas de denominar al sujeto, y no una de ellas, porque la elección ya implica una opción teórica y una manera de entender las políticas sociales.

¿Cómo se inserta la profesión en el campo de las políticas sociales? En este campo nuestra disciplina convive con otras, anteriormente solo trabajando en la fase terminal, de ejecución, quedando por fuera de las instancias de decisión. Este hecho nos lleva a preguntarnos qué sucede con la autonomía de la profesión en este contexto. ¿Cómo y quién define el rol, objetivos, formas de trabajo para el profesional?, ¿cuáles son las demandas de las instituciones y de otras profesiones en este campo?, ¿qué grado de negociación existe para tener parte en la definición del quehacer profesional?

En este sentido Grassi (1994) plantea que:

“la investigación necesariamente debe estar implicada en el campo del trabajo social, como constitutiva de su práctica... Y esto tiene como requisito previo la posibilidad de construcción autónoma del objeto” (Grassi, 1994:51)

La autora entiende que la problematización del objeto de intervención es fundamental para construir una práctica orientada por las categorías con las que se defina activamente el problema y no por supuestos implícitos en una definición ya dada, tanto por el sentido común como por el conocimiento teórico de otras ciencias. Esto es de vital importancia para construir una práctica autónoma, que se apropie y aprehenda su quehacer.

En la actualidad podemos ver como, en diferentes campos, cada vez más, se insertan trabajadores sociales también en las esferas de formulación, gestión y evaluación de las políticas sociales. Esto constituye un desafío para el colectivo profesional y exige que la investigación, muchas veces relegada a la intervención, ocupe un lugar diferente en el ejercicio de la profesión. La importancia de la investigación sobre la práctica profesional radica en la necesidad de tener una postura crítica frente a nuestro ejercicio profesional y a brindar un aporte que enriquezca nuestra intervención. No podemos actuar en el campo de las políticas sociales con una mirada ingenua que niegue las determinaciones que ellas imprimen a nuestra profesión.

En la coyuntura actual, cada vez son más las áreas de trabajo en las que se inserta el Trabajo Social. Pero, el espacio de inserción profesional de la Salud tiene la

particularidad de ser aquel en el que encontramos los orígenes de nuestra profesión. Este hecho es sumamente rico ya que nos permite reconocer la génesis y la historia en el presente, e investigar las continuidades y rupturas con el pasado.

Además consideramos que es un campo rico e interesante en cuanto presenta la complejidad de ser un espacio donde se encuentran y trabajan distintas disciplinas, en el cual el Trabajo Social fue (¿o es?) subordinado al médico, en tanto se entiende que éste tiene el monopolio del poder en tanto ostenta el saber especializado del objeto institucional: la salud/enfermedad². Este trabajo buscará profundizar el conocimiento sobre la inserción profesional en esta área.

El primer nivel de atención a la salud es la puerta de entrada al sistema de salud para todos los usuarios del sector público y está *“dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida... acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios”*.³ El primer nivel de atención es la base del Sistema, ya que si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, en él se pueden resolver no menos del 80 % de los problemas de la salud de la población. La atención en el mismo debe estar orientada hacia los principales y más frecuentes problemas de salud de la población. Sus funciones son: la vigilancia epidemiológica, la educación y la investigación. Se implementa a nivel organizacional a través de centros de salud y policlínicas.

Para adentrarnos en investigar la inserción profesional es este campo debemos preguntarnos: ¿con qué sujetos trabaja el profesional?, ¿cómo interviene en la búsqueda de satisfacción de necesidades básicas de salud?, ¿cómo aporta al mejoramiento de la calidad de vida?, ¿cómo trabaja (¿interdisciplinariamente?) con el resto de los profesionales?, ¿qué se espera de su intervención y cómo se valora?, ¿qué limitaciones y desafíos presenta este campo para la profesión?

² Esta afirmación está fuertemente marcada por el proceso de medicalización de la sociedad y responde a una determinada concepción de salud, biologista e individual que deja de lado la dimensión social de la salud.

³ Artículo 36 de la Ley 18.211 referente a la creación, funcionamiento y financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Con respecto a los sujetos de acción profesional cabe destacar que las familias han constituido un espacio de relaciones en el que la profesión interviene con el objetivo de resolución de problemas sociales. ¿Cómo se constituye dicha intervención?, ¿qué objetivos persigue?, ¿sobre que bases teóricas se sustenta?, ¿a qué conceptualización de familia responde la intervención? Estas son algunas de las preguntas que surgen a la hora de hablar de intervención familiar y constituyen (o deberían constituir) la base de una reflexión crítica cotidiana para el quehacer profesional de manera de hacernos concientes de las determinaciones que le imprimen a nuestra intervención. La coyuntura actual de políticas sociales, a la que De Marino denomina “neofamiliarismo” coloca a las familias en un lugar central, por lo tanto nuestra intervención con ellas se vuelve particularmente estratégica.

Situados en el campo de las políticas sociales y en particular en el campo de la salud, nos preguntamos:

¿Cómo se inserta el Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud?

Nos proponemos con este trabajo:

- Aportar a la reflexión de la inserción profesional en el primer nivel de atención a la salud.
- Indagar cuáles son las demandas institucionales a partir de las cuales la profesión construye su rol en los servicios de salud del primer nivel de atención.
- Aportar a la reflexión entorno a la intervención profesional con familias en el campo de la salud.
- Investigar cuáles son las limitaciones y desafíos del campo de la salud para el ejercicio profesional.

II. ESTRATEGIA TEÓRICO - METODOLÓGICA

El enfoque teórico metodológico en el que se basa este documento, contiene inevitablemente determinada concepción de la realidad. Partimos de la idea de que la realidad existe, y que es factible de conocer, tanto en sus aspectos más fenoménicos como en su esencia misma. Resulta por lo tanto fundamental recordar que:

“De la representación viva caótica e inmediata del todo, el pensamiento llega al concepto, a la determinación conceptual abstracta, mediante cuya formación se opera el retorno al punto de partida, pero ya no al todo vivo e incomprensible de la percepción inmediata, sino al concepto del todo ricamente articulado y comprendido. El camino de la representación caótica del todo a la rica totalidad de las múltiples determinaciones y relaciones coincide con la comprensión de la realidad” (Kosik, 1965: 48)

Esta concepción nos lleva a poner énfasis en dos elementos fundamentales, por un lado la mediación teórica de nuestro objeto y por el otro la exploración empírica. Si bien pueden darse en momentos cronológicos separados forman parte de una unidad epistemológica que nos permite acceder al conocimiento del objeto planteado.

Un primer paso de esta investigación lo constituyó una revisión bibliográfica que nos permitió conocer acerca del tema escogido, profundizar, elaborar preguntas de investigación y construir el objeto de conocimiento. Una lectura más rigurosa nos habilitó a problematizar y profundizar el conocimiento de la realidad estudiada a partir de un análisis que implicó una mediación teórica por medio de distintas categorías analíticas. Retornando luego al punto de partida, a *la representación viva caótica e inmediata del todo* para, con una nueva mirada, y con las preguntas construidas poder interpelar a la realidad y recopilar el material empírico que permitió ahondar en el conocimiento de dicho objeto. Una última tarea, la que aquí nos proponemos, implica analizar la realidad empírica encontrada a la luz del proceso realizado y organizar los resultados para exponerlos y comunicarlos a los interlocutores.

Considerando el objeto y las preguntas planteadas en este trabajo, resulta pertinente optar por el diseño de un tipo de investigación exploratorio cualitativo que nos permita tomar contacto con el objeto de estudio, familiarizarnos con el fenómeno a investigar para así comprenderlo de manera integral, cuidando sus diferentes aspectos dentro de una realidad dinámica.

Las técnicas que utilizamos para recoger material empírico que nos permitió en base a las categorías teóricas conocer y analizar el objeto planteado fueron:

- Revisión bibliográfica y documental
- Entrevistas en profundidad

El objetivo que las mismas persiguen es conocer la percepción, representación y discurso de los diferentes actores poseen acerca del tema. Las pautas que guiarán dichas entrevistas variarán según el actor a quien se apliquen pero intentarán relevar el mismo tipo de información acerca de las dimensiones del objeto a ser estudiadas.

Los diferentes actores que planteamos incluir en esta investigación para la realización de las entrevistas en profundidad son:

- *Trabajadores Sociales* que trabajen en el primer nivel de atención.⁴
- *Directores* de Centros de Salud en los que existan Trabajadores Sociales.⁵

De los Centros de Salud de ASSE se seleccionaron 4 en los que se planificó realizar las entrevistas:

- *Piedras Blancas y Cruz de Carrasco*
 - Ambos están ubicados en la periferia de Montevideo. Abarcan zonas de influencia similares en cuanto a la situación socio-económica de sus usuarios
 - Uno de ellos funciona como centro de práctica pre-profesional de Trabajo Social y el otro no. Se presume que esto puede influir en la reflexión que de la propia práctica tengan los profesionales.
- *CRAPS y Maciel*

⁴ Ven en Anexo N° 1 la pauta de entrevista correspondiente.

⁵ Ven en Anexo N° 2 la pauta de entrevista correspondiente.

- Ambos centros están ubicados en lugares más céntricos de la ciudad. Esto no implica en principio que los usuarios no estén en situación de pobreza pero quizás la misma tenga características distintas que en otras zonas de la ciudad.
- En estos centros no existe práctica pre-profesional de Trabajo Social.

Consideramos que tomando estos centros como unidades de estudio llegaremos a realizar cuatro entrevistas con Directores del Servicio de Salud y ocho con profesionales del trabajo social, considerando que existen dos por centro. Interesa señalar que se excluirán de la investigación a los profesionales que formen parte de los equipos de salud mental considerando que ello imprime a la inserción profesional características particulares que lo diferencian del trabajo en policlínica.

En el caso de que no puedan completarse la cantidad de entrevistas planificadas en los Centros de Salud mencionados anteriormente se tomarán en cuenta:

- *Sayago y Giordano*
 - Consideramos que ambos tienen las mismas características de inserción territorial y por lo tanto atienden a poblaciones con características similares.

Por otro lado el Centro de Salud de Sayago es un centro de práctica de estudiantes de trabajo social, por lo tanto en el caso de ser necesario se priorizará este centro ya que de los cuatro primeros seleccionados solo uno de ellos posee esta característica.

Sobre el trabajo de campo

Presentaremos aquí brevemente algunas reflexiones que surgen a partir de la realización de la exploración empírica planificada.

Interesa plantear que realizamos en total 9 entrevistas, tres a directores (o sub directores) de Centros de Salud y seis a trabajadores sociales. Si bien nos habíamos propuesto hacer mayor cantidad, al realizar las entrevistas, nos encontramos con una saturación de información que nos inclinó a optar por no realizar más de ellas.

También nos interesa señalar algunas de las limitaciones que encontramos a la hora de realizar esta tarea de investigación, considerando que ellas nos aportan información sobre las características institucionales de los Centros de Salud y también sobre el trabajo de los profesionales del Trabajo Social allí insertos.

A la hora de coordinar entrevistas hallamos dificultades para poder acceder a los sujetos con los que nos proponíamos encontrar. La comunicación telefónica para establecer los contactos resultó complicada en muchos centros, lo que exigió concurrir personalmente en varias ocasiones para hacer las coordinaciones necesarias. Por otro lado, también nos encontramos con limitaciones de algunos trabajadores sociales, que nos plantearon no tener disponibilidad horaria para realizar la entrevista, dada la alta carga de trabajo que tienen. Cabría preguntarse si esto no responde a resistencias o inseguridades que algunos profesionales tengan para enfrentarse a otro y poder objetivar su práctica.

En referencia al encuadre de las entrevistas podemos señalar particularmente que en la mayoría de las entrevistas se sucedieron interrupciones provocadas por demandas de usuarios y otros funcionarios, médicos y no médicos.

Lo señalado anteriormente nos ayuda a caracterizar la dinámica institucional de los Centros de Salud. Pudimos observar cierto “caos” y varios entrevistados señalaron algunas deficiencias de varios tipos, desde limitaciones edilicias hasta cantidad de recursos humanos para brindar una mejor atención de salud a los usuarios. Estos elementos influyen en la inserción y forma de trabajo de los profesionales por lo que retomaremos y profundizaremos más adelante sobre este punto.

III. MEDIACIÓN TEÓRICA

Estela Grassi (1994) plantea que en Trabajo Social, por la naturaleza de la disciplina, el objeto, es de intervención. El mismo se refiere a aquellas situaciones que una sociedad define como problema social. Pero plantea también, que se debe apuntar a la construcción autónoma y crítica del mismo como ejercicio implícito de la práctica profesional. Esto implica rediscutir y desnaturalizar al objeto, comprendiendo su historicidad y sus múltiples determinaciones. Para ello resulta de vital importancia la tarea de investigación. Es así como objeto de intervención debe ser en primera instancia objeto de conocimiento. En esta línea Mónica de Martino (1999) agrega:

“Apropiarse de la génesis estructural del objeto, de su historia y de su estructura más profunda e íntima, de sus conexiones internas... transformando al objeto de lo abstracto a lo concreto, reproduciendo conceptualmente con un movimiento sinuoso el movimiento de lo real. Desde el punto de vista metodológico no significa un conocimiento lineal sino el descubrimiento de una conexión dialéctica entre un elemento y la totalidad” (de Martino, 1999: 60)

Es por ello que, para poder profundizar en el conocimiento del objeto de estudio planteado, creemos de vital importancia adentrarnos en el análisis de diferentes categorías analíticas.

* El Trabajo Social ha estado vinculado al área de la salud desde sus orígenes y ha ido a lo largo del tiempo teniendo una inserción distinta dependiendo, entre otras cosas, del tipo de política pública sanitaria que el Estado llevara adelante. Por otra parte, la familia ha sido uno de los sujetos de trabajo de la profesión por excelencia y también aquí, podríamos decir, que la intervención ha ido variando a lo largo del tiempo, influida también por el modelo de políticas sociales imperante y el lugar que las mismas ocuparan en ellas.

Comenzaremos este capítulo desarrollando un breve recorrido histórico que nos permita visualizar y problematizar la relación entre políticas sociales y familia e intervención profesional.

1. Estado – Familia – Intervención profesional: una tríada en movimiento.

Para poder llegar al conocimiento de los procesos sociales se torna importante profundizar tanto en su génesis como en su devenir histórico. Es por ello que nos proponemos presentar los procesos de cambio de los fenómenos en los que este apartado se propone profundizar tratando de señalar en la compleja relación existente entre ellos.

a - Época del disciplinamiento

A fines del siglo XIX nuestro país comenzaba a transitar las sendas de la modernización. En toda América Latina se conoce por modernización al período ubicado entre 1870 y 1900 aproximadamente, que afectó a todos los países de la región aunque con diversa intensidad. En un sentido general puede afirmarse que el mismo respondió a la necesidad de una inserción de los países latinoamericanos al capitalismo central. La segunda revolución industrial exigió de los países “periféricos” una variedad mayor de materias primas y el convertirse en mercados propicios para la inversión de grandes capitales extranjeros. Pero ello no era posible sino se adecuaban ciertas estructuras políticas, sociales y económicas de América Latina.

El surgimiento de un Estado fuerte constituyó un pilar para estas transformaciones. Tanto el poder coercitivo centralizado por el Estado como el control social y la creación de una identidad nacional desde la educación, constituyeron las prioridades del Estado moderno naciente. El disciplinamiento de la sociedad no se dio solamente a través del ejercicio de la fuerza y la escuela, sino que también por la imposición de reglas y reglamentos en varios aspectos de la vida de los habitantes del Estado.

Según Barran (1995), la medicina, fue un instrumento fundamental para llevar adelante el proyecto moralizador y disciplinador para la conformación del Uruguay moderno por parte de las clases dominantes burguesas. El higienismo como proyecto político, fue según palabras de Barran:

“... una de las más exitosas empresas de control social jamás imaginadas por cuanto se sirvió de una obsesión que ya era colectiva (la salud y la vida larga), para propagar e imponer cambios funcionales a la modernización de la sociedad” (Barran, 1995: 14-15)

El rol médico fue concebido como educador de los sectores populares, encargado de indicar como debían ser los comportamientos en diversas áreas de la vida de los sujetos (higiene, sexualidad, alimentación, prácticas culturales, vivienda, etc.) para obtener un estado de salud vigoroso. La medicina de comienzos del novecientos no solo toma en cuenta al “enfermo” sino que convierte al “sano” en objeto de atención médica, considerando que para evitar la enfermedad era necesario vigilar y controlar al individuo para que preservara su condición. Este proceso, implicaba que la medicina comenzara a incidir en diversos ámbitos de la vida cotidiana, de las relaciones, costumbres e intimidad de los individuos, que hasta ese momento le eran ajenos al saber médico. Barran (1995) plantea que el poder que ejercía el sacerdote en el gobierno de las conciencias individuales, es sustituido por el poder hegemónico de los médicos, el cual comenzó a afianzarse en nuestra sociedad como estructurador de los comportamientos de los individuos. Dentro de este marco histórico el Estado Uruguayo comienza a ampliar sus funciones de manera de garantizar condiciones sociales y políticas para preservar la salud.

Mitvajila (1998) señala que el proceso de medicalización implica una creciente intervención de la medicina sobre las “conductas socialmente desviadas” que con anterioridad eran objeto de abordaje de otras esferas como el derecho y la religión. Además, se amplía según la autora el espectro de problemas sociales que son analizados en términos de salud-enfermedad. Estos elementos nos ayudan a pensar en las funciones disciplinadoras y normalizadoras que el Trabajo Social será llamado a desempeñar en su origen⁶. Tener en cuenta la matriz en la que se basa la intervención

6 Interesa rescatar los aportes que Carlos Montaña (1998) realiza en torno al origen, legitimación y funciones de la profesión en la sociedad y el Estado. En referencia a la génesis del Trabajo Social, el autor señala que existen dos tesis. La primera de carácter endogenista, centra la mirada en las continuidades de la acción social sosteniendo que “...el origen del Servicio Social en la evolución, organización y profesionalización de las anteriores formas de ayuda, de la caridad y de la filantropía, vinculada ahora a la intervención en la cuestión social.” (Montaña, 1998:10) La segunda tesis afirma el autor: “...entiende el surgimiento de la profesión del asistente social como subproducto de la síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en

profesional en sus orígenes resulta de vital importancia para analizar la inserción del Trabajo Social en el campo de la salud actualmente.

Por último resulta relevante poder analizar el rol de la familia en este contexto histórico. Señala De Martino (2001) que la familia será la unidad estratégica para las acciones de Estado sobre las mentalidades y sensibilidades. Esta autora plantea que el Estado llevó adelante “*prácticas políticas coherentes y coordinadas que apuntaron al fortalecimiento de la familia*”. En cuanto a los sectores populares existía una preocupación por el trabajador en tanto actor económico pero también por sus formas de vida y sociabilidad. La vida privada de los trabajadores pasó a ser un elemento de la cuestión social. También la familia burguesa fue llamada a la transformación. Se intentaba imponer por distintas vías un nuevo modelo familiar: el nuclear. El Estado uruguayo moderno comenzaba a consolidarse y la familia moderna también.

Los procesos hasta aquí descritos, acompañaron la implantación del sistema capitalista en los países periféricos. Luego de consolidado este modelo comienzan a producirse algunas “fallas” que darán origen a una transición, sobre todo en lo referente a la intervención estatal. A continuación nos abocaremos al desarrollo de un proceso que dará lugar a los llamados Estados de Bienestar.

b- Institucionalización de la intervención estatal

El sistema capitalista sufre en el año 1929 una crisis que produce un replanteo del modelo imperante, entre otras cosas, entorno al rol del Estado y consecuentemente del Mercado. Estos cambios marcaron el abandono de la ideología del *laissez fair* del liberalismo clásico dando paso a una intervención del Estado en la economía y sociedad. En el plano económico se adopta el denominado modelo keynesiano que propone la necesidad de la intervención estatal en la economía para asegurar un alto nivel de actividad económica mediante la inversión pública, incentivo al consumo, pleno empleo y en algunos casos el proteccionismo del mercado interno. En lo social

su edad monopolista, el estado toma para sí las respuestas a la cuestión social”(Montaño, 1998 :20) Esta segunda tesis, denominada por el autor, “perspectiva histórico-crítica” entiende el Trabajo Social como una disciplina profesional que desempeña un rol político con una función que no se explica por sí misma sino por la posición que ocupa en la división socio-técnica del trabajo en esta etapa de implantación del sistema capitalista.

se instaure y organice el sistema de seguridad social como derecho del ciudadano y teniendo al Estado como responsable y garante de brindar aquellos bienes y servicios que efectivicen el ejercicio de los derechos sociales. Señala Potyara Pereira (2002) al respecto:

“cualquier ciudadano por el hecho de serlo, frente a la necesidad de ser protegido por este sistema, tiene el derecho a los beneficios. Le compete al Estado organizar la pauta de beneficios y proveer la forma de financiarla”
(Pereira, 2002: 153)

Este tipo de Estado regulador e intervencionista, asegura De Martino (2001), buscará la redistribución de los ingresos y de los frutos del aumento de la productividad del trabajo. Esto se lleva adelante, según la autora, por un pacto de clases que posibilita dicha redistribución mejorando las condiciones de la clase obrera, de manera directa por la suba del salario real, e indirecta por la prestación de servicios por parte del Estado. Dicha situación alejó a los trabajadores de la pauperización y abrió las puertas del consumo para ellos. Recordemos que en nuestro país se implementó el llamado modelo de industrialización por sustitución de importaciones que implica una economía cerrada con una fuerte atención en el desarrollo del mercado interno. Para esto resultaba de vital importancia incentivar y desarrollar el consumo interno, incluyendo a las grandes masas de trabajadores antes excluidas del mismo. Este hecho provocó, así mismo, una homogeneización de los ambientes socio-culturales y de los modos de vida marcado de alguna manera por las ofertas homogéneas que el mercado ofrecía.

En este marco, las Políticas Sociales, señala De Martino (2001), son encaradas como una dimensión de la inversión y no del gasto, agregando que más que una postura ética, este tipo de intervención estatal fue producido históricamente en un contexto en que el consumo colectivo como señalábamos era fundamental para viabilizar el proceso de acumulación del sistema económico que se intentaba llevar adelante.

Si bien existen características comunes que permiten calificar de benefactores a distintos estados de esta época, interesa resaltar que presentan algunas diferencias en

el modo de implementarse en los distintos países. Filgueira (1998) plantea una tipología para el caso de América Latina. Este autor teniendo en cuenta los distintos niveles de cobertura, la fecha de iniciación de las prestaciones, los tipos de servicio que presta y el gasto social distingue tres tipos de Estado que se desarrollan en el continente: universal estratificado, corporativo conservador y excluyente. Resulta importante tener claros cuales fueron las características del Estado de Bienestar que tuvo Uruguay, esto nos permitirá comprender la naturaleza y el alcance de las políticas sociales implementadas en este período en nuestro país y las modificaciones que se producirán en el diseño de las mismas al producirse un cambio de paradigma en la concepción del rol del Estado y su intervención en el área social. Filgueira (1998) ubica a Uruguay dentro de la categoría del universalismo estratificado. Las características de los países de este grupo son que el desarrollo de la seguridad social es temprano⁷ y que la cobertura es amplia, si bien al principio deja fuera a trabajadores informales y desocupados, luego los incorpora por medio de políticas de tipo asistencial. Otra característica es que, si bien existen servicios universales como la educación y la salud, tiene rasgos corporativos por lo que el resto de los beneficios sociales dependerá de la inserción laboral del trabajador y en que rama productiva se desempeñe. Podemos apreciar que de alguna medida las prestaciones sociales llegan a la familia a través del trabajador. Podemos decir que éste es un tipo de política que reproduce formas y dinámicas familiares típicas del modelo dominante. Recordemos por ejemplo la diferenciación de roles que Parsons (1970) plantea en la familia otorgándole al hombre el rol de “proveedor” de recursos.

De Martino (2001) señala que:

“la sinergia entre desarrollo económico y social fue acompañada por normas familiares... Al Estado Bienestar le correspondió ciertas formas y dinámicas familiares...” (De Martino, 2001:29)

⁷ El período histórico en que se suele situar el origen del Estado de Bienestar es en torno al año 1930, teniendo en cuenta que el mismo surge como respuesta a la crisis de 1929. En nuestro país podemos identificar las primeras décadas del siglo XX como un período en que además de consolidarse los derechos civiles y políticos se desarrollaron así mismo los sociales, recordemos la amplia legislación en torno a los derechos de los trabajadores de los gobiernos de José Batlle y Ordóñez. Es en esa época donde se comienza a gestar ese modelo que llegará a su auge en el período de posguerra con el llamado “neobatllismo”.

Nos introduciremos entonces en el análisis de la relación entre la familia y el Estado en este contexto. Parsons (1970) plantea que el Estado desplazó a la familia como agente clave de la reproducción social, tomando para sí alguna de sus funciones.

Lasch (1991) vio de forma negativa la intervención estatal, manifestando que constituyó una invasión de la vida privada y una tecnificación de las funciones familiares. Buscó mostrar que la familia así como hoy la entendemos es producto de fuerzas sociales concretas y que mucho tenía que ver con la intervención de los técnicos. Lasch (1991) asegura que los mismos invadieron el santuario de la familia y lo sometieron a un control máximo. A este mismo fenómeno Donzelot⁸ (1986) denomina el “policiamiento” de las familias.

Lasch (1991) denomina “socialización de la reproducción” a la expropiación que el Estado de Bienestar realiza de algunas funciones familiares. Las más visibles tienen que ver con el cuidado y la educación de los niños. En este mismo proceso el autor señala que los técnicos se apropiaron del conocimiento cotidiano de los padres. Se considera que los mismos son ahora incapaces de realizar dicha tarea sin “ayuda” técnica, es entonces que devuelven el conocimiento pero de manera engañosa dejando a los padres según el autor, más indefensos que nunca y en una relación de dependencia con la opinión técnica.

Mioto (2001) señala que la relación entre Estado y Familia en este período puede entenderse de dos formas. Por un lado, como plantean los autores mencionados anteriormente como una invasión por parte del Estado y por otra como una intervención protectora y garante de los derechos individuales⁹ al interior de la misma.

En nuestro país la institucionalización de la intervención estatal se sitúa principalmente en el período denominado neo batllismo. Ortega (2003) señala que:

8 Donzelot (1986) señala que las estrategias de familiarización implicaron una intervención normativa. Teniendo como telón de fondo al deseo, la cuestión se tradujo en términos operativos en: cómo destituir a la familia de parte de sus antiguos poderes sobre el destino social de los hijos sin anularla a tal punto de no poder atribuirle nuevas tareas educacionales.

⁹ Este es un período rico en legislación referente a derechos de la mujer y del niño, buscando hacer de la familia un espacio más democrático.

“a mediados del siglo XX se registraron transformaciones en la sociedad uruguaya que ejercieron notable influencia en la institucionalización del Servicio Social como profesión” (Ortega, 2003:8)

Particularmente en el campo de la salud, indica la autora, se producen cambios en las formas y contenidos del proceso de higienización de la vida social, en la manera de conocer y actuar sobre los problemas de salud y en los espacios organizacionales, especialmente la creación de los Centros de Salud. Estos cambios aportaron la consolidación del Trabajo Social en el campo de la salud.

El modelo de políticas sociales aquí descrito, contribuyó a fortalecer la legitimidad del Estado pero al mismo tiempo le generó costos, principalmente económicos, que perjudicaron la sustentabilidad del modelo. Veamos como se da el proceso de transición hacia un modelo distinto de (no) intervención estatal.

c- Neoliberalismo

El período de crecimiento económico y de estabilidad social que caracterizó al período descrito anteriormente, alcanzó sus límites en la década de los '70. La crisis de acumulación encontró “culpable” al Estado de Bienestar y su papel en la redistribución de recursos y en la regulación de la economía. La desregulación económica y la reducción de los gastos fiscales pasaron a ser los pre-requisitos de las propuestas de superación de la crisis. Como vemos existe un regreso a los conceptos básicos del liberalismo clásico. Esto presenta como idea de fondo que el Mercado es el más eficiente mecanismo de asignación de recursos económicos y de satisfacción de las necesidades de los individuos. Por lo tanto, todos los procesos, especialmente la intervención estatal, que obstaculizan el libre juego de las fuerzas del mercado tendrán efectos negativos para el sistema. Se tildó a la intervención del Estado como improductiva y antieconómica por provocar la crisis fiscal y desincentivar la inversión de capital. Se criticó también su ineficacia e ineficiencia en sus funciones de bienestar social.

Este nuevo modelo, al que se le ha denominado neoliberalismo, tiene como criterios económicos según Franco (1996) alcanzar y respetar los equilibrios

macroeconómicos, reducir las tasas de inflación, retirar al Estado de ciertas áreas en las que serían más eficientes los actores privados, y modernizar el aparato público, para que use de modo más eficiente los recursos y sea más eficaz en el logro de sus objetivos. Estos criterios fueron traducidos en políticas de estabilización y ajuste que tuvieron en América Latina costos sociales elevados.

Laurell (1992) afirma que en relación al del bienestar social, los neoliberales sostienen que éste pertenece al ámbito de lo privado y que sus fuentes naturales son la familia, la comunidad y los sectores privados. El Estado solo debe intervenir para asegurar un mínimo. Según la autora hay un rechazo al concepto de los derechos sociales y la obligación de la sociedad de garantizarlos a través de la acción estatal. Es por ello que el neoliberalismo se opone radicalmente a la universalidad, igualdad y gratuidad de los beneficios sociales. A nivel de las políticas sociales, las estrategias concretas para reducir la intervención estatal son: privatización, la focalización y la descentralización a nivel local.

Castel (1997), para analizar esta “nueva cuestión social” toma como eje principal los cambios producidos en la esfera del trabajo. Las tres manifestaciones más claras, según el autor, de la nueva situación del trabajo son el desempleo estructural, la instalación en la precariedad de muchos trabajadores y la desestabilización de los hasta ahora estables. Como ya hemos visto el trabajo constituía en el Estado de Bienestar un espacio de centralidad en la vida del hombre. En torno a él se articulaban las protecciones sociales y en base a él se obtenía reconocimiento social en cuanto individuo que aporta a la producción social. El trabajo continúa siendo, para los que aún acceden a él, fuente de integración social y medio de satisfacción de sus necesidades, pero cabe preguntarnos qué sucede con los millones de personas que no logran integrarse al mundo laboral. Si a esta situación agregamos el ya mencionado cambio de paradigma en las políticas sociales el problema se complejiza. Las nuevas políticas focalizadas en los más carentes de recursos ya no cubren los riesgos de los vulnerables, de los que se encuentran insertos muy precariamente en el mercado de trabajo y su salario no alcanza para cubrir sus necesidades.

Los procesos anteriormente señalados han provocado un crecimiento importante de la pobreza y de la desigualdad social en tanto se eliminaron aquellas políticas de distribución de la riqueza que caracterizaron al Estado de Bienestar. Interesa señalar,

así como lo hicimos para el período anterior, que las reformas que plantea este modelo, los cambios que presenta como deseables si bien son tendencia general, dada la hegemonía de esa nueva ideología, se han llevado delante de manera diferenciada por los países. La radicalidad o flexibilidad con que el modelo se aplique estará en gran medida influenciado por el tipo de Estado de Bienestar que cada país haya adoptado, como también por las diferentes matrices políticas y culturales que en el mismo se hayan generado.

Las políticas sociales son concebidas ahora como una serie de medidas que apuntan a compensar los efectos negativos de los ajustes macroeconómicos realizados. El supuesto de fondo es que las leyes de mercado generarán los equilibrios necesarios y solo una pequeña parte de la población necesitará la ayuda estatal. De Martino (2001) asegura que las políticas sociales son consideradas ahora una dimensión del gasto y no de la inversión. El concepto de desarrollo social deja lugar, según la autora, al de compensación. Las políticas sociales pierden entonces la función integradora que cumplían en la etapa anterior.

Todo lo que el Estado ya no abarca hoy queda bajo la responsabilidad de las familias. A este proceso De Martino (2001) lo denomina “neo-familiarismo”. Por este concepto se entiende una tendencia ideológica a hacer de la familia una unidad, económica y política, de resolución de los problemas que plantea el nuevo modelo. Ellas son llamadas a la arena política para hacerse cargo, responsabilizarse y ocupar los lugares que el Estado deja vacíos.

“...la familia se ha sobrecargado de funciones. Al fallar el sistema político en la garantía de la seguridad personal y en la administración de la justicia, y el sistema económico en la oferta de empleo, la familia debió desempeñar nuevas tareas y funciones y las asumió plenamente, pese a no estar preparada para ello” (Mioto,1997:121)

De Martino (2001) recuerda que esa familia a la cual se la valora como responsable de esas tareas es la misma que en el período del Estado de Bienestar resultó debilitada. Debemos recordar que Lasch aseguraba que los técnicos le habían arrebatado el conocimiento cotidiano de sus prácticas.

El desarrollo histórico que presentamos nos permite visualizar como las relaciones entre familia y Estado, entre la esfera pública y privada se han ido transformando a lo largo del tiempo. En este proceso podemos observar como el Estado ha intervenido en la esfera privada, generando transformaciones en la familia buscando siempre que la misma se adaptara a los nuevos requerimientos que el sistema económico necesitaba. Esto de alguna manera nos ayuda a problematizar y entender la familia no como una institución natural basada en conceptos biológicos y cerrada en sí misma sino como un complejo de relaciones intra familiares y de la misma con su entorno social.

Nos preguntamos entonces como influye en la vida cotidiana de las familias el contexto actual de las políticas sociales en el marco del modelo neoliberal. Las instituciones estatales, asegura Miotto (1997), están organizadas para trabajar en la perspectiva de usuario-problema y de esto deriva un modelo asistencial cuya principal preocupación es la resolución de los problemas de su usuario. Por lo tanto la intervención de las instituciones tiende a ser parcial y localizada.

“os profissionais, zelosos de suas funções nessas instituições, trabalham com as famílias no sentido de atender o objetivo institucional pautado na solução do caso do usuário-problema. Desta atitude deriva uma situação importante a ser lembrada: que muitas vezes são as mesmas famílias que circulam pelas diferentes instituições em diferentes áreas (saúde, educação, assistência social, justiça), levando para elas seus membros-problemas.” (Miotto, 1997: 123)

Como podemos considerar, de lo anterior resulta un proceso de intervención sumamente fragmentado. Las familias “vagan” de institución en institución presentando sus problemas y buscando soluciones a los mismos. Pero su búsqueda difiere de lo que las instituciones ofrecen. Láuz (2005) asegura que:

“Los ciudadanos piensan y viven de modo diferente al de las burocracias tradicionales existentes en las instituciones a las que recurren para resolver sus problemas. Lo que a ellos les importa es su vida integral y NO compartimentada en unidades administrativas o por especialidades” (Láuz, Iris, 2005:38)

Considerando la familia como una unidad, los problemas de sus integrantes no pueden sino comprenderse y analizarse desde una perspectiva de totalidad. Y sin duda que si entendemos a la familia como una institución social históricamente condicionada y dialécticamente articulada con la sociedad en la cual está inserta, nuestra mirada debe ampliarse aún más.

Ya hablamos de la fragmentación con que las políticas sociales intervienen en los problemas de los individuos. Lograr comprender e intervenir en las situaciones que se presentan desde una mirada integral resulta un aporte importante de la profesión. Nuestra formación nos debe habilitar a realizar una comprensión compleja y totalizante de los problemas de manera que podamos elaborar, en conjunto con los sujetos, estrategias de acción que conduzcan a una efectiva resolución de los mismos. Como hemos señalado, nuestra intervención estará mediada por la institución en la que trabajemos, sus objetivos y sus modos de entender e intervenir en la realidad. Pero estas mediaciones no resultan limitaciones severas si logramos, en primer lugar, ser consientes de ellas y en segundo, “corregirlas” en nuestra intervención.

2. El complejo campo de la salud

Comenzaremos este apartado presentando algunas consideraciones teóricas referidas al concepto de “campo” que utilizamos para denominar a la salud como ámbito de inserción profesional. Luego nos adentraremos en el análisis de las concepciones de salud que dan lugar a determinados modelos de atención y organización de servicios de salud, presentando especialmente el contexto de cambio que produce la reforma de la salud en nuestro país. Finalmente consideramos de vital importancia profundizar en torno al concepto de medicalización ya que entendemos que el mismo nos permite profundizar el conocimiento del complejo campo de la salud y en la inserción profesional en él.

a- Conceptualización de “campo”

Para adentrarnos en este análisis recurriremos a los aportes de Pierre Bourdieu. Bentura (2006) plantea que Bourdieu es un autor difícil de ubicar en una “escuela” de pensamiento debido a la originalidad de su obra. Se reconoce en la misma la

influencia de tres corrientes sociológicas fundamentales: Emile Durkheim, Max Weber y Karl Marx; a partir de los cuales elabora una teoría original.

Este autor se define a si mismo como “*constructivist structuralism o structuralism constructivist*” (Bourdieu;1997:127) Se refiere a un estructuralismo en el sentido de reconocer “*estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus práctica o representaciones*” (Bourdieu;1997:127) Y constructivismo por la convicción de que “*hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, pensamiento y acción que son constitutivos de lo que llamamos habitus, y por otra parte estructuras, y en particular de los que llamo campos o grupos...*” (Bourdieu; 1997:127)

Nos abocaremos a profundizar en el concepto de campo. El autor lo define como:

“...universos sociales relativamente autónomos” en los cuales se desarrollan los conflictos específicos entre los agentes, es una red de relaciones objetivas entre posiciones que se definen por la forma en que, la situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes formas de poder (capital), generan determinaciones a los agentes que las ocupan. Es por tanto un espacio en donde las posiciones de los agentes se encuentran fijadas a priori y es allí donde se da una lucha en torno a intereses que son específicos de esa área (campo) en cuestión. (Ortiz, 1994:19)”

Según Bourdieu, todo comportamiento está situado en un campo de acción particular, un sistema de evaluación y de prácticas que lo definen marcando las “reglas de juego”. Todos los agentes que interactúan en un campo tienen una posición relativa, de acuerdo a los recursos de que disponen y con los que pueden intervenir.

Mitjavila (1998) define el campo sanitario como:

“...el espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiología, salud pública, medicina social, y otras disciplinas bio médicas y sociales) que organizan los discursos y las prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud-enfermedad. (Mitjavila, 1998: 16)

En este campo, como hemos mencionado, conviven diversas profesiones y por tanto distintas lógicas. Cabe señalar que entendemos que esas lógicas pueden llevar a entender la salud de maneras distintas y por lo tanto tener también una concepción distinta de su atención. La misma autora señala al respecto:

“Debido a su composición heterogénea en materia de competencias, agentes y de intereses, este campo (como otros) está en permanente construcción, siendo al mismo tiempo un resultado y un elemento co-constructor de las formas mediante las cuales las instituciones sociales resuelven problemas fundamentales ligados a la gestión de lo social. Esta heterogeneidad implica la convivencia generalmente conflictiva de discursos y prácticas que disputan al interior del propio campo, así como en sus intereses y conexiones con el resto del tejido social.” (Mitjavila, 1998: 17)

Estos aportes nos permiten visualizar el campo de la salud en toda su complejidad, con los distintos agentes que lo integran, los poderes que se disputan, el status de cada agente según el poder (y en este caso en particular resulta importante destacar el saber) que ostentan. Este análisis resultará de vital importancia a la hora de investigar la inserción del Trabajo Social en el campo de la salud.

b- Salud: conceptualización y modelos de atención

A continuación nos proponemos profundizar en torno a las concepciones de salud presentes en el campo y el modelo de atención a la misma que a partir de esas consideraciones teóricas se construye.

En un sentido clásico se podría considerar a la salud como ausencia de enfermedad. Esta concepción define a la salud en forma negativa, entendiendo la misma como ausencia de enfermedad, esto implica establecer un límite entre lo patológico y lo normal. Pero la fijación del mismo no es estática, se va modificando a lo largo de la historia, en tanto cambian las concepciones de enfermedad. Esta visión mecánica y biologicista de entender la salud constituyó y conformó las tradicionales formas legítimas de atención médica de la salud en nuestro país.

La práctica médica realizada desde esta visión pondrá énfasis, como plantea Iris Lauz, (2005), en lo curativo dejando de lado lo preventivo; y se posiciona frente al individuo con una visión fragmentada, no tomando en cuenta al mismo en su totalidad sino dividiéndolo en especialidades médicas demasiado autónomas. Además desconecta a la persona de lo social sin considerar la dimensión histórica, antropológica y comunitaria del ser humano. Se puede considerar que un modelo de atención en salud basado en este tipo de prácticas, constituye un modelo deshumanizante.

Estas concepciones clásicas fueron poco a poco perdiendo legitimidad (principalmente a nivel discursivo), debido a la influencia de acontecimientos internacionales y nuevas corrientes de pensamiento. La emergencia de estas nuevas tendencias posibilitaron el surgimiento de distintas formas de comprender y entender la salud.

Luego de la segunda guerra mundial comienza un proceso de creación de organismos internacionales con la finalidad de buscar la estabilidad social, el establecimiento de la paz y la reconstrucción económica, social y política. En este contexto se enmarca la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La misma define la salud como: “...*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.¹⁰ Esta nueva visión constituye un punto de inflexión en la historia de las conceptualizaciones en salud. A pesar de haber recibido muchas críticas¹¹, es la primera vez que se maneja un concepto de salud que va más allá de la ausencia de enfermedad, destacando la importancia de las áreas sociales y mentales del ser humano, en la conformación de la salud.

En 1977¹² se lleva a cabo la asamblea mundial de la OMS, la cual constituye un hito fundamental en este proceso que venimos desarrollando. En la misma se establece la política de salud llamada “Salud para todos en el año 2000”, la cual hacía necesario la creación de una estrategia para llevarla a cabo.

¹⁰ Esta definición fue extraída de la Constitución de la OMS, Ginebra, 1960.

¹¹ Muchos autores critican la definición de la OMS, porque la consideran utópica, estática y subjetiva. La acusan de equiparar bienestar con salud y de tratarse más de un deseo que de una realidad.

¹² Dicha información es extraída de: Netto, Clara “Redes sociales, salud y participación” en *Salud para todos: desde el proyecto a la acción*, La experiencia de Montevideo. IMM

La Declaración de Alma Ata, firmada en 1978 por la OMS y UNICEF, a la que suscriben 143 países (entre ellos Uruguay), configura otro mojón importante en lo que tiene que ver con la concepción actual de salud. Dicha declaración retoma la definición de la OMS y consagra la salud como un derecho humano fundamental y compromete a los estados firmantes a realizar acciones tendientes a crear las condiciones que garanticen el ejercicio efectivo del mismo para todos los habitantes en igualdad de oportunidades. En consecuencia establece, en el artículo quinto, que es obligación de los gobiernos cuidar la salud de sus pueblos.

La mencionada declaración, considera la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia central para alcanzar la meta planteada en 1977 por la Asamblea Mundial de la OMS y define a la misma como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada uno de las etapas del desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante, tanto en el sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia” (Declaración de Alma Ata, 1977)

Uno de los énfasis está puesto en que la atención primaria en salud debe ser enfocada desde la interdisciplinaridad, lo que implica la participación de profesionales, técnicos capacitados en diversas áreas, y trabajadores de la comunidad en el planteo de las estrategias de atención a la salud.

Debemos destacar que dependiendo de la concepción de salud/enfermedad desde la que se parta se construirá un determinado modelo de atención y se organizará el sistema sanitario.

Asistimos en la actualidad a un proceso de cambio que como hemos mencionado ha impulsado el nuevo partido de gobierno. El principal cambio en el área de la salud planteado, conforme a la concepción de salud desde la que parte, es la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual será financiado a través de un Seguro Nacional de Salud de cobertura universal. Esta nueva organización del sistema propone también un cambio en el modelo de atención a la salud. Considerando que el anterior modelo tiene un enfoque que posee baja integración, privilegia la recuperación de salud frente a la promoción, prevención y rehabilitación y está más preparada para la atención de episodios que de procesos; el nuevo modelo se propone evitar la fragmentación existente y propone un énfasis particular en la Atención Primaria en Salud. Se plantea conforme a esto fortalecer el primer nivel de atención llevando adelante programas enmarcados en un esquema de promoción, protección, diagnóstico y tratamiento precoz y rehabilitación.

El artículo 4º inciso B de la Ley N° 18211 referente a la creación, funcionamiento y financiación del Sistema Integrado de Salud plantea como objetivo del mismo:

“Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.”

Luego de presentar la idea de campo de la que partimos y adentrarnos a contextualizar el campo de la salud consideramos importante profundizar en torno al concepto de medicalización, entendiendo que el mismo atraviesa, caracteriza y determina al campo de la salud.

c- A cerca del concepto de medicalización

Con respecto a la conceptualización del término medicalización Mitjavila (1998) señala que se refiere a:

“...procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a sus tradicionales dominios” (Mitjavila, 1998: 2)

La autora rescata los aportes de Crawford, quien atribuye dos acepciones a la noción de medicalización. Por un lado, refiere a la creciente intervención de la medicina sobre un amplio sector de lo que suele designarse como “conductas socialmente desviadas”, que en el pasado eran casi exclusivamente objeto de abordaje por parte de esferas institucionales como el derecho y la religión. La autora cita a Friedson (in Mitjavila, 1998) para señalar que el aumento de las conductas y atributos designados y tratados como enfermedades y anormalidades ha sido a costa de un debilitamiento de su designación en términos de crimen y pecado. En una segunda acepción el término medicalización indica la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que estos representan para la vida cotidiana de los individuos, en tanto que la mayor parte de sus facetas pasa a ser juzgada desde ese ángulo.

Importante
A lo largo de un proceso continuo la medicina se ha ido estableciendo en múltiples aspectos humanos como la autoridad legítima para opinar e intervenir; dicha popularidad está inscrita en el proceso histórico de decaimiento de instituciones que anteriormente cumplían con funciones sociales similares, es especial la religión. Para estudiar la génesis de éste fenómeno debemos remontarnos al comienzo de la modernidad, contexto marcado por la creciente racionalización de la vida y por lo tanto de la legitimidad del conocimiento científico-racional. Es en este proceso que la medicina científica obtiene la legitimidad de poder trabajar sobre la enfermedad y luego sobre la salud, y especialmente la tarea de establecer los límites entre ambas y de establecer que es lo normal y que lo patológico. Pero estas definiciones científicas y por lo tanto con pretensiones de neutralidad encubren otra realidad.

Los factores que históricamente han impulsado, según la autora, los procesos de medicalizadores de lo social están asociados a las necesidades experimentadas por la sociedad de ejercer un control sobre los individuos¹³. El objetivo de este control es establecer mecanismos que faciliten la reproducción de los modos de vida y valores dominantes de una determinada cultura o sociedad.

El elemento que otorga poder, autoridad y que legitima a la medicina es su saber profesional. Pero este saber según plantea Mitjavila (1992) está acompañado de una autoridad cultural que permite que las definiciones de la realidad y los juicios de significado médico obtengan el privilegio de convertirse en válidos y verdaderos por el simple hecho de ser enunciados por ellos. || Esta es la base sobre la cual se extendió la autoridad social de la medicina. Por medio de la misma es que la medicina ha logrado establecerse en otros ámbitos en los que antes no participaba. Vemos entonces como su discurso ya no toma como marco únicamente problemas de naturaleza biológica sino también social. De este modo la práctica médica cotidiana transmite determinadas pautas de conducta como normales o adecuadas y sanciona otras.

Mitjavila (1992) señala que hay tres tipos de funciones médico-sanitarias que la medicalización cumple en las sociedades:

1. *Funciones punitivas.* Conjunto de prácticas técnico políticas orientadas a sancionar en forma negativa, fundamentalmente a través de mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento, cierto sector de conductas “socialmente desviadas” o que representan algún tipo de amenaza o riesgo para el conjunto social.

¹³ Foucault (1992:194) señala que la consideración de la salud como un problema político y económico surge en el siglo XVIII dando lugar a la noso-política: una política de salud reflexionada, planificada, intencionada, dirigida. “Qual o suporte desta transformação? Grosso modo, pode-se dizer que se trata da preservação, manutenção e conservação da força de trabalho. Mas sem dúvida, o problema é mais amplo: ele também diz respeito aos efeitos econômico-político da acumulação dos homens” (Foucault, 1992: 198)

Foucault (1992:80) afirma en “O nascimento da medicina social” que el capitalismo que se desarrolló a fines del siglo XVIII y principios del XIX, socializó el cuerpo en cuanto fuerza de producción, de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos, asegura, no se da solamente por la conciencia o la ideología sino que comienza por el cuerpo. El cuerpo es una realidad bio-política, la medicina una estrategia bio-política.

2. *Funciones arbitrales.* Procedimientos orientados a emitir juicios o dictámenes sobre atributos individuales de diversa naturaleza (laboral, judicial, recreativa, etc.). Se trata de prácticas que suelen tener por resultado la habilitación o restricción de los individuos para acceder al desempeño de roles así como de una amplia gama de condiciones sociales.
3. *Funciones disciplinarias o socializadoras.* Foucault se refiere a ella haciendo referencia al tipo de vigilancia panóptica que ejerce el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas. Esta estrategia de control social es la más extendida en las sociedades contemporáneas.

Podemos caer en la tentación de adjudicar estas ideas a los médicos si partimos del supuesto de que por la naturaleza del campo, ellos poseen un mayor status y poder. Es ésta disciplina la que desde su lógica profesional mayoritariamente imprime a la institución una cultura particular, una forma de entender la salud y trabajar con ella. Igualmente debemos considerar que relación tiene nuestra profesión con estos conceptos, funciones, objetivos, etc. Sin lugar a dudas que el Trabajo Social mucho tuvo que ver, tanto en sus orígenes como en la actualidad con éstas en tanto está inserto en este campo. Negarlo, sin dar lugar a la discusión implica de alguna manera una naturalización e interiorización de estas funciones en el ejercicio de nuestra profesión. Con respecto a este punto Mitjavila señala:

“...el saber médico no es el único tipo de saber que participa en la construcción del campo sanitario, así como tampoco es el único que forma parte de las estrategias discursivas de la medicalización de la sociedad.” (Mitjavila, 1998: 17)

IV. INSERCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

“La constitución de un espacio de trabajo, no es pre-existente, sino por el contrario se hace, se crea, en una reflexión colectiva que toma en cuenta la coyuntura, para saber el momento oportuno de avanzar y/o retroceder en la estrategia institucional...” (CELATS)

Es desde esta visión que nos posicionaremos para referirnos a la inserción profesional, no como algo acabado sino en constante movimiento y construcción. Tampoco miraremos al Trabajo Social como una disciplina autorreferenciada sino que considerando el lugar que ocupa en este campo de saber y poder intentaremos desentrañar las determinaciones que este le imprime. Por último, señalamos que aspiramos también poder recoger en este análisis el devenir histórico de la profesión identificando rupturas y continuidades que den cuenta del mismo.

1. Tiempo de cambios

Como telón de fondo para adentrarnos en este análisis debemos considerar especialmente el momento de transición en que se encuentra el campo de la salud en Uruguay. Como mencionamos anteriormente, con la reforma de la salud, se plantea un cambio que afecta tanto la financiación y organización del sistema de servicios de salud como el modelo de atención a la misma. Interesa particularmente presentar como se percibe este momento por parte de los profesionales del Trabajo Social en salud. Una trabajadora social señalaba que con la reforma:

“Hoy se trabaja en otras condiciones y hay como otra apertura, ¿verdad?, sin lugar a dudas, pero creo que sigue existiendo aquello de ¡haceme la visita!”

Podemos ver como se identifican los cambios de manera positiva, valorando que las condiciones para el trabajo profesional han mejorado. Pero, lo que surge también de las entrevistas es que existen ciertas contradicciones que a nuestro entender son propias de un momento de transición en el que conviven un viejo y un nuevo modelo. El viejo modelo al que llamaremos “modelo médico hegemónico” tiene como

características según señala Clara Netto (s/d,9) *“ser biólogo, asistencialista, ahistórico, sin un enfoque social”*. También interesa rescatar como hemos dicho anteriormente que privilegia la recuperación de salud frente a la promoción y prevención brindando una atención fragmentada e individual a los problemas. Al nuevo modelo lo denominaremos “modelo de atención integral” dado el énfasis que le atribuye al hecho de superar la fragmentación anterior. Se propone brindar una atención a la salud que parta de una mirada distinta del sujeto, una mirada integral que incorpore a lo biológico consideraciones a cerca de su entorno social, modos de vida, etc. Como hemos descrito ya, pone acento en la promoción y educación otorgando mayor validez y legitimación a prácticas de trabajo comunitario. En las citas presentadas es justamente allí donde se encuentra la contradicción, entre el trabajo individual y el comunitario. Profundizaremos más adelante sobre este punto.

Esta convivencia de modelos nos lleva también a plantear la existencia de ciertas contradicciones entre el discurso y la práctica. En un proceso de cambio, que podemos decir ha comenzado recientemente (teniendo en cuenta la magnitud y complejidad de los cambios) se dan ciertos desajustes entre el nivel discursivo, y sobre todo normativo si tomamos en cuenta que la Ley se aprobó en el año 2007, y los dispositivos que se generan institucionalmente para llevarlos adelante. Si bajamos aún más y consideramos como se procesan estos cambios a nivel individual, encontraremos también contradicciones. Una de las razones por las que se producen estos desajustes, según nuestro entender, son las resistencias que generan los cambios.

Robbins (1999) asegura que existen dos tipos de resistencias: unas organizacionales y otras individuales. Las primeras implican que cualquier cambio que se intente introducir en una organización amenazará no solo unas relaciones establecidas de poder sino también distribuciones de recursos constituidas según esas relaciones; y por ello generará resistencia. En relación a esto y al lugar que ocupan los médicos en la institución, una trabajadora social nos decía:

“Ahora el énfasis está puesto en lo preventivo y en lo social, por algo hay muchas direcciones que no están ocupadas por médicos, digo, yo qué sé; acá, la sub-directora que tenemos ahora es odontóloga, la que tuvimos hasta hace un par de meses era ners; en Sayago la sub-directora es colega, es AS: hay

muchos lugares en los que desde algún lugar se intenta que los médicos se corran un poquito”

Esto nos muestra como las relaciones de poder- saber tradicionales en el campo de la salud se ven “amenazadas” por la reforma; en este nuevo contexto de redefiniciones la lucha de poder esta en pleno juego.

Las resistencias individuales por su parte podrían generarse por la dificultad que tienen los individuos de afrontarse al cambio y a lo nuevo. Los profesionales de la salud, sobre todo los médicos, no están ni formados ni tienen experiencia de trabajo por ejemplo en promoción y educación en salud en comunidad. Están habituados a trabajar de determinada manera, principalmente cara a cara con el paciente en su consultorio; y dicha experiencia genera seguridad.

“A los AS no nos complica mucho porque es algo que ya está instaurado: que también hacemos comunidad, que también hacemos tareas educativas; pero a los médicos les resulta bastante complejo: aún los que tienen perfil, los que quieren trabajar, les resulta bastante complejo dejar la consulta y poder trabajar en una actividad educativa....”

En una de las entrevistas que realizamos a directores de Centros de salud nos decían que:

“Hay tres tipos de médicos. Los más viejos ya están perdidos, son muy cerrados, no podemos cambiarlos, tenemos que esperar a que se jubilen. En este grupo tenemos también a otros que si bien no son tan viejos, son muy cuadrados y no pueden pensar de otra forma de cómo los formaron. Después hay otros, que están abiertos a los cambios, se interesan, se preocupan por trabajar de una manera distinta, hacen cursos, les gusta hacer comunidad, a esos hay que ayudarlos. Después tenemos a los más jóvenes recién egresados de una formación distinta, con esos no tenemos ningún problema.”

Pero esto no solo sucede entre los médicos, una trabajadora social aseguraba:

“Tenemos, como en todos, colegas que trabajan bien, colegas que trabajan mal y que podemos estar de acuerdo, en como lo hacen, o no”

Debemos por lo tanto partir de reconocer el momento de transición entre dos modelos. Éstos como señalábamos implican dos formas distintas de entender la salud (y la enfermedad) y por lo tanto su atención. Estas distintas concepciones dan lugar a la legitimación de discursos y prácticas distintas. Lo interesante de este momento es poder ver como esos dos modelos conviven. Por otro lado surge de las entrevistas la diversidad existente en el campo, intentaremos recogerla evitando caer en generalizaciones que la nieguen.

A continuación, luego de presentar el contexto en que nos situamos, pasaremos a desarrollar algunos ejes de análisis que nos permitan continuar presentando y analizando el material empírico recogido para profundizar en el conocimiento de la inserción profesional en el primer nivel de atención de salud.

2. Intervención familiar

A continuación nos proponemos reflexionar en torno a la intervención profesional con familias en este espacio de inserción laboral. Uno de los objetivos planteados para este trabajo dice:

- *Aportar a la reflexión entorno a la intervención profesional con familias en el campo de la salud.*

¿Por qué nos propusimos incluir este punto dentro de los objetivos? Comenzaremos por plantear algunos supuestos que manejamos a la hora de diseñar este trabajo. Consideramos, por el lugar central que dicha intervención ocupa en la construcción del rol profesional, que sería un tema de preocupación, reflexión y análisis para los profesionales de la salud. También creímos que, teniendo en cuenta la centralidad, que en el discurso sobre la atención a la salud, ocupa el concepto de integralidad; los profesionales estarían reflexionando en torno a su modo de intervención familiar en estos términos. Por último, tomamos en cuenta el lugar que ocupan las familias en el modelo de políticas actuales. Recordemos que en el modelo neoliberal y

neofamiliarista¹⁴ las familias son llamadas a la arena política para hacerse cargo, responsabilizarse y ocupar los lugares que el Estado deja vacíos.

La realización de entrevistas nos sorprendió en tanto nos encontramos con que el tema no está actualmente en el centro de las preocupaciones de los trabajadores sociales en el primer nivel de atención a la salud.

Presentaremos y analizaremos a continuación el material empírico que hemos recogido sobre la temática de la intervención familiar.

Ante la pregunta de los problemas que presentan las familias usuarias del servicio de salud encontramos:

“... por lo menos en un principio es la problemática económica: ...como para orientarles, el tema de ver cómo sacar una canasta de INDA, si le corresponde o no le corresponde una pensión, “Plan de Emergencia”, yo qué sé, cómo cobrar la asignación ...”

Se plantea que la orientación sobre beneficios sociales es una de las principales demandas de quienes se vinculan por motus propio¹⁵ así como de quienes llegan derivados por otros profesionales de la salud.

“...lo que hacemos son orientaciones hacia determinados lugares para facilitarles el tramite, facilitarles el acceso a través de informes cosa que puedan ir para ir orientados bien y no ir..., lo que nosotros no queremos es que vayan veinte veces a buscar la información sino, bueno, se la damos y que ya vaya con toda la documentación que necesita y venga con lo que necesita.”

Se plantea como una función del Trabajo Social en este ámbito, brindar información sobre los derechos de los individuos y facilitar el ejercicio de los mismos a partir del

¹⁴ Recordemos que Mónica De Martino se refiere al modelo de políticas sociales actuales con el término “neofamiliarismo” entendiéndolo por el mismo la tendencia ideológica a hacer de la familia una unidad, económica y política de resolución de los problemas.

¹⁵ Nos referimos a aquellos usuarios que piden fecha y hora con las asistentes sociales o quienes se acercan espontáneamente a la oficina de Servicio Social.

acceso a beneficios o servicios que brinda el Estado a través de diversas políticas públicas.

También aparecen problemáticas vinculadas a las relaciones intra familiares como violencia doméstica, pautas de crianza de los niños, roles maternos (en casos de embarazos adolescentes), abandono o soledad de adultos mayores, entre otras cosas. Por último interesa resaltar que se mencionó con especial énfasis el aumento de consultas por el tema del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Interesa señalar que los problemas económicos son en la mayoría de los casos la “puerta de entrada” para luego acceder al resto de las problemáticas más complejas. Una asistente social nos decía:

“Aparente es lo económico, lo que pasa es que empezás a indagar un poquito, rascás, y atrás de lo económico hay toda una conflictiva familiar que luego se trabaja también.”

El acceso a ese otro nivel no se da automáticamente sino que requiere de un trabajo profesional en la entrevista donde se pregunte, se problematice con el sujeto, respetando, como señalaban las entrevistadas, la voluntad de los mismos para la apertura y el diálogo.

“... yo siento que en trabajo social uno, del momento en que el usuario se sienta ahí y plantea una demanda concreta, por ejemplo la canasta, y uno empieza a hacer una entrevista en profundidad, salen un montón de cosas...”

Se mencionó en reiteradas oportunidades que existen ciertos emergentes que constituyen las demandas concretas y luego de varias entrevistas se logra profundizar en las realidades pudiendo identificar con los sujetos las problemáticas de fondo.

En estos casos, se plantea que el objetivo profesional, es ayudar a los individuos a pensar su situación, cuestionar y problematizar con ellos y luego de identificar los problemas buscar soluciones en conjunto.

Varias profesionales pusieron especial énfasis en el tema de la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas, resaltando la importancia de respetar la autonomía de los sujetos:

“Las estrategias de intervención se van elaborando en conjunto con el usuario; vos tampoco podés decirle: “Tenés que hacer esto...”; vas viendo cuál es el problema y cuáles serían las posibles soluciones y abris el abanico a buscar una estrategia conjunta”

Las respuestas a la pregunta de cómo interviene el Trabajo Social para la resolución de problemas familiares arrojan por un lado cuestiones que tiene que ver con estrategias y técnicas de intervención y por otro cuestionamientos de cómo se abordan esas problemáticas.

Con respecto al primer punto surge la necesidad de explicitar con los sujetos los objetivos del Trabajo Social y las limitaciones, en qué cosas puede intervenir y en cuales no, principalmente para trabajar en primera instancia las expectativas que la persona tiene en relación a la profesión. Una entrevistada nos decía: *“yo siempre digo: soluciones mágicas en el cajoncito no tengo”*.

Una de las primeras cosas que se plantea con los sujetos es identificar la realidad familiar, la composición del hogar y los vínculos que se dan ese ámbito.

... yo trabajo en lo que es el abordaje sistémico con familia, y bueno, obviamente que siempre que se presenta una persona tu no la ves como la única sino que también ves a su entorno, ¿no?, no su familia sino todo... toda su red de contención.

Vemos como la mirada sobre el sujeto implica una visión que contiene a su familia y entorno. La mayoría de las asistentes sociales señalan que además de indagar con el sujeto muchas veces es necesario poder también entrevistar a otros miembros de la familia. Pero ello según señalaban presenta varias dificultades. Por un lado, se señala la negativa de los propios sujetos y también la de sus familiares:

“el coordinar con todos los integrantes de la familia no es fácil, no es fácil porque no de parte de todos los integrantes siempre hay interés de trabajar con otros y de exponer su problemática y de trabajarla y de sentirse cuestionado: “¡Y ésta qué me va a venir a decir!””

Por otro, también surgen limitaciones de tipo institucional:

“...la mayoría de las situaciones trabajamos con la persona que viene, plantea la situación, si se puede acercar la pareja, el esposo, podemos trabajar algunas cosas. El hecho es que por la gran demanda que tenemos de pacientes no nos es posible trabajar todo lo que queríamos con las personas.”

Además de la entrevista en el consultorio, se señala que en ocasiones se hace necesario realizar entrevistas en contexto domiciliario.

“...una vez a la semana, a veces hacemos lo que es la visita en contexto domiciliario para darle otra visión diferente y, bueno, ver un poco cómo se manifiesta esa familia en lo que es el contexto, ¿no?: y bueno, se va a la casa, se hace una charla ahí, como que te da otra visión diferente de lo que es trabajar acá.”

Los objetivos de esta herramienta de intervención, según señalan las trabajadoras sociales, no siempre son comprendidos por parte de la institución, más adelante abordaremos el tema de las demandas institucionales al Trabajo Social y profundizaremos en esto. También es interesante profundizar más adelante en los términos lingüísticos que utilizan las asistentes sociales para referirse a esta herramienta evitando hablar de “visita” o colocando ese término en otros profesionales. Ahondaremos luego en las implicancias que el origen de la profesión atribuye a este término.

Pero como decíamos también surgen cuestionamientos al abordaje familiar. Una asistente social se preguntaba: *¿qué tanto trabajo yo con las familias?* Otra aseguraba:

“Lo familiar nos queda siempre como en el debe, porque en sí lo que siempre tenemos es la persona sola pidiendo entrevista, no tenemos la entrevista familiar, viene la persona sola.”

También surge el hecho que dependiendo del programa en el que se esté trabajando se tiene más o menos en cuenta a la familia. Cuando el trabajo en con niñez es cuando más clara aparece la intervención familiar, *“parece que la familia fuera solo importante cuando hay niños y después no, ¡qué prejuicios que tengo!”* señalaba una entrevistada.

Podemos identificar entonces, algunas determinaciones con respecto a la intervención familiar. Por un lado la propia postura que tomen los profesionales. Anteriormente citábamos a una asistente social que explicitaba una postura teórica frente al trabajo con familias, por otro lado una colega señalaba que no tomaba en cuenta siempre (por lo menos explícitamente) a la familia. También se señalaban limitaciones institucionales como falta de tiempo por una gran demanda de trabajo o falta de recursos para por ejemplo acceder a un vehículo para hacer entrevistas domiciliarias.

Aparece en el discurso de las trabajadoras sociales entrevistadas cierto consenso en torno a una forma “ideal” de intervención familiar. Un “deber ser” marcado por la idea de incluir en el trabajo una mirada totalizante del individuo tomando en cuenta la situación familiar del mismo. Coinciden en afirmar que intentan integrar al proceso de trabajo con los individuos a otros miembros de la familia pero como señalamos existen dificultades en la práctica para llevar esto adelante.

Si retomamos las ideas que anteriormente planteábamos acerca del proceso de medicalización, nos encontramos con una institución sanitaria que brinda una atención basada en la perspectiva del usuario – problema, evaluando las situaciones familiares en términos de salud/enfermedad, normalidad/desviación. Míoto (1997) señala que las familias al no poder responder a las exigencias del contexto social en el que están insertas sufren situaciones de stress a partir de las que emergen “miembros problema”. Brindar una atención basada en la intervención sobre el emergente genera

muchas veces,, como señala la autora una responsabilización y culpabilización hacia la familia del problema que ella presenta.

¿Cómo se posiciona el Trabajo Social? Analizando los discursos que hemos recogido, consideramos que, parte justamente de reconocer detrás del “emergente” unas relaciones intrafamiliares y de estas con la sociedad, a partir de las cuales se genera el problema. Cómo han señalado algunas profesionales, se intenta ayudar a las familias (mejor dicho al miembro usuario y en ocasiones algún familiar) a identificar la fuente de sus dificultades para realizar cambios que logren una transformación de su situación.

Las profesionales visualizan un modelo de trabajo con familias superado asociado a formas de intervención históricas en este campo, relacionado con el modelo de atención disciplinador y controlador que hemos descrito anteriormente. Se plantea una ruptura con estas concepciones que tienen su origen en la génesis de la profesión. En el discurso aparece una línea de trabajo que, como hemos mencionado fomenta la orientación y promoción de derechos.

Interesa señalar que más allá del basto material recogido, consideramos que las preocupaciones actuales de las profesionales de este campo están situadas en la definición y construcción del rol profesional, sus funciones y objetivos, y el lugar que ocupa dentro de campo de la salud. Para abordar este tema comenzaremos por presentar las demandas que recibe el trabajo profesional en el primer nivel de atención a la salud.

3. Demandas hacia el Trabajo Social en el primer nivel de atención a la salud

Interesa particularmente en este punto incluir la mirada que se hace a la profesión desde las direcciones de Centros de Salud entrevistadas.

Frente a la pregunta de cómo se espera que el Trabajo Social intervenga en la resolución de los problemas que presentan los sujetos y familias usuarias del centro, la respuesta, antes que nada pone énfasis en que lo haga “*como uno más*”. Con esto se hace referencia al trabajo interdisciplinario: “*no hay otra forma de hacerlo, trabajar los problemas sociales junto con todas las demás disciplinas*”.

También se resalta, desde las direcciones, que se espera que trabaje, tanto en la atención y el seguimiento de casos, como a nivel comunitario. Las actividades que desde las direcciones se relacionan con este último punto son principalmente: actividades de promoción y educación en escuelas y otras instituciones locales; y participación en espacios de red y coordinación territorial.

Más allá de estos puntos concretos, no surge de las entrevistas realizadas más elementos que nos permitan ahondar en este tema. Veamos que plantean las trabajadoras sociales en relación a las demandas institucionales.

“Tenemos mucha libertad y mucha autonomía como para intervenir, desde lo técnico no se nos cuestiona nada porque creo que nadie tiene claro que hacemos”

Otra explicaba:

“...yo creo que las demandas no son explícitas, nunca nos sentamos en un equipo a decir: “Bueno, la pediatra se encarga de esto, el ginecólogo se encarga de esto otro”; en general se plantea que la asistente social se tiene que encargar de la parte social, pero eso es muy amplio”

Podemos plantear entonces que se percibe cierta indefinición en cuanto a las demandas hacia la profesión, más allá de planteos bastante generales sobre los espacios en los que debe insertarse, no existe una formulación por parte de las instituciones de salud sobre el rol, los objetivos o las funciones del Trabajo Social. Consideramos que esta situación puede llegar a generar inseguridad en los profesionales, sobre todo si ellos mismos no tienen definiciones claras sobre estos aspectos.

Por un lado, la ambigüedad del rol, se plantea como una ventaja en la medida que da lugar a una autonomía profesional, a desplegar cada uno su perfil y forma de trabajo. Por otro, también se plantea que esa indefinición requiere estar cotidianamente explicando y negociando con la institución. Más allá de percibir un reconocimiento y una valoración del trabajo se señala:

“...yo creo que hay como un espacio de cierto reconocimiento, y, bien, te podría decir que no hay mayores presiones, pero siento que hay espacios que tengo que estar marcando...”

“...con la dirección, digamos que tenemos un trato bastante respetuoso. Igualmente, yo siento que hay cosas que las tengo que marcar, eso requiere de ir explicando. Cuando te dicen “hacé tal visita” es necesario aclarar el porque de las entrevistas domiciliarias, con qué objetivos.”

Estas aseveraciones reafirman la idea que manejamos en cuando a al vaguedad del rol del Trabajo Social. ¿Qué consecuencias tiene esto en el trabajo cotidiano? Una de las cosas que genera, a nuestro entender, mayor tensión son las derivaciones de usuarios que realizan los médicos al Trabajo Social.

“...se nos exige a nivel del médico soluciones mágicas, si, porque creo que no saben, muchas veces, qué es lo que se puede hacer, entonces creen que podemos hacer cantidad de cosas que realmente no podemos... no comprenden que las políticas sociales a veces no acompañan.”

En este caso la dificultad parece estar en la incomprensión por parte de los médicos de las limitaciones que tiene la profesión, principalmente en un rol asistencial. Se señala que existe una expectativa que supera los alcances de intervención.

Por otro lado, también se resalta:

“A veces los médicos, hoy por hoy, siguen derivando lo que no quieren escuchar, a Trabajo Social...”

“Te derivan cuando la persona se empezó a quejar: “Bueno, vaya al AS”; entonces vienen y no saben ni por qué vienen ni a qué vienen, ni hay mucha demanda puntual.”

En estos casos, se percibe por parte de las asistentes sociales, que en ocasiones, los médicos derivan situaciones que los superan o que ellos consideran que no es parte de

su función específica o de otro especialista de la salud. El problema que se plantea es que muchas veces tampoco son situaciones que exijan una intervención específica del Trabajo Social. ¿Por qué se generan estas situaciones?

De las entrevistas se desprende que a la mayoría de los médicos se les atribuye el hecho de tener una mirada meramente biologicista y fragmentada. Estos atributos se refieren al hecho de no considerar dentro de la salud elementos que vayan más allá de lo biológico como: modos de vida, costumbres, entorno social, etc. Poner la mirada solo en una parte, desconociendo la dimensión de totalidad del individuo y su salud. Incluso en la medicina esta fragmentación se da por el hecho de que muchos médicos solo miran su especialidad.

El cambio del modelo de atención implica proponer una transformación de esta mirada, pero como señalábamos esto genera resistencias. Una directora, frente al cuestionamiento de que si no era necesario ampliar el tiempo de la consulta médica para favorecer un intercambio distinto señaló:

“... si nosotros seguimos dando más tiempo por paciente pero eso no va acompañado de que vos, en ese tiempo que le das al paciente “otra calidad”; no porque no sepan atender porque queda horrible: pero tenés que darle, tenés que apostar a otra cosa: a la prevención, a la educación; eso no lo ven como parte de la actividad médica, buscan a alguien que haga eso. Es muy difícil cambiar las cabezas”

Por otra parte, también se señala, que hay cuestiones con respecto a las derivaciones que están más claras y que incluso forman parte de un protocolo de intervención. En general esta situación se da dentro de un marco de trabajo en equipo, donde existen incluso espacios de coordinación, como por ejemplo: espacio adolescente, consumo problemático o violencia doméstica. Estos espacios implican un trabajo conjunto en el que los roles de cada profesión parecen estar más claros.

Importa mencionar que más allá de esta visión la mayoría de las asistentes sociales también resaltaron que:

“...depende de cada médico, porque hay médicos que les importa su especialidad y más nada, y hay otros que no.”

“Acá, en general, vos ves cierta preocupación, te dicen “no, mirá, le pasa esto, esto y esto, a ver si por acá”, pero no solo desde el aspecto social sino desde otra especialidad... yo creo que la gente de acá trata por lo menos de trascender, de ir un poquito más allá”

No podíamos dejar de reconocer que existe la diversidad en este sentido y que existen algunos factores que favorecen una definición más clara de los roles profesionales. Por un lado, lo que señalábamos anteriormente, la apertura y voluntad de los médicos para el diálogo y para ir internalizando las “explicaciones” que las asistentes sociales le dan. Por otro lado otro factor que se mencionó es la formación de los médicos, se resalta por ejemplo que pediatras, médicos de familia o comunitarios tienen más internalizado el rol del Trabajo Social. Así mismo se señala que otro factor son los años de ejercicio profesional. Cómo mencionábamos anteriormente se visualiza en los profesionales más recientes una apertura y entendimiento distinto de la profesión, adjudicando la razón a un cambio en la formación académica de los mismos.

Por otro lado también se señalan como factores que intervienen en esta situación, el tiempo que lleven las asistentes sociales trabajando en el centro. De alguna manera esto implica ir haciendo procesos con los profesionales médicos, ir explicando y negociando las funciones de la profesión.

“se va hablando con los compañeros, aunque no es tan fácil cambiar las cabezas”.

Vemos como la construcción del rol profesional es un trabajo constante en el cual el Trabajo Social explica y negocia con otras profesiones.

Nos interesa a continuación, profundizar en dos puntos que están presentes en las demandas institucionales, principalmente desde el discurso del nuevo modelo de atención integral y en los que encontramos algunas contradicciones. Por un lado el énfasis que se le da al trabajo comunitario y por otro el trabajo interdisciplinario.

4. Trabajo comunitario vs atención individual

Las asistentes sociales del primer nivel de atención plantean que el trabajo comunitario formaba parte de su rol incluso antes de la reforma de la salud, entendiendo que éste forma parte de su ejercicio profesional. Las actividades de promoción de salud en instituciones locales o la participación en redes territoriales eran tareas que se desempeñaban desde hace tiempo. Pero se señala que este nuevo contexto otorga más legitimidad a esas prácticas. Una asistente social aseguraba:

“Yo hace once años que trabajo en la salud pública. Cuando comencé, en realidad, el trabajo comunitario era como una cosa que no se entendía mucho: “¿y a qué, cómo y dónde?...”; “¿...y cuál es el beneficio del centro de salud?” Hoy, en realidad, son otras las condiciones pero también existe como esa doble lectura: “Bárbaro, sí, hace actividades afuera pero no me descuides el servicio”

Lo que se genera ahora es una demanda más explícita hacia ese tipo de tareas pero también una contradicción entre las mismas y la atención en consultorio. Se plantea que se sigue exigiendo la misma dedicación al trabajo individual y además se agrega el comunitario. Esto genera una tensión de difícil resolución en tanto las expectativas de médicos y usuarios se basan en la atención individual.

La directora de un centro de salud planteaba al respecto:

“... el concepto ha cambiado en cuanto a la forma de trabajo; cada vez es menos..., de eso se quejan mucho los técnicos, cada vez es menos lo que hace el servicio social desde el punto de vista individual; el servicio social trabaja más como yo te dije, a través del trabajo en grupos, trabajo en la comunidad...”

Cuando habla de los técnicos, se refiere a los médicos que como señalaba se quejan mucho y según ella la presionan. Sienten, según palabras de la entrevistada, que el servicio social no responde a sus necesidades “de apoyo”, agregaba: “están muy acostumbrados al trabajo individualista y personalizado de otros tiempos”

La Directora al plantear los cambios producidos lo hace en términos de:

“Claro, ellas se reúnen en forma periódica con un coordinadora técnica... y con todas las asistentes sociales del primer nivel y ellas van marcando el perfil. Hay digamos que hay una decisión de rol, pero lo que yo veo, a través de lo que ellas plantean, es un cambio de su perfil; es decir, que apunte a trabajar más a nivel comunitario, grupal. Ellas consideran que se obtienen mejores resultados, que de una forma individual y personalizada que se hacía antes”

Sorprende que adjudique el cambio de rol únicamente al Trabajo Social, no se habla de una negociación o de demandas políticas a partir de un cambio de modelo. Aparece la profesión como completamente autónoma para decidir su rol dentro de la institución.

Si bien se señala que ambos trabajos son importantes, se hace énfasis en no descuidar el trabajo en consultorio. Una de las salidas que se plantea, para resolver esta tensión es según planteaban varias asistentes sociales y direcciones incorporar nuevos recursos humanos de Trabajo Social al primer nivel de atención. Podemos leer esta situación en términos de que se le agregó mayor demanda de trabajo a la profesión sin aumentar los recursos destinados a ello.

5. Trabajo interdisciplinario

En cuanto a este tema encontramos, que a nivel discursivo aparece con mucha fuerza como un “deber ser” o como una característica fundamental de la atención en este nivel de intervención de la salud.

Se señala que se ha avanzado en esta forma de trabajo:

“Este año estamos trabajando bien, con unas situaciones bastante complejas de maltrato que han venido, hemos hecho entrevistas conjuntas; hay como otra apertura y otra forma de trabajar en equipo”

Una lectura que podemos hacer es que, a partir de la formación de grupos de trabajo a cerca de problemáticas específicas, se ha aprendido a trabajar en conjunto. En estos

casos se tienen cursos de capacitación que de alguna manera aportan a tener una mirada común del problema. Así mismo, aporta al fortalecimiento de este trabajo el hecho de que se cuenten con horas estipuladas de reunión. Estos espacios de intercambio favorecen la discusión y la construcción en conjunto del problema y sus formas de intervención valorando el aporte de cada profesión.

Pero también se plantea que:

“Son pocas las instancias de encuentro que permiten poder trabajar de manera integral y poder trabajar en equipo. Y cuando hubieron..., en los que está instaurado hay serios problemas en la integración del equipo porque no todos tienen la misma visión de cómo abordar una problemática.”

Se señala que la mayoría de las situaciones que se abordan desde la profesión no entran en ninguno de los programas señalados y que en esos casos el trabajo interdisciplinario se vuelve muy difícil. Se habla de algunos médicos que se acercan a plantear situaciones que han derivado, que preguntan y se preocupan por conocer la mirada del servicio social. Pero no siempre esto se da así.

Por parte de las profesionales de Trabajo Social se plantea que una de las principales dificultades para el trabajo interdisciplinario es la poca apertura que tienen en general los médicos para pensar y trabajar con otros.

6. Limitaciones para el desempeño profesional

Nos adentraremos en este apartado a presentar y analizar cuales son las principales limitaciones para el desempeño profesional según las trabajadoras sociales en el primer nivel de atención de salud.

Una de las limitaciones que surge con mucha fuerza tiene relación con la cantidad de demanda de trabajo con que cuentan las asistentes sociales. Señalaban al relatar un día típico de trabajo que, más allá de la programación que puedan realizar de la tarea,¹⁶

¹⁶ El Servicio Social funciona en el primer nivel de salud, en lo referente a la atención en consultorio como el resto de las disciplinas o especialidades. Los usuarios del servicio, cuando son derivados por otros profesionales o desean hacer una consulta a las asistentes sociales sacan hora en la ventanilla

constantemente reciben consultas espontáneas, tanto de usuarios como de otros profesionales. Esto determina que las jornadas de trabajo sean “*muy movidas*” según palabras de una entrevistada.

Una entrevistada señalaba que la población objetivo con la que trabaja el Servicio Social del primer nivel de atención ha ido ampliándose a lo largo del tiempo. Agregaba que originariamente se trabajaba especialmente en el programa Materno infantil pero ahora:

Los programas definidos como “prioritarios” es toda la población, ¿no?: porque tenemos “la niñez”, “el adolescente”, “mujer y género”, tenemos “adulto”, “adulto mayor”: nadie escapa. Ahora bueno, pasa que también si uno quiere trabajar seriamente en un programa hay otros que los sobrepas. Hoy lo que no es “Salud Mental”, todo lo demás lo trabajamos nosotros.

¿Que consecuencias tiene esto sobre el desempeño profesional? Según expresaba una asistente social:

“Las principales limitaciones son la falta de tiempo, que no podemos hacer los seguimientos como realmente quisiéramos. Tenemos que hacer seguimiento, recontactar a las familias, contactar con las instituciones de la zona, bueno, lo necesario para cada situación, ...volver a llamar a las familias, citarlas si no vinieron en el día que acordaron (...); y muchas veces, para eso no hay tiempo”

Esta situación cuestionaba a muchas profesionales, el hecho de no contar con el tiempo necesario para intervenir en cada situación que se presenta, atenta contra la calidad del trabajo profesional y determina un tipo de atención. Una asistente social explicaba:

“Corremos peligro de no separarnos de esto de la atención médica que es, bueno: “Le duele la cabeza: tome esto y ya está, afuera.”

correspondiente. Al comenzar el horario de trabajo las asistentes sociales levantan la agenda diaria con las historias clínicas de los usuarios a atender.

Muy vinculado al tema que mencionábamos encontramos por parte de las profesionales una crítica al modo en que su trabajo es evaluado. Ellas deben registrar su trabajo en un parte diario en los que deben anotar la cantidad de consultas realizadas, la problemática de que trataban¹⁷, si se realizan actividades comunitarias, visitas domiciliarias, etc. En base a estos registros se calcula lo que se denomina “productividad” y en base a esto se evalúa el trabajo. ¿Qué datos se toman en cuenta?

Nos explicaban que el principal indicador es la cantidad, de entrevistas realizadas (en consultorio o domicilio), de actividades educativas, etc. Una de las críticas que se realizaba es que muchas veces las demandas espontáneas son tan concretas que no se llegan a registrar. Además no se toma en cuenta que dadas las características de este trabajo profesional, se hace necesario un tiempo en el que no se “atiende usuarios” pero se trabaja en las situaciones que ellos plantean: coordinaciones dentro del centro, llamados telefónicos, elaboración de informes, entre otras cosas.

Existe otro elemento fundamental, que tiene que ver con las particularidades del Trabajo Social, que una entrevistada traía a consideración:

“El pienso no está contemplado: es como que vos estás trabajando mientras tengas un usuario sentado ahí; el usuario se fue y ya: “¡No estás haciendo nada!; ¡ah, no estás haciendo nada!”; y aquello del registro, del pensar, de repensar aquello que una escribió ahí a la apurada, sobre todo en trabajo con familias requiere de un tiempo, como para ir fijándose estrategias, ir acordando, ¿no?”

Este elemento nos habla de una interpretación del trabajo profesional. Bentura (2006: 156) plantea que en el campo de la salud la demanda institucional es de tipo instrumental y asistencial más ligada al “hacer que al saber”. Así mismo Grassi (1994:53) plantea que tradicionalmente la práctica profesional permaneció a nivel de

¹⁷ Este es otro elemento que generaba según una entrevistada inconvenientes ya que es un elemento que no refleja realmente la realidad de las situaciones que presentan los individuos. Según planteaba el parte diario tiene un conjunto de opciones cerradas de “problemas” en base a los cuales se debe codificar. Esto genera que muchas veces lo sistematizado no se ajuste a las situaciones.

la experiencia, de la acción sostenida en el conocimiento inmediato. La transformación de esta situación nos lleva nuevamente a plantear la importancia de la investigación para el quehacer profesional.

Desde las direcciones de los Centro de Salud se comparte la visión de las trabajadoras sociales sobre la cantidad de demanda de trabajo y se hace incapié en la necesidad de incorporar más recursos humanos. Pero a este nivel no se cuestiona el tipo o la calidad de la atención sino que se hace énfasis en la cantidad de usuarios y programas en los que trabajar. Queda pendiente a la profesión plantear más allá de la cantidad, la calidad del trabajo y la importancia, que como mencionaba una profesional, tiene para el Trabajo Social el “pienso”.

Sin lugar a dudas las limitaciones que se presentan en el primer nivel de atención de salud determinan la inserción del Trabajo Social influyendo en la forma en que los profesionales pueden (más allá de lo que se considere pertinente a nivel discursivo) realizar una entrevista, trabajar en la construcción de las demandas, realizar seguimientos de situaciones complejas, abordar integralmente las situaciones, registrar y sistematizar su trabajo.

Nos preguntamos entonces como se construye la identidad del Trabajo Social en este campo, como estas determinaciones objetivas del trabajo influyen en la representación subjetiva de la profesión. En el próximo capítulo profundizaremos en torno e estas consideraciones.

V. IDENTIDAD PROFESIONAL EN EL CAMPO

Comenzaremos este capítulo realizando algunas consideraciones acerca del concepto de identidad. Teresa Matus (s/d) plantea que el concepto debe ser pensado en la trama de su movimiento. Señala que *“la identidad se puede entender como una esencia, como algo sagrado e inmóvil, en este caso la identidad se descubre, en tanto el ser es uno, finito e inmóvil. Nuestro trabajo se posiciona desde otro lugar entendiendo la identidad, según Matus, como construcción, “una tarea a construir porque el ser está en movimiento”.*

Intentando ser fieles a esta postura, durante el desarrollo de este trabajo hemos intentado rescatar “el movimiento” de la profesión a lo largo de su historia, entendiendo que la comprensión del mismo resulta fundamental para profundizar el conocimiento del objeto de estudio planteado. Así mismo el título de este documento intenta reflejar dicha postura epistemológica.

A lo largo del proceso de realización de entrevistas, indagando sobre diversos temas, nos hemos encontrado con que la identidad del profesional en el campo de la salud se construye, podríamos decir, como reacción frente a un modelo anterior.

Una entrevistada señalaba:

“En Salud Pública, tienen como ese ideal de que el asistente social es igual a visita domiciliaria, y como nosotros decimos: “La visitadora social ya no existe”

Se marca constantemente una ruptura con un modelo, asociado a la génesis de la profesión, catalogado como asistencialista y caracterizado por una función disciplinadora. Recordemos que las visitadoras sociales (como aún se sigue llamando en ocasiones a las profesionales) surgen en la época que hemos denominado disciplinadora, con la función de controlar que los sujetos cumplieran con las normas de higiene y conducta que marcaba el higienismo¹⁸. Las asistentes sociales

¹⁸ Para profundizar en este punto ver: Acosta, Luis (1997): *“Modernidad y servicio social: un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay”* Disertación de Maestría presentada a la Escuela de Servicio Social de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

entrevistadas, insisten en aclarar que la “visita”, denominada por ellas entrevista en contexto domiciliario es una herramienta más de trabajo y que se utiliza solo cuando se valora necesario para el proceso de intervención. Consideramos que esta precisión lingüística y aclaración del sentido del término implica un posicionamiento que como planteábamos intenta romper con una imagen profesional del pasado.

Interesa también agregar que varias profesionales resaltaron que la asistencia que se brinda resulta en ocasiones escasa ya que visualizan limitaciones en los recursos, tanto comunitarios como a nivel de las políticas sociales. Reforzaban la idea de que la principal función consistía en la promoción de los derechos de los sujetos de acción profesional.

Como en otro momento señalábamos, las profesionales sienten que tienen que estar constantemente explicando en que consiste su trabajo, tanto al resto de los trabajadores de la salud como a los usuarios de los servicios. Esto tiene que ver con el hecho de que está instituida históricamente una forma de intervención del Trabajo Social en el campo, esto es sentido como “*un lastre muy pesado que arrastramos*” como decía una asistente social.

Otro elemento que aparece con fuerza, incidiendo, según entendemos en la construcción de la identidad es la subordinación. Una entrevista relataba en referencia al tema:

“Porque el poder médico está instituido hace años a nivel de la Salud, y nosotros quedamos como una disciplina “al servicio de” y es muy difícil cambiarlo por más que hay algunos que te escuchan, te consideren o te tengan en cuenta”

Con respecto a este tema Bentura (2006:154) señala que existen tres elementos que influyen en que la profesión de sitúe en un lugar de menos valor o poder: “*la feminización, pertenencia a estratos sociales “mas pobres” respecto a las otras licenciaturas y la presencia de un compromiso de tipo vocacional con la profesión, o*

mas bien, vocación de servicio". Estos elementos, señala la autora, contribuyen a reproducir la dificultad de las profesionales para posicionarse en lugares de mayor relevancia y para tener una mayor valoración de su trabajo *"consolidando una identidad profesional vaga en la que nos cuesta definir lo que somos y lo que hacemos"*

Una entrevistada señalaba:

"Tenemos cierta autonomía para trabajar, y hay un montón de cosas que se pueden revertir y también está en nosotros que no lo hayamos revertido antes y en las posturas del colectivo dentro de esta institución."

Esta opinión refuerza la idea de que más allá de las configuraciones de poder establecidas y legitimadas en el campo, son los propios profesionales del Trabajo Social quienes tienen el mayor compromiso de transformar esta situación. Consideramos que la preocupación que presentan las trabajadoras sociales a cerca de la definición del rol tiene que ver con la necesidad de adquirir mayor seguridad para poder situarse de manera distinta en un contexto que está abriendo nuevas posibilidades para la profesión¹⁹.

Otro elemento que está muy relacionado con el desarrollo que venimos realizando es la preocupación que presentan las entrevistadas por el funcionamiento del colectivo de profesionales del primer nivel de atención. Según relataron el mismo se reúne una vez al mes con una coordinadora y se van generando acuerdos en cuanto a la intervención profesional en el campo. En relación al trabajo que se realiza una entrevistada señalaba:

"Creo que ahí tenemos un gran debe de no haber sabido, hasta ahora, potenciar esos espacios con un producto realmente que nos de como cierto orgullo, deberíamos hacer una propuesta concreta de trabajo"

¹⁹ Cabe señalar que en varios Centros de Salud las asistentes sociales comienzan a situarse en lugares de mayor poder como por ejemplo en la subdirección del Centro de salud de Sayago y la coordinación del Equipo de Salud Mental en Piedras Blancas.

Consideramos que la preocupación y la demanda hacia ese espacio colectivo es que en él se logren mayores acuerdos y propuestas que brinde a las profesionales un respaldo que genere más seguridad en este momento de redefiniciones.

En referencia a lo anterior una profesional mencionaba:

“Tampoco podemos estar llorando siempre, si no proponemos, no escribimos, no planteamos; en realidad nos faltan los tiempos para eso pero tendríamos que tener la capacidad de organizarnos de manera diferente para tenerlo. Cambiar la visión depende de nosotros.”

Por último interesa mencionar otro elemento que incide en la construcción identitaria de los profesionales del campo. Una asistente social explicaba:

“Es un colectivo que está muy desprestigiado, se creía que éramos lo peor de lo peor, que la gente que trabajaba en salud éramos los más burros de todos los profesionales del Trabajo Social, o por lo menos hasta hace unos años se pensaba.”

Profundizar en este punto escapa los objetivos de este trabajo pero interesa señalar que Bentura (2006) ha profundizado en torno a la relación de alejamiento entre el Trabajo Social en el campo de la salud y el campo académico.

De este desarrollo se desprenden algunos desafíos para la profesión que presentaremos en el último capítulo a modo de síntesis del trabajo realizado.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Retomando algunas ideas, de las últimas planteadas, importa señalar que “*Gente en obra*” implica reconocer que los profesionales insertos en el primer nivel de atención a la salud son constructores protagonistas de su inserción, de la definición del rol profesional, sus funciones y objetivos de intervención.

Reconociendo esto es que consideramos pertinente en el final de este documento adentrarnos en cuales son las oportunidades y desafíos que surgen para ellos a partir del trabajo realizado.

Creemos que la oportunidad principal refiere a que, como hemos mencionado, la reforma de la salud, plantea un contexto de cambio para el campo que podría habilitar modificaciones con respecto al rol profesional. Hemos escuchado por parte de las entrevistadas que existe apertura desde las instituciones a las propuestas que puedan generarse desde la profesión. Dicha apertura puede asociarse al reconocimiento de una autonomía profesional, más allá de las negociaciones que surgen a partir de las demandas institucionales como en cualquier otro espacio de inserción laboral. Por último, muy ligado a lo anteriormente señalado, se percibe una mayor valorización del rol profesional y de su aporte para la atención a la salud, tomando en cuenta el discurso de atención integral que el nuevo modelo implica.

El desafío está en poder aprovechar este contexto favorable para la profesión. Del trabajo realizado surgen a nuestro entender dos estrategias que permitirían fortalecer al Trabajo Social en el campo de la salud.

Por un lado resulta relevante fortalecer el proceso colectivo de los profesionales en el primer nivel de atención de manera de lograr generar un espacio de relevancia “política” desde dónde se puedan hacer acuerdos y propuestas que generen mayor respaldo para los trabajadores sociales. En este sentido opinamos que sería muy rico considerar la asistencia de una asesoría o consultoría externa que permitiera reflexionar en torno al proceso del colectivo y su afianzamiento²⁰.

²⁰ Sin lugar a dudas esta propuesta desconoce los recursos económicos a los que podría acceder el colectivo para sostener dicha asesoría.

Por otra parte, hemos hecho referencia en varias oportunidades a lo largo de este documento de la importancia y pertinencia que la investigación tiene para la inserción profesional en el campo. Surge como desafío por lo tanto lograr sistematizar, y producir conocimiento con respecto a la intervención en el campo de la salud que logre comunicarse al resto de los profesionales. Consideramos que este factor fortalecería mucho el trabajo profesional, por un lado hacia la interna de los profesionales brindando elementos que enriquezcan la intervención. Por otro lado, no menos importante, ayudaría a reafirmar la importancia del aporte profesional en la atención a la salud, mostrando y explicando qué se hace y cuáles son los logros de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Barran, J.P. (1995): "*Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III: La invención del cuerpo*". Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- Bentura, Celmira (2006): "*Trabajo Social en el campo de la salud*" Tesis de Maestría en Trabajo Social de la UDELAR. Montevideo-Uruguay
- Bourdieu, Pierre (1997): "*Capital Cultural, Escuela y Espacio social.*" Ed. Siglo XXI.
- Castel Robert. (1997). "*La metamorfosis de la cuestión social*". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- De Martino, Mónica (2001) "*Perspectivas teórico-metodológicas para el análisis de la intervención técnica en procesos familiares*". Documento de Trabajo N° 20. Dpto. de Trabajo Social – FCS. Montevideo.
- _____ (2001) "*Políticas Sociales y Familia. Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista*". Revista Fronteras Nro. 4. Montevideo.
- _____ (1999): "*Una breve aproximación a la producción de conocimientos y procedimientos metodológicos*". Revista de Trabajo Social N°17. EPPAL, Montevideo-Uruguay.
- Donzelot, J. (1986) "*A polícia das famílias*" Zahar. Río de Janeiro.
- Dornell, Teresa. (2003): "*Las redes sociales, los territorios y la participación social. Una tríada en discusión*". Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR, Montevideo-Uruguay.
- Filgueira, Fernando (1998): "*El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*" en Roberts B. Ciudadanía y Política Social Latinoamericana. Ed. FLACSO/SSRC. Costa Rica.
- Foucault, Michel (1992): "*A política da saúde no século XVIII*" en "Microfísica do Poder".GRAAL. Río de Janeiro.
- _____ (1992): "*O nascimento da medicina social*" en "Microfísica do Poder".GRAAL. Río de Janeiro.
- Franco, Rolando (1996): "*Los paradigmas de la política social en América Latina*". Revista de la CEPAL N° 58. Santiago de Chile.
- Grassi, Estela. (1994): "*La implicancia de la investigación social en la práctica profesional de Trabajo Social*". Revista de Trabajo Social., s/d, Barcelona-España.
- Kosik, Karen. (1965):"Dialéctica de lo concreto". Grijalbo. México
- Lasch, Christopher (1991). "*Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?*" Paz e Terra. Río de Janeiro.
- Laurell, Cristina (1992) "*Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*" Fundación Friederich Ebert. México.
- Láuz, Iris. (2005): "*La participación ciudadana en salud*". Revista Regional de Trabajo social, n°33, Montevideo.

Matus, Teresa (s/d) “*Identidad profesional: hacia una construcción polifónica*” Revista de Trabajo Social Nº 71. Chile

Mioto, Regina Tamasso (1997) “*Família e Serviço Social: contribuições para o debate*”. Serviço Social e Sociedade. Nº 55, Ano XVIII, Cortez Editora, São Paulo.

_____ (2001) “*Novas propostas e velhos princípios: Subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar*” Revista Fronteras Nro. 4. Montevideo.

Mitjavila, Myriam. (1992): “*Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización*”. Cuadernos del CLAEH, nº 62. Montevideo.

_____ (1998): “*El saber médico y la medicalización del espacio social*”. Documento de Trabajo Nº 33. Dpto. de Sociología – FCS. Montevideo.

Montaño, Carlos (1998): “*La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*” Cortez Editora, São Paulo.

Netto, Clara (s/d): “*Redes sociales, salud y participación. Un análisis crítico*” En: “La salud de todos: desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo. Intendencia Municipal de Montevideo, Unión Europea e Instituto del Hombre. Montevideo – Uruguay.

Ortega, Elizabeth (2003) “*El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista*” Tesis de Maestría en Trabajo Social de la UDELAR. Montevideo-Uruguay

Ortiz, Renato (1994): -Organizador- Pierre Bourdieu. Colección Grandes Cientistas Sociais. Ed. Ática. Brasil.

Parsons, Talcot (1970) “*La estructura social de la familia*”. En AAVV, “*La Familia*”. Ediciones Península, Barcelona.

Pereira, Potyara (2002) “*Necesidades humanas: para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia*”. Cortez Editora, São Paulo.

Robbins, S. (1999): “*Comportamiento organizacional*”. Editorial Prentice Hall, México.

FUENTES DOCUMENTALES

Ley Nº 18 211 extraído de www.parlamento.gub.uy

**PAUTA DE ENTREVISTA PARA TRABAJADORES SOCIALES
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD**

- **¿Podría relatarme un día típico de trabajo en el Centro de Salud?**

Objetivo: Relevar las condiciones de trabajo y la construcción subjetiva que el profesional realiza en torno a su trabajo.

- **¿Cuáles son, a su entender, los principales problemas que presentan las familias que se acercan al servicio de salud?**

Objetivo: Indagar las demandas de las familias hacia el trabajo Social inserto en instituciones de salud.

- **¿Cuáles son las problemáticas de las familias que son derivadas por otros profesionales de la salud?**

Objetivo: Conocer las demandas de otros profesionales hacia el Trabajo Social.

- **¿Cuáles son las demandas de la institución con respecto al Trabajo Social con familias?**

Objetivo: Indagar las demandas de la institución de salud hacia el Trabajo Social.

- **¿Cómo interviene el Trabajo Social en la resolución de los problemas de las familias?**

Objetivo: Indagar cómo se interviene frente a las problemáticas y con qué objetivos.

- **¿Qué estrategias de intervención se utilizan con las distintas problemáticas que se presentan?**

Objetivo: Indagar cómo se interviene frente a las problemáticas y con qué herramientas técnicas.

- **¿Cómo considera que es la relación entre los médicos y los trabajadores sociales en las instituciones de salud?**

Objetivo: Investigar como es la relación entre los médicos y trabajadores sociales.

- **¿Cuáles considera que son las principales limitaciones que la institución de salud, o el modelo de atención, imprime en la intervención profesional con familias?**

Objetivo: Investigar las limitaciones que el campo de la salud imprime en el Trabajo Social con familias.

- **¿Cuáles son a su entender las ventajas que este campo de inserción profesional aporta al trabajo social con familias?**

Objetivo: Investigar las ventajas que el campo de la salud imprime en el Trabajo Social con familias.

- Existe una autora que señala:
“Los ciudadanos piensan y viven de modo diferente al de las burocracias tradicionales existentes en las instituciones a las que recurren para resolver sus problemas. Lo que a ellos les importa es su vida integral y NO compartimentada en unidades administrativas o por especialidades” (Láuz, Iris, 2005:38)

¿Considera usted, que esto es un problema que viven las familias en las instituciones de salud del primer nivel de atención? ¿Cómo aporta el Trabajo Social a esta situación?

Objetivo: Conocer la concepción que los trabajadores sociales del servicio se tienen sobre la atención integral a las familias y el aporte de la profesión a ello.

PAUTA DE ENTREVISTA PARA DIRECTORES DE CENTRO DE SALUD

- **¿Cuáles son, a su entender, los principales problemas que presentan las familias que se acercan al servicio de salud?**

Objetivo: Investigar sobre las características de las familias usuarias del servicio.

Indagar las concepciones de familia que maneja el entrevistado.

- **¿Cómo se espera que el Trabajo Social intervenga para la resolución de dichos problemas?**

Objetivo: Conocer las demandas que desde la dirección del Centro de Salud existen hacia la profesión.

- **¿Considera usted que el Trabajo Social logra intervenir efectivamente en la resolución de dichos problemas?**

Objetivo: Indagar la valoración del trabajo o aporte de la profesión en el campo de la salud.

- Existe una autora que señala:

“Los ciudadanos piensan y viven de modo diferente al de las burocracias tradicionales existentes en las instituciones a las que recurren para resolver sus problemas. Lo que a ellos les importa es su vida integral y NO compartimentada en unidades administrativas o por especialidades” (Láuz, Iris, 2005:38)

¿Considera usted, que esto es un problema que viven las familias en las instituciones de salud del primer nivel de atención? ¿Cómo aporta el Trabajo Social a esta situación?

Objetivo: Conocer la concepción que desde la dirección del servicio se tiene sobre la atención integral a las familias y el aporte de la profesión a ello.