

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

Identidad y autonomía en trabajo social. Un acercamiento
a las prácticas de trabajadores sociales del primer nivel de
atención en salud en la región este de Montevideo

Martina Vela
Tutora: **María José Beltrán**

2016

Agradecimientos

Resumen

En las páginas que siguen serán analizadas y problematizadas las prácticas del profesional de Trabajo Social, precisamente en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud Pública. Esto, a la luz de las marcas que el origen de la profesión, vinculado estrechamente al campo de la Salud, ha dejado en la misma. Procesos como el higienismo, el disciplinamiento y el batllismo estarán situando el surgimiento de la profesión en Uruguay, como profesión que interviene en la cuestión social.

Cambios políticos, económicos y sociales, sucedidos en la sociedad uruguaya en el siglo XX han incidido –con diferentes matices- en el desarrollo de la profesión, abriendo nuevas interrogantes que han formado parte de la renovación y reconceptualización del Trabajo Social, a la vez que han frenado este proceso –la dictadura precisamente- extendiendo el tiempo que le ha tomado derivar en la profesión que hoy se conoce como Trabajo Social dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Seguidamente, categorías como las de *campo*, *habitus*, *identidad* y *autonomía* ilustraran el análisis de cuestiones que hacen a la profesión tal como hoy es concebida en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud Pública. Cada una con las diferentes implicancias que se entienden en la profesión.

Finalmente, teniendo como marco contextual los cambios transitados por Uruguay en cuanto a políticas sanitarias, se analizan los discursos a la luz de las categorías mencionadas, trayendo lo referido al origen de la profesión para comprender las prácticas actuales.

Índice

Introducción	5
CAPITULO I: La historia del Servicio Social uruguayo.....	9
Caracterización del origen del Servicio Social en Uruguay	9
La Salud como campo de formación del Servicio Social como profesión	11
Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU).....	15
La Asistencia Social	16
De Servicio Social a Trabajo Social, de Escuela de Servicio Social a Facultad de Ciencias Sociales.....	17
CAPITULO II: Algunas aproximaciones conceptuales para comprender las prácticas del Trabajo Social en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud Pública	19
Campo: campo de la Salud y campo del Trabajo Social.....	19
Trabajo Social e Identidad.....	24
Trabajo Social y Autonomía.....	27
CAPITULO III: Campo de la Salud en Uruguay: Primer Nivel de Atención y Trabajo Social....	30
Organizaciones y marcos internacionales	30
Reforma sanitaria en Uruguay.....	33
Primer Nivel de Atención: ¿un campo fértil para la profesión de Trabajo Social?	36

Introducción

El siguiente documento es elaborado con el fin de finalizar la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, siendo la elaboración de este, requisito excluyente para el egreso según del Plan de Estudios 2009 vigente en la institución.

Como tema se ha seleccionado las prácticas profesionales del Trabajo Social en el primer nivel de atención en salud, referenciadas en la región Este de la ciudad de Montevideo.

El tema surge a partir de haber realizado las prácticas pre-profesionales vinculadas a la intervención familiar e individual en el marco de la salud, precisamente en el “Instituto Nacional de Reumatología Dr. Moisés Mizraji. Unidad de ejecución 010. Centro de Rehabilitación ‘Casa Gardel’”. Allí, las tareas realizadas se vinculaban a la intervención en situaciones individuales y familiares de sujetos que se encontraban asistiendo al proceso de rehabilitación en el centro; a la vez, se resolvían consultas concretas de quienes asistiendo al centro, solicitaran de los servicios del Trabajo Social.

Actualmente, la motivación personal por el campo de la salud se potencia dada la inserción en el primer nivel de atención de quien escribe, en el marco de una pasantía de Trabajo Social de la Intendencia Municipal de Montevideo. Desarrollada en la Policlínica INVE 16, ubicada en Malvin Norte, zona de la ciudad de Montevideo. Encuadrando de esta manera el tema concreto, vale decir: las prácticas profesionales que dan lugar a la construcción de la identidad de los Trabajadores Sociales que se encuentran insertos en el primer nivel de atención en salud, delimitados en la Región Este de Montevideo.

El objetivo general es describir y analizar las prácticas -a la luz de la construcción de la identidad profesional de los Trabajadores Sociales vinculados al Primer Nivel de Atención en Salud Pública en la región Este de la ciudad de Montevideo.

En cuanto a los objetivos específicos se definen de la siguiente manera:

- Conocer las funciones que desarrolla el Trabajo Social en el primer nivel de atención en salud de la región Este de Montevideo.
- Indagar si existe formación luego del egreso de los profesionales de Trabajo Social insertos en el Primer Nivel de Atención en Salud Pública de la región Este de Montevideo, vinculando esto a la identidad de estos profesionales.

- Problematizar las prácticas de los profesionales del Trabajo Social en cuanto a la autonomía en su campo de trabajo en el nivel de atención en salud en la región Este de Montevideo.

El análisis pondrá un énfasis en la construcción de la identidad de los profesionales del Trabajo Social especialmente aquellos insertos en el campo de la salud. Campo que, es acotado al ámbito de intervención del primer nivel de atención en salud. Para desarrollar el análisis correspondiente se tomarán los aportes de Pierre Bourdieu, en cuanto a los conceptos de campo y al de *habitus*. En referencia a la noción de identidad serán utilizadas las ideas de Gentilli (1994). En cuanto a la discusión que se propone exponer respecto de la autonomía de estos profesionales en el campo en cuestión, se verá influenciada por las nociones que sugiere Friendson () de la categoría.

En esta línea, surgen algunas interrogantes que se pretenden responder a lo largo del documento. ¿La profesión de Trabajo Social logra la autonomía que considera necesaria para desarrollar su intervención tal y como le es propia, en el campo de la salud? Y, precisamente, en el primer nivel de atención en la salud, donde se corresponde a una intervención a nivel comunitario. Por otra parte, pero en estrecha relación: ¿Cuál es la identidad que se construye el Trabajador Social del campo de la salud, en este caso, en el primer nivel de atención? Ésta, ¿se diferencia en forma relevante de la identidad de los antecesores de la profesión?

La metodología seleccionada para el documento es la investigación cualitativa considerando los aportes de Valles (1999). Como método principal de estudio se han seleccionado las entrevistas en profundidad y semi-estructuradas, desarrolladas con profesionales de Trabajo Social vinculados al primer nivel de atención en salud en la región correspondiente al tema.

Parece preciso optar por un “diseño metodológico flexible” desde las ideas de Valles (1999), “(...) un plan de investigación que incluya muchos de los elementos de los planes tradicionales, pero reserve el derecho a modificar, alterar y cambiar durante la recogida de datos.” (Valles; 1999: 77)

Se entiende con lo antes expuesto que, en el transcurrir de la elaboración de la investigación tenga lugar la modificación por ejemplo, de la región seleccionada, lo cual determinara la muestra de población tomada para el trabajo de campo y modifica en parte el tema general de la Monografía. A la vez, se tiene la posibilidad de modificar objetivos, así como las cuestiones sobre las que se indagara en las

entrevistas.

Desde el modelo de investigación flexible se considera que,

En el campo, el investigador considera toda conversación entre él y otros con formas de entrevista... El investigador encuentra innumerables ocasiones –dentro y fuera de escena, en ascensores, pasillos, comedores e incluso en las calles- para hacer preguntas sobre cosas vistas y oídas... Las conversaciones pueden durar sólo unos pocos segundos o minutos, pero pueden conducir a oportunidades de sesiones más extensas” (Schazman y Strauss, 1973, 71)

Si bien las entrevistas fueron realizadas de manera formal y coordinada, el diseño de investigación flexible permite que en el proceso de trabajo de campo puedan ser tomadas ocasiones informales, tales como llamadas telefónicas o encuentros fortuitos –dado el tránsito de quien escribe en el campo laboral vinculado al Primer Nivel de Atención en Salud-, como momentos de los que se puedan tomar datos relevantes que luego sean puestos en escena en el análisis o bien, contribuyan al curso del trabajo de campo.

Entendiendo la entrevista como una conversación entre el investigador y el entrevistado, se privilegian los espacios de entrevista semi-estructurada, la misma es “(...) guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado.” (Valles, 1999, 179).

Concretamente las entrevistas semi-estructuradas se realizaron con seis Trabajadoras Sociales, eligiendo a una referente de cada Centro de Salud de la Región en cuestión. Logrando el contacto con las protagonistas mediante la técnica de “bola de nieve”, es decir consultando desde la primera entrevistada por otras colegas, llegando así a contactar a cada de una de las profesionales que finalmente fueron las que formaron parte del trabajo de campo de la investigación.

La monografía se expone en tres capítulos. El primero de ellos describe la historia de la profesión del Trabajador Social, marcando su origen y desarrollo en el campo de la salud. Seguidamente en el segundo capítulo, se exponen las categorías de análisis principales que arrojan luz al tema central del documento: campo, identidad y autonomía de las profesiones, las que son los constructos teóricos que serán desarrollados y problematizados en relación al Trabajo Social como profesión que – como ya ha sido mencionado- emerge asociada al campo de la salud. Por tercer capítulo toma lugar el análisis de los datos recabados mediante entrevistas a

informantes calificados, enmarcados en las políticas de salud que, corresponden en nuestro país, al campo laboral por el que han sido contactados. Las prácticas profesionales obtenidas de los discursos son analizadas en el marco de las categorías plasmadas en el capítulo anterior. Por último, se presentan las consideraciones finales que el proceso de elaboración del documento ha generado en quien escribe.

Se pretende que el documento aporte en reflexión a la identidad de la profesión, tanto a estudiantes como a egresados, en cuanto a las prácticas de intervención y la constante formación que reclama el Trabajo Social para sus profesionales. Principalmente el aporte se dirige a quienes estén en cercanía con el campo de la salud en el nivel aquí analizado, o tenga interés en insertarse en él.

Un especial aporte se procura hacer a las instituciones de la salud y a los profesionales que en ellas se insertan, a modo de dar a conocer aspectos sumamente relevantes para el trabajo en equipo y en territorio, en los que participa el Trabajo Social y aquí se pretenden analizar.

Finalmente, se pretende dejar las puertas abiertas a futuras investigaciones que continúen en la línea del análisis de las prácticas de la profesión del Trabajo Social en el campo de la Salud, exactamente en el Primer Nivel de Atención de este. Este documento representa un puntapié inicial dado su carácter de Monografía final de grado, por tanto, no pretende responder de una vez y para siempre a las interrogantes iniciales, sino por el contrario, dar lugar a nuevas interrogantes y próximas investigaciones.

CAPITULO I: La historia del Servicio Social¹ uruguayo

La historia del Servicio Social uruguayo tiene aquí una relevancia especial como marco conceptual y contextualizador, dado el tema de la monografía, esto es analizar las prácticas de los profesionales del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en Salud Pública en la región optada.

Más allá de que, las determinantes internacionales, precisamente las regionales, tienen su influencia en la formación de los profesionales, al tratarse de una Monografía de grado no parece oportuno el desarrollo de estas por lo que es la historia del Servicio Social uruguayo, la que convoca la atención principal.

Caracterización del origen del Servicio Social en Uruguay

Varios autores han dedicado investigaciones reflejadas en páginas que hablan del origen del Servicio Social uruguayo, en este documento son tomados solo algunos a efectos de caracterizar el proceso. Estos son, Acosta (2001, 2004), Bentura (2006) y Ortega (2008). En común se visualiza que los tres entienden que el Servicio Social surge en el campo de la Salud como profesión, lo que para este documento se torna central.

Bentura (2006) plantea dos posturas al referirse al origen del Servicio Social: la endogenista y la histórico-crítica. Acerca de la primera afirma,

(...) que el origen del Servicio Social se encuentra en la evolución, organización y profesionalización de las primeras formas de ayuda, de la caridad y filantropía, vinculándose en estos momentos a la intervención en la cuestión social. La ayuda social sería entendida como una capacidad humana universal (Bentura, 2006, 41).

Esta postura entiende al origen del Servicio Social “desde dentro de la profesión”, basando la intervención en la organización de las primeras formas de ayuda en torno al surgimiento de la cuestión social como centro de intervención de la sociedad de entonces. Sería entonces la evolución de esta organización de las formas de ayuda lo que ha dado lugar a la profesionalización del Servicio Social, según esta postura.

Muestras de esta perspectiva son, por ejemplo, el surgimiento de Hermandad de la Caridad fundada en la ciudad de Montevideo en 1775. Figurando como principal cometido el de cuidar a los enfermos, teniendo a disposición un cuerpo de médicos al servicio del Hospital de la Caridad para tal función. Es posible entender que esta

¹ Se toma el término “Servicio Social” dado que, las y los autores citados y consultados para elaborar este apartado se refieren de esa manera a la profesión que hoy se conoce como Trabajo Social. Es a efectos de respetar la referencia de estos y no otra la respectiva utilización del término.

Hermandad sea un grupo que “*llevara adelante el Servicio Social en Uruguay*” mediante “formas de ayuda, de la caridad y filantropía” tal como plantea Bentura (2006).

Por otro lado, aparece la postura *histórico-crítica*, la que se percibe en los aportes de Acosta (2004) al exponer que las Hermanas de la Caridad eran quienes dirigían los Hospitales Públicos en Montevideo desde 1889 y, hasta 1905, donde con el batllismo asume la dirección de estos un médico. Con este movimiento reformista -batllismo- es que se da el proceso de secularización de la sociedad uruguaya junto con la medicalización de la misma.

Esta postura asocia el origen del Servicio Social a factores externos a la profesión, básicamente al contexto en el cual afirma surge el Servicio Social, batllismo reformista, momento en el que se lleva adelante la secularización de la sociedad.

En esta línea se visualiza a la cuestión religiosa como “protoforma” del Servicio Social y no, como antecedente de la profesión. Lo que implica que en esta monografía no tendrán un desarrollo detallado los aspectos que la postura *endogenista* propone, simplemente han sido mencionados entendiendo que, a pesar de lo antes dicho, aportan a la comprensión de los orígenes del Servicio Social.

Tal como sostiene Acosta (2001), al respecto de la postura *endogenista*,

La tesis tradicional que veía en la evolución de las protoformas del Servicio Social –vinculadas a la acción filantrópica o caritativa- que fue llevando “naturalmente” a una “tecnificación” de los protagonistas, no da cuenta cabalmente del proceso histórico, aprehenden simplemente la superficie del fenómeno, su forma de aparecer (Acosta, 2001, 94).

En tercer lugar, en este documento se entendió pertinente y ordenado, plantear la postura de Ortega (2008), la que si bien propone al origen del Servicio Social a partir de factores externos a la profesión, no entiende como *histórico-crítico* al proceso de surgimiento por lo que se ha decidido plantearla por fuera de esa postura como un tercer punto de vista.

Con exactitud al respecto del origen de la profesión dice la autora,

(...) el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. En este sentido se puede sostener que el espacio profesional del Servicio Social en el Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la salud (Ortega, 2008, 19)

El énfasis en esta postura esta en considerar los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya como parte de los factores que dieron lugar a la profesión del

Servicio Social. Al decir esto no desconoce que existieron formas de ayuda y caridad vinculadas al Servicio Social las que con la pronta secularización del Estado uruguayo fueron sustituidas por un esfuerzo de parte de este por dar respuesta a las cuestiones sociales merecedoras de intervención, donde emerge el Servicio Social como profesión interventora.

La tercera postura planteada es la que en esta Monografía toma mayor relevancia al momento de posicionar el documento. Es claro, que del origen del Servicio Social hay más autores de los mencionados que dedican trabajos a debatir y proponer formas de surgimiento. El seleccionar algunos y principalmente una postura principal para el documento deviene del escaso espacio y del carácter de Monografía de Grado que tienen las presentes páginas., no es desconocer –ni mucho menos- que la literatura es más extensa. Por tales razones a continuación será desarrollado con más detalle el origen del Servicio Social asociado al campo de la Salud y a los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya.

La Salud como campo de formación del Servicio Social como profesión

Según Acosta (2001: 101),

Al considerar el papel de la institución Iglesia Católica, vemos que sus funciones fueron subordinadas a la corporación médica. Esto no quiere decir que la Iglesia Católica no haya desempeñado ningún papel en la génesis del Servicio Social, pero sí que su participación fue jerárquicamente subordinada a la institución médica.

Se entiende con lo hasta aquí expuesto, que en paralelo a las intervenciones en la cuestión social por parte de las Hermanas de la Caridad, se encontraban las intervenciones de los campos de la educación y la salud. Estos se detectaban como campos prósperos para el desarrollo de la profesión, principalmente el campo de la salud como será desarrollado más adelante. En la cita anterior se percibe que la preeminencia de la institución médica fue tal, que subordinó a su poder el papel que venía desarrollando la Iglesia Católica.

Como plantea Ortega (2008: 32),

Los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población. En ellos se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesiones que, como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como un nexo entre las instancias educativas y/o médicas y las familias, especialmente con relación a las familias pobres.

El surgimiento de la profesión tiene lugar entonces, como mediación entre las familias y otras instituciones, educativas y médicas. Como mediación se entiende que este profesional será quien traduzca el lenguaje de una de las partes -instituciones- para que la otra parte –familia- comprenda la importancia de llevar adelante la vida de sus integrantes bajo ciertas normas que aparecen como parte de la vida moderna, bajo el rotulo de disciplinamiento.

En este sentido agrega Bentura (2006) retomando a Ortega:

Dispositivos como los señalados se inscribían dentro de un proceso más amplio de conformación del Estado Batllista uruguayo de este período. Las características de este proceso tendrán relación con la manera como se construyeron las formas del higienismo en esta etapa así como el Estado se fue apropiando de espacios que anteriormente eran ocupados por otros agentes, asociados con aquellos propios de las organizaciones de caridad y filantropía (Ortega *apud* Bentura, 2006, 55).

El higienismo es el proceso mediante el cual se desarrollaron las formas disciplinadoras del estado uruguayo de la época. Se intervino sobre cuerpos, sanos y enfermos –principalmente- que pertenecían a familias, sobre las que también hubo intervención, como grupo selecto para replicar el orden que se pretendía generar en la nueva sociedad disciplinada. Y, es en este proceso que devino relevante la figura del profesional del Servicio Social, tal como se viene proponiendo.

Al respecto de los cuerpos enfermos y, el control de estos, son plasmadas las ideas de Bentura (2006),

El tratamiento de estas patologías que eran las que más preocupaban en la época estaba asociado no sólo a lo clínico sino a lo social, especialmente en la tuberculosis, para lo cual aparece la figura del inspector, el que mediante el otorgamiento de un subsidio se presionaba para modificar las conductas de los sectores pobres; éste podría considerarse como un antecedente de las futuras visitadoras sociales (Bentura, 2006, 55).

Es claro el rol que adquiría lo social: “controlar” que las enfermedades no se propagaran, buscando “cuerpos sanos”. Entonces, aparece el inspector y un beneficio económico para que las familias pobres pudieran llevar adelante conductas propias de la vida moderna que se pretendía hegemonizar con el disciplinamiento, y así, evitar las enfermedades causadas por “malos hábitos”. Este inspector se percibe como un antecedente del actual Trabajador Social.

Al respecto del inspector dice Acosta (2001),

Este está más interesado en las condiciones sociales de vida de los enfermos, mientras que el otro inspector solo en el cuerpo y en él, solo

en sus órganos genitales. Aquí a través de la pensión o subsidio se presionaba para conseguir cambios en las pautas de comportamiento de las camadas pobres (Acosta, 2001, 112).

El control transitaba por los modos de vida de los individuos y los gastos de estos, si percibían irregularidades en los mismos, tenían la facultad –o poder- de retirar el beneficio económico a las familias, ya que el fin de este era que mejoraran las condiciones de vida en el marco que se entendía “sanitariamente correcto”.

Continuando con los antecedentes del Servicio Social, se hace alusión a los aportes de Bentura (2006: 55), “Las ´enfermeras visitadoras´ son otro antecedente de nuestra profesión. Estas son formadas en la Cruz Roja a partir del año 1925 a pedido de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, creada en 1913”

Seguidamente a estas enfermeras visitadoras, manifiesta Ortega (2008: 32) “(...) aparece como hito fundamental la organización en este periodo del Cuerpo Médico Escolar (...)” Y agrega que este, “(...) tendrá hacia fines de la década del 20, un papel decisivo en la conformación de la primera escuela que formó visitadoras sociales de Higiene en Uruguay, que se instalaría en la órbita del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina”

Este *Cuerpo Médico Escolar* viene a reflejar la impronta educativa y sanitaria que va marcando la función del Servicio Social, así como también va determinando la identidad de los profesionales. Ello, se le va adjudicando como externo a la profesión, entendiendo que se va creando el profesional a imagen de las necesidades y demandas de la época en cuanto a técnicos, que ocuparan el lugar de interventores en la vida social de la población, específicamente en la población pobre.

Las tareas de la Visitadora Social se vinculaban de forma importante al ámbito de la salud, precisamente al higienismo. Estas debían poseer ciertos conocimientos acerca de pautas de disciplinas como la medicina y la enfermería; como también poseer “*conocimientos generales*”². Con esta formación la Visitadora Social era percibida como el técnico nexa entre la familia y las instituciones, entre el médico y la familia, ya que podía transmitir en forma clara las indicaciones del médico y *controlar* que en los hogares de las familias sujetos de intervención, fueran aplicadas y seguidas los modos de vida “recomendados”.

² Dice el Doctor Rafael Schiaffino de las tareas de las “Visitadoras Sociales”“(...) debe conocer las tareas de la enfermera pero “debe sobrepasar esos límites de la asistencia con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene”. Agrega la necesidad de que posea “una buena base de conocimientos generales y condiciones de cultura social más completas” que han de hacer posible su “acción bienhechora”.” (Ortega, 2008, 47)

Manifiesta Ortega (2008),

Según Bralich (1993: 14) no existía, al parecer, precisión en cuanto a la denominación de la profesión. La solicitud del Consejo de Enseñanza Primaria se refiere a “Visitadoras Escolares”, el Consejo de la Facultad de Medicina habla también de “Visitadoras Escolares” al aprobar la colaboración solicitada, pero luego en los documentos del Instituto de Higiene (fichas escolares) se expresa “Visitadoras Sociales” y los títulos otorgados son de “Visitadoras Sociales de Higiene.” (Ortega, 2008, 48)

Con lo citado se entienden las dificultades existentes al momento de denominar a la incipiente profesión del Servicio Social, la que en su devenir histórico y, precisamente en la época que comenta la autora, ha transitado por más de una forma de ser nombrada. Todas tienen en común y aluden al término “Visitadora”, el que deja claro que una tarea fundamental de la profesión se encontraba en llevar adelante “visitas domiciliarias”. Algo que se percibe hasta la actualidad como función adjudicada a quienes se dedican a ejercer el Trabajo Social, tal como se verá en el análisis de las entrevistas realizadas.

Otro antecedente del Servicio Social puede apreciarse en lo que sostiene Ortega (2008)³ en referencia a la “creación de un cuerpo de nurses inspectoras”, las que desarrollaban su accionar también -como se ha venido sugiriendo- en la realización de “visitas domiciliarias”. Nuevamente asociadas estas prácticas al higienismo y al cuidado de los cuerpos, lo que se ve influenciado y transversalizado por la parte social de la vida cotidiana de los individuos, sujetos de intervención de la disciplina.

Sobre la base de la medicalización de la vida social, en el entendido de lo plasmado por Ortega (2008:19), es que se institucionaliza el Servicio Social como profesión. Conlleva un especial énfasis el hecho de que “Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad.” Lo que implica “(...) una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia.” (Ortega, 2008, 27)

Esta intervención es tarea del Servicio Social, el que con el proceso de medicalización accede a intervenir y controlar todas las esferas de la vida de los individuos, dando lugar a una colonización de la sociedad por parte de la medicalización.

³“El doctor Bauzá, quien fuera director del servicio de Protección a la Primera Infancia, proponía como una de las medidas para la disminución de la mortalidad la instrucción a las madres en materia de puericultura. Sugería para ello la creación de un cuerpo de nurses inspectoras que recorriesen los hogares pobres.” (Ortega, 2008, 40)

Respecto a las competencias de la profesión entiende Ortega (2008: 20) que en la época dejan ver,

(...) dos marcas de origen: su construcción estrechamente ligada a la constitución del campo sanitario y una identidad que comienza a ser construida en función de los nuevos modelos etiológicos que afirman la importancia de los factores psicosociales para la salud, ya que parece aquí residir uno de los fundamentos del Servicio Social como profesión preponderantemente orientada al trabajo con individuos y familias.

Al reafirmar la importancia del higienismo para la conformación del Servicio Social como profesión se agrega ahora, el componente psicosocial como relevante para la salud de los individuos y como elemento de intervención para la profesión en cuestión.

Se comparte junto a Acosta (2001: 101) que,

Una de las dimensiones de la propia construcción de este Estado ["intervencionista"] fue el desarrollo de las políticas sociales, revistiendo para nosotros el mayor interés la política sanitaria, debido a que fue aquí donde surgió la demanda por Asistentes Sociales, así como también las primeras respuestas a esta demanda.

El Servicio Social en Uruguay, encuentra su origen concretamente en la política sanitaria. Es la institución médica la que solicita el área social, entendiendo que para el abordaje integral del individuo se torna necesaria la intervención del Servicio Social. Ello en el marco de un estado *batllista intervencionista*, vale decir en un contexto histórico particular, por tanto con elementos externos a las profesiones que fueron determinando las mismas para que "sirvan" al sistema imperante.

Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU)

Sostiene Ortega (2008: 61),

Según reseñan las fuentes consultadas (Bralich, 1993:15), en 1937 se crea la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), con el auspicio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile respondiendo a "una concepción caritativa de la profesión.

Se retoma lo expuesto al inicio del presente capítulo acerca del papel de la religión en el origen de la profesión, aunque en Uruguay la secularización fue temprana, la religión tuvo cierta influencia en la conformación del Servicio Social y el campo de intervención de este. En palabras de la autora, "Desde fines del siglo XVIII, el papel

de las instituciones religiosas en la asistencia a los pobres, la atención a los enfermos y a mendigos había sido fundamental, con un carácter caritativo.” (Ortega, 2008, 42)

Unido a ello se visualiza, “(...) señalan que en la ESSU uruguaya, fundada en 1937, prevalecía una perspectiva cristiana tradicional, una percepción de la sociedad como integrada, un orden social normal y natural.” (Gerpe et. Al. apud Ortega, 2008, 63)

Debe aclararse que esta influencia se daba porque la institución religiosa actuaba en paralelo al campo sanitario, que fue imponiendo su visión a través de la medicalización de la sociedad. Estos procesos –la medicalización de la sociedad y la intervención de la institución religiosa- no son excluyentes, ambos se desarrollaban en el mismo tiempo en la sociedad uruguaya, influenciándose mutuamente y conjugándose uno al otro.

Así, “(...) parece claro que la Visitadora Social, como antecedente del Servicio Social, emerge cuando los médicos adquieren poder en las instituciones secularizadas de la asistencia pública como agente subordinado a éstos y no antes.” (Bentura, 2006, 57)

Al mismo tiempo que los médicos adquieren poder sobre las instituciones religiosas con la secularización de la sociedad uruguaya, el Servicio Social viene a presentarse como “auxiliar” de la medicina, específicamente del médico. Llevando adelante tareas que el cuerpo médico va a asignarle, para desarrollar un abordaje tanto médico como social de los individuos, marcando así un “control” sobre los cuerpos y los modos de vida de quienes se presenten como sujetos a “intervenir”.

En el decir de Ortega (2008: 112) “La relación asimétrica con la figura del médico es una marca de nacimiento de la profesión ampliamente reconocida por la literatura y por diversas narrativas sobre prácticas profesionales en el campo de la salud.”

La Asistencia Social

Pasando algunos años, precisamente “En 1953 la ESSU presenta su nuevo programa de estudios, y cambia la denominación del antiguo título de visitadora por el de asistente social; también cambia a Servicio Social lo que antes llamaba Asistencia Social. Recién en 1959 pasa a ser una carrera de 4 años.” (Ortega, 2008: 64)

Aquí se nota el momento histórico en el que la profesión del Servicio Social se acerca a la que hoy apreciamos como Trabajo Social. Tal como recoge Bentura (2006: 56) las primeras Asistentes Sociales egresaron en 1954 de la Escuela de Servicio Social.

Resultan sugerentes las palabras de Ortega (2008: 124) al momento que evalúa la conformación del Servicio Social como profesión,

Así, a través de largos y no siempre pacíficos caminos, se sentaron las bases profesionales del Servicio Social, a través de un juego de identidades y diferencias con otras ocupaciones del campo sanitario que ocupaban posiciones igualmente subordinadas en la división social del trabajo. La inscripción asalariada, estatal y de género, expresada en el carácter de profesión “femenina”, se revelan en este momento como marcas inconfundibles del nacimiento de la profesión en el Uruguay. De ahí en más, las representantes del Servicio Social no dejaron hasta el presente de buscar “un lugarcito” dentro del difuso y ambiguo campo de lo social.

Estas “marcas inconfundibles” como sugiere la autora, serán las problematizadas al analizar las prácticas profesionales recabadas de las informantes calificadas, y se pone énfasis en el término “las”, ya que justamente han sido todas mujeres las entrevistadas, lo que no es un dato menor luego de haber plasmado el devenir histórico de la profesión para traerlo con el análisis de los discursos a la actualidad.

El plan de estudios del año 1953 “(...) fue modificado en el año 1966, contando para ello con la colaboración de la Escuela de Servicio Social de la PUC de São Paulo, buscando una mayor armonía con el proceso de renovación profesional que se desarrollaba en América Latina.” (Acosta, 2016, 31).

De Servicio Social a Trabajo Social, de Escuela de Servicio Social a Facultad de Ciencias Sociales

Con la modificación del plan de estudios, concretamente con la aprobación del mismo, se da lugar a la renovación de la profesión según lo sostiene el autor. Al mismo tiempo “(...) se llevará a cabo en Montevideo el II Seminario Regional Latino Americano de Servicio Social, con el tema principal de <<Trabajo Social: evolución y revolución>>”. (Acosta, 2016, 32) Se visualiza aquí un cambio sumamente relevante para la historia del Servicio Social como para la Monografía, esto es el cambio de nombre de *Servicio Social* a *Trabajo Social*.

En el proceso de renovación tuvo un papel importante Enrique Iglesias, quien “Será director de la Escuela Universitaria, desde el año 1972 hasta ser dirimido con el golpe

de Estado de 1973 (...)” (Acosta, 2016, 32). A destacar de la contribución de este director al Trabajo Social, es lo referido a la elaboración del plan de estudios de 1966.

El plan de estudios de 1966, aprobado e implementado en 1967, tuvo una corta duración, según los aportes del autor, ya que “(...) a mediados de 1973, con el advenimiento de la dictadura y la intervención de la universidad, dejó de estar en vigor.” (Acosta, 2016, 35).

Con Acosta (2016: 36) se conoce que bajo la dictadura la EUSS fue dirigida por un abogado, quien teniendo en primer lugar la idea de cerrar la Escuela decide finalmente modificar el plan de estudios del año 1966 y reabirla. Luego de una serie de decisiones por parte del nuevo director así como de las medidas propias de la dictadura, el cuerpo docente fue cambiando –algunos despedidos otros renunciaron– dando lugar a una nueva EUSS con *elementos propios de la dictadura* al decir de Acosta (2016). A partir de esto, los estudiantes llevan adelante movimientos para reorganizarse como centro de estudiantes de la Escuela.

Más adelante, “Con el fin de la dictadura en 1985, (...) en la Escuela Universitaria de Servicio Social vuelve al cargo de director el profesor Enrique Iglesias, que ejercerá esa función hasta 1989.” (Acosta, 2016, 38). Con la democratización de la sociedad uruguaya y de la Universidad se retoman los procesos de renovación de la profesión que antes han sido mencionados.

En ese entonces se “(...) dará lugar en 1992 a la creación de la Facultad de Ciencias Sociales, y en su interior se constituirá, primero un Programa de Desarrollo del Trabajo Social (...) y luego, a partir de ahí, un Departamento de Trabajo Social para sustituir a la escuela.” (Acosta, 2016, 38). Dando lugar finalmente a la licenciatura que se conoce hoy como Trabajo Social.

En este capítulo se ha intentado dar cuenta, en forma sintética, del surgimiento del Servicio Social como profesión en Uruguay. Esta surge estrechamente vinculada al campo de la Salud, en la medida en que se solicitaba un profesional que llevara adelante el mensaje higienista a los individuos y sus familias, en el marco del proceso de disciplinamiento de la sociedad uruguaya.

Los cambios políticos, económicos y sociales, sucedidos en la sociedad uruguaya en el siglo XX han incidido –con diferentes matices– en el desarrollo de la profesión, abriendo nuevas interrogantes que han formado parte de la renovación y reconceptualización del Trabajo Social, a la vez que han frenado este proceso –la

dictadura precisamente- extendiendo el tiempo que le ha tomado derivar en la profesión que hoy se conoce como Trabajo Social dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El dinamismo de la historia misma ha marcado en quienes han transitado por la profesión la búsqueda de *un lugarcito* en la división social del trabajo y, principalmente en el campo de la Salud con la relevancia que este adquiere para la misma y para la Monografía en su totalidad.

CAPITULO II: Algunas aproximaciones conceptuales para comprender las prácticas del Trabajo Social en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud Pública

En el actual apartado se presentarán las ideas de Bourdieu (1997, 2000, 2005), específicamente acerca de *campo* y *habitus*. Estas actuarán como base fundamental –aunque no única- para el análisis que se irá desarrollando en el correr del documento al deconstruir los discursos obtenidos de los profesionales entrevistados.

Con la categoría de *campo* se estudiarán los campos de Salud y de Trabajo Social y, las características particulares de cada uno. En tanto con la de *habitus* se analizará el propio de los profesionales del Trabajo Social vinculados al campo de la Salud y precisamente los entrevistados para la investigación.

Seguidamente con los aportes de Friedson (1978) será problematizada la autonomía de la profesión del Trabajador Social, en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud. Será a la vez analizado el proceso de construcción de la identidad de estos profesionales, a partir de las prácticas desenvueltas en tal campo. A tales efectos se toman autores como Gentilli (1997) para discutir la identidad del Trabajo Social. La relación de la identidad y la autonomía y, de estas y el *habitus* de los Trabajadores Sociales, vale decir: la interrelación entre las categorías presentadas en el “campo” de la salud, formará parte del análisis.

Campo: campo de la Salud y campo del Trabajo Social

Primeramente se debe conceptualizar el concepto de campo, según Bourdieu y Wacquant (2005) “Un campo es un conjunto de relaciones objetivas e históricas entre

posiciones ancladas en ciertas formas de poder (o capital) (...)” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 44)

Como ya se ha mencionado en este documento los campos que serán analizados serán el campo de la Salud y el campo del Trabajo Social, ambos con sus propias relaciones entre las posiciones y, a la vez, la interrelación de estos, ya que se pondrá en cuestión el Trabajo Social inserto en el campo de la Salud. Precisamente lo último expondrá las formas de poder que adquieren relevancia aquí dado el tema de estudio planteado.

Tal como sostienen los autores,

(...) cada campo prescribe sus valores particulares y posee sus propios principios reguladores. Estos principios delimitan un espacio socialmente estructurado en el que los agentes luchan, según la posición que ocupaban en ese espacio, ya sea para cambiar o para preservar sus fronteras y su forma. (Bourdieu, Wacquant; 2005, 44)

Los agentes son quienes ocupan las posiciones en estos campos, en las estructuras que estos poseen. Son las prácticas de los agentes que aquí interesan las que serán analizadas, en el cotidiano, donde tienen lugar las posiciones que estos toman y, a la inversa, son las posiciones que estos toman las que dan espacio a ciertas prácticas. Así, “En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 150)

Sin dudas, las prácticas son propias de cada profesión –en este caso del Trabajo Social- empero, son influenciadas en su puesta en escena por los valores y principios que el campo en el que se encuentran insertas tenga como reguladores de sí.

Al decir de Bourdieu y Wacquant (2005),

Un campo no es una simple estructura muerta, un conjunto de “lugares vacíos”, como en el marxismo althusseriano, sino un espacio de juego que existe como tal solo en la medida en que entren en él jugadores que crean en los premios que ofrecen y luchan activamente por ellos. (Bourdieu, Wacquant; 2005, 47)

En este análisis los *jugadores* que toman relevancia serán los Trabajadores Sociales, quienes como se ha plasmado en el capítulo anterior, han transitado por el campo de la Salud en busca de obtener un lugar que les conceda una mayor autonomía como

profesionales, lo que siguiendo los términos de Bourdieu (2005) se visualiza como jugadores en lucha por su premio⁴.

Estas luchas hacen referencia a la comparación que realiza Bourdieu del concepto de campo con el del juego, siendo en este último donde se visualizan a los jugadores/agentes luchando por las posiciones del campo. Debe aclararse que esta comparación es realizada cuidadosamente por el autor, no es realizada sin más. Al respecto exponen, “En cada momento, es el estado de las relaciones de fuerza entre los jugadores lo que define la estructura del campo.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 152)

Según lo expresado por los autores, emergen de la conceptualización de campo, dos propiedades centrales, en primer lugar,

(...) un campo es un sistema modelizado de fuerzas objetivas (muy a manera de un campo magnético), una configuración relacional dotada de una gravedad específica que se impone sobre todos los objetos y agentes que se hallan en él. A la manera de un prisma, refracta las fuerzas externas de acuerdo a su estructura interna (...) (Bourdieu, Wacquant; 2005, 45).

Al respecto de la segunda propiedad manifiestan,

Un campo es un espacio de conflicto y competencia (...) en el cual los participantes rivalizan por el monopolio sobre el tipo de capital que sea eficaz en él (...) y el poder de decretar la jerarquía y las “tasas de conversión” entre todas las formas de autoridad del campo de poder. En el curso de estas luchas, la forma misma y las divisiones del campo devienen una cuestión central, porque alterar la distribución y el peso relativo de las formas de capital equivale a modificar la estructura del campo. Esto da a cualquier campo un dinamismo histórico y una maleabilidad que eluden el inflexible determinismo del estructuralismo clásico (Bourdieu, Wacquant; 2005, 45-46).

Se han seleccionado las citas anteriores dado que expresan lo más relevante de la teoría propuesta por Bourdieu, a través del énfasis puesto en dos propiedades que poseen los campos. De la primera, se acentúa la comparación que realiza el autor de los campos como *campos magnéticos*, los que aparecen dotados de *gravedad*, reflejada en las relaciones entre los agentes y objetos que se encuentran en cada campo, entendiendo a esta como la forma de interacción de los mismos, determinando así el funcionamiento del campo.

Inmediatamente, la segunda propiedad deja ver que la *gravedad* de la que se habló, no es determinante en sentido puro como el estructuralismo propondría. Se entiende

⁴ Al hablar de la lucha de los profesionales en búsqueda de un lugar que le otorgue autonomía en el campo de la Salud, no se desconoce que haya existido lucha por la misma razón en otros campos (por ejemplo el de la educación), sino que se toma este en particular ya que es el seleccionado para el trabajo de campo del documento, a los efectos de “hacer útil” el poco espacio con el que se cuenta por tratarse de una Monografía de Grado es que las otras luchas son dejadas de lado.

que los agentes en la lucha por el capital específico le dan al campo el dinamismo. Por el contrario, van modificando las relaciones que en cada campo despliegan, en cada momento histórico ello continua en transformación según lo que el contexto inflencie en los agentes y en su capacidad de agencia, así como también el capital que va tomando prioridad, por el que vale la pena luchar.

Cabe destacar,

La noción misma de campo implica que trascendemos la oposición convencional entre estructura e historia, conservación y transformación, pues las relaciones de poder que conforman la estructura proporcionan sustento tanto a la resistencia a la dominación como a la resistencia a la subversión (...) (Bourdieu, Wacquant; 2005, 140-141).

Se ha plasmado que el contexto, concretamente la fuerza de este, influencia al interior de los campos a pesar del magnetismo que caracteriza a estos espacios al decir del autor. De esta manera,

Podemos pensar un campo como un espacio dentro del cual se ejerce un efecto de campo, de manera que todo aquello que le ocurre a cualquier objeto que lo atraviesa no puede ser explicado únicamente mediante las propiedades intrínsecas del objeto en cuestión. Los límites del campo están donde los efectos del campo cesan (Bourdieu, Wacquant; 2005, 154).

Ahora bien, al hablar de *campo* en términos de Bourdieu, se requiere necesariamente tomar el concepto de *habitus* también del autor, ya que uno no es posible sin el otro y a viceversa. Este, "(...) consiste en un conjunto de relaciones históricas "depositadas" dentro de los cuerpos de los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción." (Bourdieu, Wacquant; 2005, 44)

Estas relaciones históricas –en sus diversas representaciones- son las que se desarrollan a la interna de cada campo. Justamente, "(...) ambos conceptos, el de *habitus* y el de *campo*, son relacionales en el sentido adicional de que funcionan enteramente solo uno en relación con el otro." (Bourdieu, Wacquant; 2005, 47)

En cada campo transitan agentes que poseen cada uno su *habitus* propio, entendiendo que cada quien va adquiriendo según las posiciones ocupadas en el espacio denominado campo, un *habitus* específico, el cual se va modificando con cada lucha de los agentes.

A cada campo le corresponden agentes determinados con sus *habitus* específicos. Señalan Bourdieu y Wacquant (2005), "El *habitus* es un mecanismo estructurante

que opera desde el interior de los agentes, sin ser estrictamente individual ni en sí mismo enteramente determinante de la conducta.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 46)

Si bien propone estructuras y mecanismos que operan con funcionamientos específicos y determinantes según donde lo lleven a cabo, justamente estos van modificándose a partir de las estructuras en las que transitan. Estructuras como campos, como espacios de lucha.

En esta línea se entiende que,

El *habitus* es el principio generador de estrategias que permite a los agentes habérselas con situaciones imprevistas y continuamente cambiantes [...] un sistema de disposiciones duraderas y trasladables que, integrando experiencias pasadas, funciona en todo momento como una matriz de percepciones, apreciaciones y acciones y hace posible la realización de tareas infinitamente diversificadas (Bourdieu apud Bourdieu y Wacquant; 2005, 46-47)

Con la propia conceptualización del autor se confirma lo que se viene plasmando hasta el momento. El *habitus* no es dado de una vez y para siempre en el agente que propone Bourdieu en toda su obra, es un sistema que se va modificando a lo largo de la vida del agente, según vaya incorporando nuevos aprendizajes de las situaciones vivenciadas en cada campo.

Asimismo,

El *habitus* no es el destino que alguna gente lee en él. Producto de la historia, es un sistema abierto de disposiciones constantemente sujeto a experiencias, constantemente afectado por ellas de una manera que o bien refuerza o bien modifica sus estructuras. ¡Es perdurable pero no eterno! (Bourdieu, Wacquant; 2005, 195).

El *habitus*, se ve transformado por los aprendizajes incorporados en las profesiones elegidas por los agentes, quienes interiorizan los *habitus* que a la profesión le es dada. Tal como en la presente monografía se analiza, el *habitus* del Trabajador Social corresponde al que la formación y la práctica –la que va a diferir según el campo en el que se inserte- le proporcionan a los agentes.

En tanto cada agente trae consigo el *habitus* que ha incorporado según sus condiciones y modo de vida, así como la posición que ha ocupado en su familia y en sus otras relaciones, como también las posiciones ocupadas por esos grupos en la sociedad como campo en sí misma. Justamente, “El campo es el locus de relaciones de fuerza –no sólo de significado- y de luchas que apuntan a transformarlo, y por tanto de cambio ilimitado.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 158)

Al decir del comportamiento variante del *habitus* sobre el campo que transita se entiende con los autores, “La relación entre *habitus* y campo opera de dos maneras. Por un lado, es una relación de condicionamiento: el campo estructura al *habitus*, que es el producto de la encarnación de la necesidad inmanente de un campo (...)” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 188)

Y agrega, “Por otro lado, es una relación de conocimiento o de construcción cognitiva. El *habitus* contribuye a constituir el campo como un mundo significativo, dotado de sentido y valor, donde vale la pena invertir la propia energía.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 188)

Entonces, ambos *campo* y *habitus*, se condicionan y transforman mutuamente, de tal forma no existen uno sin el otro. El campo le da sentido y significado al *habitus* de los agentes y a la inversa; el *habitus* permite al campo adquirir un valor particular a su especificidad.

En suma, se comparte con Bourdieu (1997) que,

Los <<sujetos>> son en realidad agentes actuantes y conscientes dotados de un sentido práctico (...) sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y división (...) de estructuras cognitivas duraderas (...) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada. El *habitus* es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada (...) (Bourdieu, 1997, 40)

Es ese sentido práctico el que diferencia un *habitus* de otro, dando lugar a diferentes actuaciones de los agentes que interactúen dentro de un mismo campo, ya que en cada uno habrá más de un agente luchando por el capital que allí predomine como significativo para la lucha.

A continuación será trabajada la identidad del profesional del Trabajo Social, teniendo en cuenta lo hasta aquí expuesto, acerca de los constructos teóricos tomados de Bourdieu, *campo* y *habitus*; principalmente el último siendo el mismo determinante de la identidad del profesional y, a la inversa, determinando la identidad el *habitus* que el Trabajador Social adquiere. Siempre, manteniendo la interrelación que toman los conceptos para el autor y para el presente documento como marco conceptual.

Trabajo Social e Identidad

En cuanto a la identidad del Trabajador Social se entiende desde Gentilli (1994) que, “(...) a identidade profissional remete a uma necessária interlocução entre os aspectos formais e informais da profissão (...)” (Gentilli, 1994, 127)

Los aspectos formales y los informales, esto es la formación y las prácticas, dan lugar a la conformación de la identidad de los profesionales. En el sentido de que la relación entre ambos elementos expresa lo que es el profesional.

Según la autora,

Identidade é um termo cujo sentido etimológico remete àquilo que é idêntico, semelhante ou ainda análogo. Exprime tanto conformidade de alguma coisa consigo mesmo, quanto o compartilhar com características de outros indivíduos ou grupos sociais. Trata-se de uma noção que se refere ao indivíduo pensado nas relações sócio-antropológicas, psicossociais e político-econômicas. (Gentilli, 1994, 128)

La identidad manifiesta lo individual del sujeto en relación a otros, es decir, es lo que caracteriza como igual a un sujeto y otro y, como diferente a otros sujetos, en tanto adquieren otra identidad. En este caso, la identidad sería compartida con el colectivo de Trabajadores Sociales y a su vez, a la interna de este colectivo entre profesionales insertos en un campo o en otro. Así como también se infiere de lo indagado que la identidad de los profesionales se identifica con las formaciones de grado que han tenido, vale decir profesionales formados con diferentes planes construyeron identidades diferentes en algún aspecto.

Así, “Neste sentido, a categoria "identidade" remete à relação que uma pessoa estabelece com o "outro", marcando dimensões de individualidade e de coletividade, por meio de uma dinâmica que separa e atomiza, porque distingue, ao mesmo tempo que estabelece padrões de alteridade, porque integra.” (Gentilli, 1994, 128)

Referido a un campo u otro, se percibe que quienes forman parte del campo académico construyen una identidad diferente de quienes se encuentran en campos como el de la salud –el que aquí toma relevancia-, entre otros. Considerando a este último en especial como campo práctico y al primero como campo teórico, teniendo en cuenta lo pensado por la autora.

Esto es, “Essa interação expressa coletivamente as manifestações representacionais produzidas na categoria profissional, realizada tanto por meio de discursos consagrados nas organizações e instituições formais da profissão quanto nas formações discursivas que se disseminam no mercado de trabalho profissional.” (Gentilli, 1994, 129)

Para la mejor comprensión de las prácticas a analizar es importante resaltar el origen del constructo identidad de la profesión del Trabajo Social que reafirma Gentilli (1994: 132), “A identidade profissional de Serviço Social se organiza estruturalmente a partir da convergência de três fatores.”

Esta –la identidad- resulta de la interrelación de tres factores, tal como fue citado. Apunta la autora,

O primeiro deles refere-se à produção de um núcleo identitário, organizado a partir de representações sociais que permeiam e circunscrevem os objetos de atuação, o processo de produção social da profissão (decorrente de um saber específico) e os produtos configurados por este processo de trabalho (corpóreos e incorpóreos), entendimento a demandas postas socialmente, seja por reconhecimento o por produção das necessidades humanas (Gentilli, 1994, 132).

El primer factor al que hace mención la autora es el organizado en torno a las representaciones sociales que hacen al objeto de intervención, en razón de la respuesta de los profesionales –dada su formación y experiencia- a demandas impuestas socialmente.

En relación al segundo factor, expresa Gentilli (1994: 133),

O segundo elemento da configuração da identidade profissional decorre da compreensão das representações que expressam os níveis, os graus e as formas de consciência profissional.” Agrega, “As expressões da consciência profissional podem ser identificadas por meio de instituições aglutinadoras, como sindicatos e associações (...) onde se pressupõe a existência de vontade política organizada.

Este implica la “voluntad política organizada”, esto es que las representaciones sociales, mencionadas en el primer factor, sean comprendidas como aquellas que en sus diversas formas manifiestan la conciencia profesional.

Posteriormente se visualiza el tercer elemento, según la autora este,

(...) pode ser reconhecido no processo de identidade profissional do Serviço Social. Trata-se dos elementos que funcionam como suporte da identidade profissional, a partir da existência de fatores que reforçam a “coesão do segmento profissional”, que são expressos a partir de um sentimento de identidade para com a profissão, tida como um objeto de identificação para cada um dos sujeitos singulares que participam da mesma. (Gentilli, 1994, 134)

El “*sentimiento de identidad de la profesión*” expresa Gentilli (1994), se genera en tanto hay factores que reafirman la “*cohesión del segmento profesional*”. Se da lugar así a la conformación de una identidad compartida por los profesionales en cuestión. Un identificarse con un otro que comparte representaciones sociales y prácticas profesionales.

Ahora bien, de los aportes de Gentilli (1994), adquiere mayor relevancia para el actual trabajo la exposición de “dos polos de referencia discursivas” que hacen a la identidad del profesional analizado. Presenta la autora, “O primeiro deles tem como base as estruturas normativas, legais e jurídicas das instituições e organizações profissionais. O outro é determinado pela riqueza de expressões, ritmos, articulações e nexos condicionados pelas contingências das práticas profissionais diárias, nas diferentes conjunturas.” (Gentilli, 1994, 135)

Desde esta óptica, se entiende la identidad de la profesión como constructo que parte, por un lado, de sus marcos regulatorios y legales y, por otra parte de las experiencias que las prácticas marcan en los Trabajadores Sociales. Dos polos de referencia: lo teórico, en base a lo legal y la academia, y lo empírico proveniente de las prácticas transitadas en el campo de trabajo. Entonces, “Ambos os discursos, assim articulados pelos profissionais na prática, configuram a natureza representacional da profissão.” (Gentilli, 1994, 136)

Lo último esclarece la importancia de conjugar ambos aspectos que tienen como tarea los profesionales, lo que será analizado en el siguiente capítulo con más elementos obtenidos de las entrevistas a ellos realizadas. Al decir “lo teórico” se entiende incluida la formación permanente que los Trabajadores Sociales como técnicos que intervienen en la dinámica y cambiante realidad social deben intentar conjugar con sus prácticas laborales, precisamente para llevar adelante estas con mayor profesionalismo que la constante formación le da al profesional, así como también para lograr un correlato en los marcos éticos que avalan la profesión.

Con la autora se percibe la dificultad que la literatura ofrece a los “trabajadores de campo”, lo que justamente es notado por ellos al momento de intervenir en situaciones concretas. De parte de quienes se encuentran en el campo académico hay “(...) grande esforço, muitas vezes improvisado, de oferecer explicação para os fatos empíricos, sobre os quais a literatura profissional é insuficiente.” (Gentilli, 1994, 137)

Luego de plasmadas las nociones de Gentilli (1994) estará la vinculación de la profesión de Trabajo Social con la categoría de autonomía, sumando lo hasta aquí expuesto con esta relación.

Trabajo Social y Autonomía

Para el apartado que se inicia serán consideradas las nociones de Friedson (1978), quien tomando la profesión médica realiza un análisis que da pie a la comprensión de las profesiones en general o, mejor dicho, a la identificación de qué y cuáles son las ocupaciones que pueden ser tenidas como profesiones. El título sugiere que lo que será problematizado es el carácter de autonomía de la profesión del Trabajo Social, característica que el autor, propone como fundamental al momento de reconocer a una ocupación como profesión.

Tal así expresa Friedson (1978: 15),

(...) conviene considerar a una profesión una ocupación que ha asumido una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo. A diferencia de la mayoría de las ocupaciones, esta es autónoma o independiente. La ocupación mantiene este estatuto especial por la convincente promesa de integridad de sus miembros. Dicha integridad se manifiesta tanto en la adhesión a un código ético como en la práctica científica. De hecho, el profesional alega ser la autoridad más confiable en la naturaleza de la realidad que él trata.

Se percibe que el Trabajo Social comparte las características de lo que el autor plantea que es una profesión. Quienes la profesan logran el control sobre su propio trabajo, realizan una práctica científica y se adhieren a un código de ética. Es pertinente esclarecer que esto será cuestionado en lo que sigue del documento, entendiendo que nada es de una vez y para siempre definido o clasificado en términos únicos e invariables.

Manifiesta Friedson (1978: 28) “Lo que también es necesario es la creencia pública en la competencia de la ocupación de consulta, en el valor del conocimiento y la destreza profesados por esta.” Es posible afirmar que el Trabajo Social posee una “creencia pública”, en el sentido que al autor entiende tal idea. De igual forma esto se pondrá en tela de juicio al momento del análisis de los discursos de las entrevistadas.

Según el autor, “La característica más estratégica y apreciada de la profesión, su autonomía, se debe por ende a la relación con el estado soberano, con respecto al cual no es finalmente autónoma.” (Friedson, 1978, 39)

Desde esta postura, es posible continuar considerando al Trabajo Social como una profesión, vale decir, cumple con lo citado. Entendiendo que el estado tiene –en cierta forma- un “poder” sobre la profesión, al regular y definir el salario de la profesión (por ejemplo). Es posible referenciar que la autonomía en el campo laboral la profesión no la pierde como tal, por lo menos en un estado democrático, pero el hecho de que “no

pueda” regularse en su totalidad (como se mencionó anteriormente) implica que no posee una “total autonomía”.

Entonces, se torna necesario problematizar el carácter de autónoma de una profesión en tanto hay un poder superior, que puede cuestionar y “afectar” –si se quiere- a este. Al decir de Friedson (1978: 39),

La autonomía profesional no es absoluta: el Estado detenta el poder último y garantiza autonomía condicional para algunos. Para entender tal autonomía se ha de comprender el carácter de la organización ocupacional formal y su relación con los sistemas políticos del Estado. ¿Puede una ocupación ser verdaderamente “autónoma”, una profesión “libre”, si debe someterse a la custodia protectora del Estado?

Estas ideas parecen oportunas al momento de analizar las prácticas de los Trabajadores Sociales, retomando lo tratado en el capítulo anterior, el Trabajo Social surge de la mano del campo de la Salud, pero es el estado el que determina en última instancia la autonomía en cuanto al carácter de profesión. Vale decir, el estado fue dando lugar en la división social del trabajo al Trabajador Social, fundamentalmente si se tiene presente la temprana secularización del estado uruguayo, que es el que aquí compete.

Entonces, la autonomía es un valor que aunque se obtenga por las luchas que lleva adelante un colectivo que se siente con identidad compartida, en el marco de sentirse una profesión por dominar su campo de trabajo, se trata de una característica limitada, en el sentido de que nunca será una autonomía absoluta la que conquiste.

Cabe precisar, “(...) el Estado deja en manos de la profesión constantemente el control sobre el aspecto técnico de su trabajo. Lo que cambia según varíen las relaciones con el Estado es el control sobre la organización social y económica del trabajo.” (Friedson, 1978, 40)

En cuanto al aspecto técnico no parecen quedar dudas, es el profesional el que detenta la autonomía en cuestión. Son otros los aspectos en los cuales interviene el poder soberano del Estado, tales como el económico y la organización social, al decir del autor. Al analizar las prácticas profesionales en sí mismas en el próximo capítulo se indagará en el grado de certeza que hay en estos aportes.

Sin embargo, se comparte con Friedson (1978: 40),

(...) mientras que una profesión se libere de la evaluación técnica y del control por parte de otras ocupaciones en la división del trabajo, su carencia de independencia esencial con respecto al Estado, y aun su falta de control sobre los términos socioeconómicos del trabajo, no cambian significativamente su carácter esencial como profesión. Una

profesión no necesita ser empresaria en un mercado libre para ser libre.

Se destaca en las puntualizaciones del autor, que lo esencial a una profesión, incluso lo que le otorga su autonomía, deviene del control sobre los aspectos técnicos que adquiere en la formación como profesional, en el manejo de su trabajo en el lugar que ocupe en la división socio-técnica.

Finalmente, se debe enfatizar en la importancia que adquiere el contexto al analizar prácticas profesionales y, en particular las vinculadas al Trabajo Social, siendo esta profesión asociada históricamente a prácticas caritativas y filantrópicas con un enfoque higienista, dado el lugar que marcaron el inicio de la misma.

Entonces, “Es importante comprender qué es la autonomía profesional. Está siempre limitada en cierto grado por el poder político del que precisa para existir y estar protegida, y esos límites varían de época en época y de lugar a lugar.” (Friedson, 1978, 362)

CAPITULO III: Campo de la Salud en Uruguay: Primer Nivel de Atención y Trabajo Social

Dando comienzo al tercer y último capítulo de la presente monografía, en el que serán analizadas y problematizadas las prácticas de Trabajadores Sociales -a la luz de las categorías expuestas en el capítulo anterior-, insertos en el Primer Nivel de Atención en Salud Pública de la Región Este de Montevideo, se entiende oportuno enmarcar con las políticas de salud que encuadran, las voces recabadas.

Organizaciones y marcos internacionales

Primeramente es necesario hacer mención,

En 1945 (...) Se creó la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.), que en el año 1946 impulsó la creación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), como organización intergubernamental de dirección y coordinación sanitaria, que entro en vigor en 1948. El liderazgo de la O.M.S. ha sido de máxima importancia en todos los campos de la salud. Configuran hitos significativos algunas definiciones de esta organización: de salud en forma positiva e integral, no como la mera ausencia de la enfermedad sino como “completo bienestar biológico, psicológico y social”; la meta de “Salud

para todos en el año 2000”, y la apuesta por una organización sanitaria participativa orientada hacia la promoción de la salud. (Benia, Macri y Berthier, 2008, 119)

Se cree relevante exponer estos datos, ya que en el campo de la salud que es donde se encuentran los informantes calificados del documento, y tal como sugieren los autores citados, es la Organización Mundial de la Salud, el organismo que tiene mayor liderazgo, en la proposición de marcos y conceptos que rigen para las naciones comprendidas bajo la O.N.U en temas de salud.

Tres décadas después, precisamente

(...) en el año 1977, la O.M.S. elabora la propuesta de “Salud para todos en el año 2000”, con los componentes de racionalización sanitaria, la participación de la comunidad, la preeminencia de la atención primaria frente a la atención curativa-hospitalaria, y la planificación sanitaria a través de objetivos.⁵ (Benia, Macri y Berthier, 2008, 120)

Aquí es posible visualizar un acercamiento mayor al campo de investigación que se ha tomado para el trabajo en cuestión, esto en la “preeminencia de la atención primaria frente a la atención curativa-hospitalaria”, entendiendo que el Primer Nivel de Atención en Salud, si bien se diferencia de la A.P.S se encuentra enmarcado en ésta.⁶

Al respecto de esta última,

La Declaración de Alma Ata define a la Atención Primaria en Salud (A.P.S.), del siguiente modo: “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.” (Benia, Macri y Berthier, 2008, 121)

La A.P.S es reflejada en los Centros de Salud y Policlínicas, siendo estos los espacios donde lo fundamental es la atención comunitaria, el servicio de atención a individuos y familias de la zona, donde se prioriza “la promoción y prevención de la salud”⁷.

⁵“Al año siguiente, se desarrolló la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en la ciudad de Alma Ata en Kasahztan (ex U.R.S.S.), en la cual se aprobó la Estrategia de Atención Primaria de Salud para lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000”. (Benia, Macri y Berthier, 2008, 120)

⁶“El concepto de APS supera ampliamente al de Primer Nivel de Atención, y se refiere a una estrategia que abarca al conjunto del Sistema de Salud en sus tres niveles y en la interrelación entre ellos. Sin embargo, la construcción de un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo es un ingrediente clave de la edificación de un Sistema basado en la APS.” (OPS, 2011, 30)

⁷“La A.P.S. puso énfasis en los servicios preventivos, de costo razonable para la comunidad, y una infraestructura basada en pequeños centros de atención, en la que tuvieron un papel relevante actores sociales como los agentes comunitarios de salud.” (Benia, Macri y Berthier, 2008, 122)

En referencia a estos espacios se entiende junto a los autores que,

En la medida que aumenta la comprensión sobre el concepto de salud, también ha aumentado la conciencia sobre las limitaciones de lo que tradicionalmente se ha entendido por servicios de salud, para responder a todas las necesidades de salud de la población. La salud es un fenómeno con implicancias políticas, económicas y sociales, y sobre todo un derecho humano fundamental (Benia, Macri y Berthier, 2008, 125)

Compartiendo con los autores que la salud es un concepto complejo, en el sentido de que comprende más que aspectos médicos, tanto políticos, económicos como sociales, tiene aquí importancia dado el tema seleccionado, hacer un énfasis especial en el Primer Nivel de Atención, siendo en este nivel donde prevalecen la “promoción y prevención de la salud como derecho humano fundamental”.

Tomando los aportes de Méndez, Ponzo y Rodríguez (2008: 27) se entiende que,

(...) la “Promoción de la Salud” como nombre propio de una conceptualización, que tiene su nacimiento formal en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud ocurrida en Ottawa, Canadá, en el año 1986 tras un largo proceso de maduración colectiva.

Deviene relevante plasmar estos datos, viendo lo contemporáneo de la conceptualización, al día de hoy tiene tres décadas, lo que significa que ha costado un “largo proceso de maduración colectiva”, tal como sostienen los autores. Según los autores, “En forma abreviada la promoción de la salud se puede definir como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.” (Méndez, Ponzo y Rodríguez, 2008, 30)

Notando la importancia del concepto y el hecho de que la salud es un concepto que ha preocupado a las naciones durante un largo tiempo, así como los cambios que se van dando según los contextos⁸, se visualiza como merecedor de mayor énfasis el que debe tenerse respecto a la “promoción de la salud” y con este la prevención de la misma. Justamente, “Entonces se fortalece y desarrolla el concepto de prevención.” (Méndez, Ponzo y Rodríguez, 2008, 29)

⁸“La Salud Pública como disciplina que se ocupa de la salud del colectivo, que había capitalizado a través de los siglos conocimientos y prácticas de higiene pública, vacunaciones y vigilancias epidemiológicas, se encontró con escasos recursos frente al avance de los nuevos problemas de salud.” (Méndez, Ponzo y Rodríguez, 2008, 28-29)

En esta línea dicen Méndez, Ponzo y Rodríguez (2008: 31), "(...) antes se incluía a la promoción en los niveles de prevención, hoy se entiende que la prevención puede estar incluida en la promoción de la salud."

Estos dos conceptos se tornan fundamentales para el análisis de los discursos de las entrevistadas, ya que estas se encuentran insertas en el Primer Nivel de Atención, el que tiene por finalidad primera la "Promoción y Prevención de la Salud"⁹.

Reforma sanitaria en Uruguay

En Uruguay se ha transitado por un cambio en el Modelo de Atención, precisamente priorizando la promoción y prevención de la salud, en tanto derecho fundamental de todos los ciudadanos¹⁰. Tal que,

El Primer Nivel de Atención deberá ser su escenario principal, por la proximidad que sus servicios tienen al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas y por configurar una puerta de entrada privilegiada a una red integral e integrada de servicios, con diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive de los problemas de salud (OPS, 2011, 15).

Este cambio de Modelo de Atención, viene de la mano con la creación de un "Sistema Nacional Integrado de Salud", como reforma en el sector salud. Al decir de la OPS (2011: 27),

La orientación del Sistema Sanitario Nacional considera a la Salud como el objetivo esencial, al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada. Esta base conceptual, (...) sustenta el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Este cambio de modelo que trae la implementación del SNIS en Uruguay¹¹, pone al individuo en el centro de la atención, al individuo, a la familia y a estos en la

⁹"El sector salud puede tener un papel de jerarquía en algunas acciones de la promoción de la salud, como la capacitación a la comunidad, el estímulo a la participación de la comunidad, la abogacía hacia el sector de gobierno, y la reorientación de los servicios de salud hacia el primer nivel de atención, con desarrollo de actividades de prevención y promoción. El sector salud puede asumir también una actitud de liderazgo hacia la intersectorialidad, convocando a otros sectores y manteniendo un diálogo continuo." (Méndez, Ponzo y Rodríguez, 2008, 33-34)

¹⁰"El requerimiento de un cambio en el modelo de atención orientado por la APS configura un componente central de los movimientos transformadores de los sistemas y servicios de salud por razones técnicas y éticas." (OPS, 2011, 15)

comunidad, vale decir el ámbito de lo local, donde se percibe el lugar por excelencia para el mejor desarrollo de la promoción y prevención de la salud como concepto positivo. Esto es puesto en escena, según las nociones de la OPS en el Primer Nivel de Atención.

Ciertamente expone la OPS (2011: 30),

El primer nivel de atención se orienta a la sociedad y su ambiente: es el que organiza las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales, y con su participación organizada. Está a cargo de equipos interdisciplinarios donde juega un rol clave el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recibándose allí también los imprescindibles aportes de muchas disciplinas.”

Es en los aportes de muchas disciplinas que se percibe al Trabajador Social como agente que será de relevancia en las actividades que propone y brinda el Primer Nivel de Atención en Uruguay.

De la reforma sanitaria del país se debe considerar que esta se propone,

(...) la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), financiado por el Seguro Nacional de Salud (SNS), la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) retomando su rol de rectoría y las funciones de autoridad sanitaria que le asigna la Constitución y las Leyes (OPS, 2011, 88)

Debe hacerse mención a las leyes que enmarcan a estos organismos e instituciones, en el proceso de Reforma Sanitaria. La ley 18.211 corresponde al “Sistema Nacional Integrado de Salud”. También se divisa la ley de creación de los servicios descentralizados del Ministerio de Salud Pública, bajo la denominación de “Administración de los Servicios de Salud del Estado”, esta se rige bajo la ley 18.161.

Asimismo parece importante esclarecer junto con la OPS (2011: 88) que,

El propósito es avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) único que favorezca la racionalización y optimización de las prestaciones y los recursos en salud, en una lógica de complementación y coordinación entre efectores públicos y privados, recogiendo lo mejor de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y demás servicios públicos.

¹¹“La reforma sanitaria iniciada en 2005 en el Uruguay, se procesa en el marco de un conjunto de formas estructurales en el campo social y económico. Entre estas se destacan el Plan de Emergencia, la Reforma Tributaria, la Reforma de Educación, y la Reforma Laboral. Todas con diferente grado de avance al final del período 2005 - 2009 y todas con continuidad en el presente.” (OPS, 2011, 88)

Se entiende que lo más relevante de lo ante citado es lo abarcativo del concepto de “integrado”, comprendiendo con este tanto el ámbito público como el privado en lo referido a sistemas de salud.

Dentro de ASSE, cabe señalar que es “RAP-ASSE” -es decir “Red de Atención Primaria” de ASSE-, la encargada en la capital del país del Nivel de Atención en Salud, Centros de Salud y Policlínicas¹².

Seguidamente, “Se inició en el año 2005 y ha implicado la definición de 3 Regiones de Salud: Oeste, Este y Sur, que a su vez contienen cada una 6 Zonas de Salud, totalizando 18 zonas en el departamento de Montevideo, compatibles con la división territorial administrativa municipal.” (OPS, 2011, 110)

Estas regiones organizan a la población, en tanto determinan las zonas que corresponden a cada Centro de Salud y a la vez a las Policlínicas, así como también acercan los servicios de salud a la población que puede asistir al servicio de su barrio¹³.

Es bien importante tener presente y expresar en este apartado que en nuestro país los servicios de salud no se encuentran únicamente en manos de ASSE, como se ha venido mencionando. Tal como es planteado por la OPS (2008),

Este proceso organizativo, así como los otros ejes estratégicos, se vienen desarrollando en conjunto con la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo y sus 21 policlínicas dependientes, en el marco de un Plan de Acción Conjunto firmado a mediados del 2005, y con plena vigencia (OPS, 2011, 111)

La Intendencia de Montevideo (IM) tiene en su organización institucional a la División Salud, de la que depende el Servicio de Atención en Salud (SAS), el que a su vez está a cargo de la coordinación de las policlínicas que tiene el gobierno departamental. Asimismo, existen dos sedes del SAS, y en estos se encuentran los funcionarios que coordinan según la zona que le compete –Este, Oeste, Centro- a los

¹²“En la RAP-ASSE anualmente se brindan aproximadamente 1.000.000 de consultas médicas a sus usuarios. Incluye servicios territoriales (Centros de Salud, Policlínicas, Consultorios de Área) y un Sistema de Unidades Móviles para emergencia, urgencia y traslados. Debe señalarse que es la única de las 68 UE de ASSE con estructura y funcionamiento exclusivos de Primer Nivel.” (OPS, 2011, 103)

¹³“En un proceso participativo que integró actores institucionales del campo de la salud y actores comunitarios, han sido definidas **71 Áreas de salud** en el departamento, que configuran unidades de territorio-población, de cuya atención sanitaria es responsable al menos un efector de la Red.” (OPS, 2011, 111)

“Las 71 áreas de salud surgieron así de la delimitación territorial dentro de cada zona, basada en un conjunto de indicadores demográficos, sociales, culturales y sanitarios, con la participación de actores comunitarios. Pertenecen 27 áreas de Salud a la Región Este, 13 a la Región Sur y 31 a la Región Oeste.” (OPS, 2011, 111-112)

equipos de las Policlínicas¹⁴. Debe hacer especial mención a la ausencia de Centros de Salud a cargo de la IM.

Según datos de la OPS (2011: 194), “A partir de la década del 80, la totalidad de las Intendencias Municipales del Uruguay, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsaron la estrategia de APS.”

Al adherirse el gobierno departamental, “Se inició un comprometido proceso con modalidades propias que se articulan con el liderazgo de los Gobiernos locales, enmarcado en la descentralización, la participación ciudadana y la construcción de alianzas intersectoriales.” (OPS, 2011, 195)

Estos procesos permitidos por la visión de la salud como un derecho de todos los ciudadanos y, como un bien público, validan y consolidan que todos los organismos e instituciones competentes logren acuerdos para desarrollar en coordinación la tarea de prestar los servicios (de salud en este caso), a la sociedad, principalmente a aquellos que no tienen acceso a la salud como bien privado. Desde esta óptica,

Lo local es entendido como un escenario territorial dinámico, donde se expresa la compleja vida social con intereses diversos y donde se acuerdan algunos puntos en común para desencadenar un proceso de naturaleza participativa que intente mejorar las condiciones actuales de vida. (OPS, 2011, 197)

Entendiendo la riqueza de “lo local” como espacio de intervención e investigación, dadas las características expuestas, es que éste, se torna en escenario delimitado para la búsqueda de las voces pertinentes al tema de la Monografía en cuestión, lo que tendrá lugar a continuación.

Primer Nivel de Atención: ¿un campo fértil para la profesión de Trabajo Social?

El actual documento ha estado transversalizado por el Trabajo Social como profesión inserta en el campo de la Salud Pública, esto se ha acotado al Primer Nivel de Atención, habiéndose contextualizado tal cuestión en las páginas precedentes. En este momento del trabajo se hace necesario aludir directamente a las voces involucradas en tal eje, siendo estas provenientes de informantes calificados seleccionados a partir de la Región Este de Montevideo.

¹⁴ Estos datos han sido proporcionados por funcionarios de la Intendencia de Montevideo, la coordinadora de una de las Policlínicas y la referente de Trabajo Social a nivel territorial de la Región Este de Montevideo.

Concretamente se han realizado entrevistas semi-estructuradas a Trabajadoras Sociales, eligiendo a una referente de cada Centro de Salud de la Región mencionada. Logrando el contacto con las protagonistas mediante la técnica de “bola de nieve”, es decir consultando desde la primera entrevistada por otras colegas, llegando así a contactar a seis profesionales que finalmente fueron las que formaron parte de las entrevistas realizadas en el marco del trabajo de campo de quien escribe.

Primeramente, serán destacados algunos aspectos generales de lo obtenido en el trabajo de campo, con *generales* se hace referencia a los elementos compartidos por las entrevistadas en sus discursos. De este modo, uno de los aspectos fundamentales a destacar, es que las entrevistadas sostienen que el salario percibido en Salud Pública y concretamente en el Primer Nivel de Atención resulta bajo, al decir una de las entrevistadas acerca de que el salario es “*bastante malo*” o que no hay una “*remuneración acorde*” (Ver Anexo 2). Este aspecto es visto por la mayoría de las entrevistadas como un determinante al momento de elegir o incluso de continuar en el campo de la Salud, entendiendo que transitan por este hasta obtener otro empleo que les implique una mayor remuneración.

En la misma línea, la mayoría de las entrevistadas -sólo una no-, tienen al menos un empleo más que desempeñan en paralelo al del Primer Nivel de Atención. Visualizándose con ello, el siempre presente multi-empleo en los profesionales del Trabajo Social.

Tomando los aportes de Bentura (2006: 122) “Hoy vemos un incremento importante en la inserción en el primer nivel de atención; todas las policlínicas y Centros de Salud periféricos tiene hoy más de un Asistente Social (...)”. Luego de realizado el trabajo de campo y con los datos proporcionadas por las entrevistadas se visualiza que esto puede variar en algún aspecto.

Según las informantes calificadas no hay en el Primer Nivel de Atención la cantidad de profesionales de Trabajo Social que se requieren para desarrollar las tareas que corresponden. Dos de ellas se encuentran solas cada una en el Centro de Salud en el que están insertas, afirmando que están sobrecargadas ya que llevan adelante tareas que debieran estar repartidas entre cuatro profesionales por lo menos, por lo que también sostienen que dejan de lado algunas, priorizando cada una lo que cree más necesario sea objeto de intervención de la profesión.

Al mismo tiempo manifiestan que son ellas las referentes de Trabajo Social de las Policlínicas que se encuentran bajo la órbita del Centro de Salud, no habiendo

entonces profesionales en estos centros. Comentan que probablemente esto sea resultado de la baja remuneración que ofrece ASSE, así como también la desvaloración que desde el campo de la Salud existe por parte del colectivo de Trabajo Social.

Es necesario mencionar que lo anterior hace referencia a la situación del Primer Nivel de Atención a cargo de ASSE. En el caso de la Intendencia de Montevideo, se ha indagado¹⁵ y puede afirmarse que desde fines del siglo pasado se han retirado los profesionales de Trabajo Social de las Policlínicas del gobierno local. Estos profesionales se han derivado a otros sectores de la descentralización estando referidas las situaciones de las Policlínicas al Centro Comunal Zonal que le corresponda a cada una.

En suma, no hay actualmente profesionales de Trabajo Social trabajando en el Primer Nivel de Atención en Salud correspondiente a la órbita de la Intendencia de Montevideo. Se percibe la presencia de estudiantes que en calidad de pasantes se encuentran por un año a lo sumo dos, realizando las tareas correspondientes a la profesión. Además desde este año se cuenta con centros de prácticas de un Proyecto Integral de la Facultad de Ciencias Sociales anclados en algunas de las Policlínicas.

Retomando lo expuesto en la primera parte de este capítulo, acerca del cambio en el Modelo de Atención y el rol protagónico que toma el Primer Nivel de Atención en Salud Pública por tanto a la “Promoción y Prevención en Salud”, lo que pone a la Salud como derecho fundamental del sujeto, es que son pertinentes las ideas de Bentura (2006: 91),

También parece relevante hacer notar que aparecen en los discursos oficiales prioridades que podrían ser favorables para que el Servicio Social se posicionara mejor en el campo ya que posee o debería poseer un saber específico que lo habilitaría a intervenir en áreas ahora prioritarias como por ejemplo, la prevención y promoción de la salud y la participación de los usuarios.

Apareciendo el Servicio Social, en el decir de la autora, como profesional llamado a tomar posición en el campo de la Salud, específicamente en el Primer Nivel de Atención en Salud. Esto por los saberes que la profesión posee y, por el espacio de intervención que efectivamente tiene y comienza a tomar prioridad en la Salud, esto es el espacio social como campo de intervención. Tal como sostiene la autora,

¹⁵ Lo indagado fue proporcionado por la funcionaria de la Intendencia de Montevideo que se encuentra a cargo de la coordinación de Trabajo Social de la Región Este de Montevideo, quien ocupó además un cargo de Trabajadora Social en una de las Policlínicas de la Intendencia de la región en cuestión.

Estas nuevas prioridades refieren claramente al objeto de intervención del servicio social y además el saber médico no tendría ni conocimiento ni interés en adquirirlo. Es además importante ver que en aquellos modelos que inspiran la reforma el trabajo social tiene una integración indiscutible en los equipos. (Bentura, 2006, 91)

Resulta necesario hacer una salvedad, la que es entendida así a partir de lo indagado para llevar adelante la Monografía y de los discursos de las entrevistadas (Ver Anexo 2), y es que, lo escrito por la autora data del año 2006, por lo que se cree esto se ha visto modificado en cierta forma.

Al decir de una de las entrevistadas, “Bueno el rol sería esto, muy de prevención, promoción y educación en salud, ¿no? El rol de trabajo social en atención primaria yo creo que lo ideal sería eso, que se trabaja muy en conjunto con la médica de familia, ¿no? En esto que también tiene como una formación para esto (...)” (Entrevista 1)

Notándose que existen especializaciones de Médicos de Familia –así como otras profesiones- que han ido tomando parte en cuestiones comunitarias, por lo que en los equipos del Primer Nivel de Atención es posible encontrar profesionales del saber médico que se han interesado en ampliar su objeto de intervención al ámbito social.

En esta línea la intervención del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en Salud tendría

(...) por objeto lo social, pero este término no se encuentra bien dilucidado a nivel conceptual (...) se alude con él a la comunidad, o a todos los beneficiarios, adscriptos y potenciales del sistema. Otras veces se denomina social al campo de acción, el ámbito de acción que va de la política a la administración y de allí a la comunidad, o bien, una actividad que se da “fundamentalmente a nivel de personas y de grupos, aunque es cierto que no podrá desentenderse de la acción a nivel de la estructura social. (Matus, 1999, 34-35)

De lo citado se destaca fundamentalmente lo referido a la comunidad y la intervención a nivel de personas y grupos, siendo estos aspectos los mencionados por las profesionales entrevistadas, en cuanto al objeto de intervención. Al decir de una de las entrevistas,

“Bueno, hay como dos partes. Una es de inserción en algunos programas, que funcionan con otros profesionales. Y otro lo que es lo que allá le llaman agenda o consulta, que sería como, no sé, el espacio más de entrevista, de primer contacto, entrevista y seguimiento mío. Ellos le llaman agenda, como es en el consultorio, como una consulta digamos.” (Entrevista 2)

Respecto a la inserción en los programas explica seguidamente la entrevistada que estos funcionan tanto en atenciones individuales del equipo que esté a cargo como de intervenciones grupales. A la vez en el espacio de “agenda” o de “consulta” es donde

se trabaja a nivel individual y familiar. Estas tareas son reiteradas al consultar a las profesionales en cuanto a las tareas del Trabajador Social en Policlínica y en Centros de Salud, aunque una de ellas no las lleva adelante en la actualidad -ya que se encuentra ocupando otro cargo- sostiene que con anterioridad tenía un espacio de “consulta”. Otras de las entrevistadas comentan que no es la tarea que más desarrollan (y les interesa) pero que si la tienen asignada desde los Centros de Salud.

Al respecto de la tarea de “agenda” o “consulta” las entrevistadas parecen estar de acuerdo en que, de esa entrevista, de ese primer encuentro con el sujeto que asiste a la misma, se logra trabajar en proceso en lo que sería una intervención propia de la profesión. Sin embargo, se entiende que esta tarea es percibida como alejada de lo que es el rol del Trabajador Social, haciendo alusión a la connotación “clínica” que tiene la palabra “consulta” o “agenda”. Visualizando que, “Se procura entonces eliminar todo aquello que nos identifique con lo que fuimos, una profesión subordinada a la medicina.” (Bentura, 2006, 138)

En este sentido se torna imperioso,

(...) resignificar el concepto de Trabajo Social. Situarlo en un horizonte de intervención que tenga como fundamento una rigurosa y compleja comprensión social, recapturando la tensión existente en él entre teoría y praxis. De este modo se busca poner en evidencia que toda intervención es capturada a partir de un lugar teórico, a partir de un modo de ver. (Matus, 1999, 26)

Parece claro que las entrevistadas al posicionarse como profesionales que cuestionan algunas de las tareas que le son impuestas, como el espacio de “agenda”, logran pararse desde un modo de ver específico a lo que consideran el rol del Trabajador Social. Apreciando que esto trae consigo una “comprensión social” respecto de la relación entre teoría y praxis¹⁶.

Por otra parte, al indagar en las tareas, pero precisamente en el rol que tiene el Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en Salud Pública, las entrevistadas aluden a un rol de “mediador”. Llevado a cabo este, generalmente, entre los técnicos –principalmente médicos- y los usuarios del servicio. Aunque también afirman que el rol se genera entre los técnicos del servicio y otros técnicos que se encuentran en organizaciones del territorio en el que el Centro se encuentre.

¹⁶“(…) no hay intervención sin interpretación social. Trabajo Social constituye su especificidad, por tanto, en las medicaciones de un modo particular de ver que tiene como resultado un hacer particular.” (Matus, 1999, 27)

Desde esta óptica se comparte con Matus (1999: 66-67) que “La función de mediación involucra no un procedimiento de bisagras sino la posibilidad de nombrar un escenario posible de reconstrucciones, una tarea. La función de mediación no es hablar de otros sino mostrar las contradicciones de los discursos.”

La especificación que realiza la autora al definir la función de mediación es precisamente lo que se distingue en el discurso de una de las entrevistadas, mientras comenta lo que entiende que ha sido el aporte de Trabajo Social en el Centro de Salud, de su aporte en particular. Tal como señala,

“(…) yo siento que muchas veces hacemos como de mediadores entre los médicos, todo el Sistema de Salud, lo que es como la lógica de la salud, y el resto del mundo, ¿no? Entonces, vos vas, pero es hacia los dos lados (…) como explicando todo el tiempo, siendo nexo, como en distintos lenguajes que se dan en territorio. Eso es una cosa que es como aporte, yo considero que es como aporte importante del Trabajo Social (…)” (Entrevista 3)

Se concibe en estas palabras una postura crítica y reflexiva en cuanto al rol del Trabajador Social, mostrando una comprensión de situaciones como totalidades, expresando justamente “las contradicciones de los discursos” al decir de Matus. Debe explicitarse que, la misma entrevistada sostiene que el trabajo de comprensión de los objetos de intervención como una totalidad lo pone en práctica también en situaciones individuales y familiares, las que se trabajan en equipo interdisciplinario, tratando de que esta visión sea comprendida por sus compañeros (Ver Anexo 2, Entrevista 3). Según Matus (1999) “(…) se afirma que Trabajo Social enfrenta y modifica situaciones sociales enfocándolas como un todo.” (Matus, 1999, 35)

Estas tareas expresan el *habitus* del Trabajador Social y, en este caso, en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud. Las prácticas que hasta aquí se han analizado permiten entender a los profesionales que trabajan en la misma línea y a la vez, notar que así como coinciden en algunos aspectos difieren en otros al momento de intervenir o del modo de ver para intervenir. Tal como sostiene Bourdieu (1997: 20), “Los *habitus* son principios generadores de prácticas distintas y distintivas (…) pero también son esquemas clasificatorios, principios de clasificación, principios de visión y división, aficiones, diferentes.”

El Trabajo Social conlleva un *habitus* propio de la formación que ha adquirido en la academia, el que luego al ingresar al campo laboral se enfrenta unas condiciones específicas del campo en el que se inserte, que hacen que ese *habitus* adquirido se

vea cuestionado, en tanto se va a sumar al sujeto el *habitus* que vaya a adquirir en el campo laboral para interpelar lo hasta ahí interiorizado por el profesional.

En los discursos las entrevistadas coinciden en que el rol del Trabajo Social es más abarcativo que la orientación y el asesoramiento por el cual muchas veces son consultadas o le son derivadas situaciones. Percibiendo este rol más como asistencialista. Al mismo tiempo que coinciden, pudiendo verse un *habitus* compartido, cada una expresa sus propias particularidades las que dependiendo de la situación, podrán incluso ser opuestas entre ellas. Tal como propone el autor, “Debemos pensarlo como un resorte que precisa de un disparador: dependiendo de los estímulos y de la estructura del campo, el mismo *habitus* generará resultados distintos, incluso opuestos.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 198)

Para comprender mejor lo antes expuesto se hará referencias a las palabras textuales de las entrevistadas ejemplificando lo anterior. Una de las entrevistadas al preguntarle por su percepción acerca del rol del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención sostiene,

(...) es un rol articulador, a mí me gusta mucho algunos autores como Alejandra Pastorini, cuando ella plantea que el Trabajador Social trabaja en una zona de tensión, entre lo que son las PPSS y los destinatarios, Carlos Montaña plantea que somos operadores terminales de Políticas Sociales y más o menos yo creo que la cuestión va por ahí, nosotras poca capacidad tenemos para proponer o para estar en esas arenas de poder donde se consolidan las PPSS pero si estamos en un lugar de poder denunciar de poder protestar y poder exigir algunas cuestiones, y tratar, y velar de que las PPSS lleguen de forma adecuada a los destinatarios (...) (Entrevista 4)

Cabe mencionar que la profesional ha transitado por más de un plan de estudios en su formación, habiendo iniciado su formación en la Escuela de Servicio Social y culminado sus estudios ya en la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar. Con lo citado se entiende como el *habitus* de esta profesional ha sido construido desde un lugar de *hacer* más que del *crear*, viendo lejos tal posibilidad. En cambio, la reflexión la profesional la adjudica al poder de denuncia que tienen estando en el campo donde visualiza en primera plana la efectividad o no de los programas y políticas sociales.

Por otra parte, una de las entrevistas cuenta que ingreso al Centro de Salud como Trabajadora Social y actualmente se encuentra desempeñando la “(...) jefatura de Servicio descentralizados (...) la jefatura de todos los servicios del territorio del Centro de Salud” (Entrevista 3). Este cargo históricamente ha sido ocupado por Licenciadas en Enfermería. Al indagar acerca de cómo percibe el ocupar ese cargo desde la

profesión de Trabajo Social, precisamente el rol de la profesión en tal puesto de trabajo, responde la misma,

Si, lo que pasa que los roles se construyen, ¿entendés? Entonces lo que hacia la Licenciada en Enfermería no es lo mismo que hago yo, o sea, también va a depender de cada equipo de gestión, de la flexibilidad que tengas o que no tengas para trabajar, de cómo te repartís los roles con el licenciado en Enfermería, ¿no? (Entrevista 3)

En este rol la entrevistada comenta que planifica los proyectos de trabajo, con los equipos de las Policlínicas que se encuentran en dependencia del Centro de Salud por la zona en la que están. Aclara que cada proyecto de trabajo es específico a cada territorio y a la población con la que se trabaja por lo que adaptan la propuesta a esto. (Ver Anexo 2, Entrevista 3)

Ahora bien, ambos discursos expresan un *habitus* de Trabajo Social que si bien tienen aspectos en común, difieren en cuanto a concepciones y formas de ver el trabajo concreto de la profesión, principalmente el alcance que puede tener la intervención en este marco. Las dos entrevistadas trabajan en territorio y comunitariamente, sea en redes y en grupos, lo que no hace que tengan idéntico *habitus*.

Estos *habitus* van conformando la identidad del profesional del Trabajo Social, indagando en este aspecto se les consulto a las profesionales acerca de la percepción del rol de la profesión en el Primer Nivel de Atención tanto de ellos –como se ha venido analizando-, como de los usuarios con los que trabaja, otras profesiones dentro del Centro y otros Trabajadores Sociales insertos en diferentes campos.

Tal como expresan los aportes de Gentilli (1994: 138),

(...) a identidade profissional re-atualiza continuamente os significados do objeto profissional, dos modos de processar seu trabalho e dos produtos deste processo, que são também condicionados por representações expressas pelos "outros", que, no caso do Serviço Social, são as organizações sociais nas quais os assistentes sociais trabalham, os profissionais de outras categorias, os usuários dos serviços prestados pelos profissionais, a opinião pública.

La identidad profesional es construida desde la profesión en sí misma, esto es la formación académica y el campo laboral en el que se inserte, así como es construida con un otro que define quien soy en base a lo que hago. En esta línea el *habitus* del profesional va adquiriendo del campo los aspectos que hacen a su identidad. Al sostener una de las entrevistas, antes citada, que “el rol se construye”, entendiendo que no viene de una vez y para siempre y que va a depender de la posición que el profesional ocupe en el campo, es que se percibe la construcción de la identidad.

Continuando con el análisis de la construcción de una identidad en Trabajo Social, se hace preciso retomar los dos polos propuestos por Gentilli (1994), de los que se expuso en el capítulo anterior. Estos polos, la academia y la práctica, dan lugar según la autora a dos identidades diferentes en la profesión. Por un lado el profesional que se encuentra inserto en la academia, se encuentra un tanto alejado del campo laboral, y viceversa, los trabajadores del campo se encuentran alejados de los planteos de la academia, generándose diferentes *habitus*, por ende diferentes identidades.

Ello puede ser en razón, según las entrevistadas (Ver Anexo 2), de lo que propone Bentura (2006: 112) “También se plantea como un elemento referido a este escaso relacionamiento entre los académicos y los trabajadores de campo el hecho de que no ofrecen una postura como colectivo frente a los problemas que cotidianamente la profesión debe enfrentar.”

Esto es principalmente referenciado por las entrevistadas al consultarles por la realización de cursos de Educación Permanente luego del egreso, mencionando que de los que han participado no han logrado obtener lo que “*buscaban*”, en referencia a “*como intervenir*” en algunas situaciones concretas, viendo que desde la academia se les muestra “*más de lo mismo*” al decir de una de las entrevistadas (Entrevista 6)

Al mismo tiempo comentan que otra de las razones por las que se les dificulta el continuar formándose es el escaso tiempo que les deja la situación de multiempleo, tal como ha sido mencionado con anterioridad, debido a la escasa remuneración proporcionada por el campo de la Salud que les obliga a mantener otros empleos en paralelo. Además el hecho de que seguir formándose implica también un costo que, en caso de abandonar un empleo para dedicar ese tiempo a formarse, sostienen, no pueden acceder económicamente.

En cuanto a la autonomía que perciben como Trabajadoras Sociales, las seis entrevistadas sostienen que han logrado tener el espacio y la autonomía necesarios, sosteniendo algunas (Ver Anexo 2, Entrevista 2) que a pesar de haber obtenido autonomía en el trabajo no logra “*trabajar como le gustaría*”. Esto es asociado a las demandas que son impuestas desde la institución en cuanto por ejemplo, a las horas dedicadas al espacio de “*consulta*” o “*agenda*”. A la vez que la falta de profesionales de Trabajo Social en los Centros hace que las que están se encuentren sobrecargadas, realizando el trabajo correspondiente a más de un profesional del área.

Unido a lo anterior se percibe con Friedson (1978: 27), “Obviamente es una condición mínima de control que la ocupación haya obtenido el control exclusivo de la capacidad para determinar el contenido adecuado y el método efectivo para realizar cierta tarea.” Todas las entrevistadas sostienen que han logrado tener el control sobre su trabajo, en las tareas que realizan, es decir “*dominar el aspecto técnico*” de la profesión. Manifestando que aquellas tareas que se les asignan y no las entienden pertinentes a la profesión –a como ellas la perciben- son planteadas y puestas a discusión con el equipo de salud (generalmente la dirección de los Centros) y afirman lograr un dialogo en donde se realice un acercamiento al rol y a las tareas que le corresponden al Trabajo Social.

En esta línea son pertinentes las nociones de Bourdieu y Wacquant (2005: 159),

Todo campo constituye un espacio de juego potencialmente abierto cuyas fronteras son confines dinámicos que son objeto de luchas dentro del campo mismo. Un campo es un juego desprovisto de inventor y mucho más fluido y complejo que cualquier juego que uno pueda diseñar jamás.

Las luchas de las profesionales por definir su rol en el campo del Primer Nivel de Atención en Salud Pública son visualizadas como parte de la búsqueda y obtención de la autonomía que la profesión requiere. Estas han sido colectivizadas por las Trabajadoras Sociales del nivel, habiendo conformado un colectivo de la profesión del que participan la mayoría de las entrevistadas en la actualidad, tal como han manifestado en las respectivas entrevistas.

Así lo plantea una de las entrevistadas en su discurso, “Nosotros como colectivo lo que planteamos es que no queríamos perder el espacio de encuentro mensual. Entonces nos dijeron que si, que eligiéramos tres coordinadoras, una por Región (...)” (Entrevista 4).

Todas las profesionales entrevistadas aludieron al colectivo en algún momento de la entrevista, sea para comentar el trabajo que llevan adelante, sea para decir que actualmente no están pudiendo participar como quisieran o como una de ellas que al cambiar su cargo en el Centro de Salud dejó de participar entendiendo que su presencia no era necesaria a los fines del colectivo. El colectivo se conformó precisamente para discutir y proponer en conjunto el perfil del Trabajador Social del campo de la Salud Pública, en primer lugar se organizaron de acuerdo al Primer Nivel de Atención en Salud, hoy en día también lo conforman profesionales de Segundo y Tercer Nivel, tanto de Montevideo como del Interior del país.

Es considerado asociado a la autonomía de la profesional, como se ha estado analizando, entendiendo que para las profesionales el poder definir un perfil de Trabajo Social viene de la mano de la autonomía que esperan tener. La autonomía en sus discursos se ve inscrita en el rol que estas creen tener en sus campos laborales, es ahí donde el colectivo toma relevancia para el presente análisis.

A la vez, se percibe que la autonomía asociada al perfil del profesional exhibe el *habitus* de estas profesionales, comprendiendo con los autores “Siendo el *habitus* lo social encarnado, se encuentra “en casa” en el campo que habita, lo percibe dotado de significado e interés inmediatos.” (Bourdieu, Wacquant; 2005, 189)

Este *habitus* es manifestado al hablar de la autonomía que creen haber obtenido las entrevistadas, mostrando el perfil que deciden es el pertinente al Trabajo Social. Tomando las palabras de una de las entrevistadas al preguntarle precisamente en qué aspectos percibe su autonomía, a lo que expresa,

En por ejemplo no usar túnica, porque no me gusta, porque me parece que pongo un... y a todo el que tienen túnica le dicen doctor y yo no soy doctor por ejemplo. Parece tonto lo que estoy diciendo pero para mí fue algo bastante interesante eso. Después el hecho de manejar un poco mi horario, yo entro a las 12:30 y recién la agenda se me abre a las 13:30, para tener un tiempo de llegada y de ver cosas que tengo que hacer. (Entrevista 5)

En esta distancia que pone la profesional entre la profesión Médica y la del Trabajo Social se visualiza un perfil por oposición a otro. Así como al marcar sus tiempos se nota un modo de trabajo que entiende propio del Trabajo Social. Estos aspectos, que como dice la entrevistada pueden resultar menores en relación a la autonomía técnica que es el elemento más fuerte de las profesiones, no parecen datos menores si tenemos presente el perfil que históricamente le ha sido asociado al Trabajo Social y que han sido plasmado en el primer capítulo de esta Monografía, este es un “*auxiliar del médico*”.

Cabe poner énfasis a la reforma del sistema de salud que se desarrolló en el país, en la que para una de las entrevistadas se crea un campo de grandes desafíos para el Trabajo Social, proponiendo para este un perfil de corte comunitario así como relevante para la conformación de equipos interdisciplinarios para el trabajo en Primer Nivel de Atención en Salud Pública. Lo anterior implica un cambio del perfil en el párrafo anterior planteado. Como expone Bentura (2006: 96), “Creemos que la profesión ha ido conquistando en el campo de la salud espacios de autonomía

profesional relevantes que le permiten tener hoy un mejor posicionamiento en el sector.”

Resta plasmar un elemento fundamental de la autonomía -tomando las ideas de Friedson (1978)-, de las profesionales entrevistadas y es que “(...) no hay ningún atributo institucional estable que conduzca inevitablemente a tal posición de autonomía.” (Friedson, 1978, 93) Con esto se pretende proponer que la obtención de autonomía en el campo laboral va a depender de la postura del profesional en tal espacio. Entendiendo que es responsabilidad de los profesionales posicionarse en un lugar de autonomía, especialmente en la profesión de Trabajo Social que en sus orígenes se ha visto subordinada a otras profesiones como lo es la Médica.

Para dar cierre al actual capítulo aparecen sugerentes las palabras de Friedson (1978: 361) al afirmar, “Autonomía es el premio perseguido prácticamente por todos los grupos ocupacionales, puesto que representa liberarse de la dirección de otros, libertad para realizar el propio trabajo del modo que uno desea.” Así se entiende que las profesionales entrevistadas perciben la autonomía obtenida, como un *premio*, que deviene de tener autoridad sobre el aspecto técnico de su trabajo en el campo en el que se encuentran insertas. Lo que ha implicado para las protagonistas de este trabajo una serie de negociaciones y planteos donde cuestionan a quienes insinúan tareas que no parecen pertinentes al Trabajo Social o al menos, no lo serían éticamente.

Esto se visualiza en el decir de una de las entrevistas,

Lo que logro es como sentarme con el director y hablarlo, los resultados a veces no son los que yo espero, pero ta logro como decirle, haber discutirlo y decirle “Te parece, que esto lo tengo que hacer yo, o sea te parece que este es mi rol acá”, yo tengo esa posibilidad, que a veces logro si, a veces no y termino haciendo cosas que capaz no me parece pero siempre busco la manera de que para mí sea éticamente correcto, pero si no es ético yo no lo hago. Y ta, a veces le gusta y a veces no le gusta, y si no le gusta bueno que se maneje, es así. Es un poco cansador a veces te diré, pero bueno ta es como la manera también de respetarse uno, porque si no terminas en el horno. (Entrevista 2)

Finalmente, se entiende con lo analizado que la identidad de las profesionales se ve permeada por el *habitus* que han incorporado tanto en la formación académica – variando de acuerdo a la institución y el plan de estudios en el que han incursionado – así como por los campos laborales por los que han transitado y, concretamente por el campo de la salud que es el que aquí interesa fundamentalmente. Estos *habitus* van

dando lugar a la conformación de una identidad específica, que es compartida con otros y que a la vez diferencia de otros. Debe aludirse a la constante transformación de esta identidad que comienza una vez las profesionales eligieron la profesión de Trabajo Social y determinados campos laborales y no otros, como lo es el campo de la Salud.

Consideraciones Finales

Llegando el momento de concluir, cabe realizar algunas precisiones a las que se ha llegado luego del proceso de elaboración del documento que toma carácter de Monografía de grado en estas páginas.

Al principio del documento, en el capítulo primero, se planteó el origen y desarrollo de la formación del Trabajo Social en el campo de la Salud, a su vez, como campo de investigación se tomó una muestra de la población que se encuentra inserta en el campo de la Salud, en Primer Nivel de Atención Pública. En lo que se logró apreciar que si bien el campo es el mismo, las tareas y prácticas que llevan adelante los profesionales han variado.

Se entiende que en sus orígenes el Trabajo Social –en ese entonces Servicio Social– era el profesional que actuaba de “*auxiliar*” a la medicina, en tanto el Médico era quien la mayoría de las veces proponía las tareas al Servicio Social. Tales como, realizar visitas en las que se llevaran a cabo controles en el marco del higienismo, de los individuos y sus familias en sus viviendas. El profesional era el nexo que traducía el lenguaje del médico a los sujetos que fueran objeto de intervención para el disciplinamiento. A su vez, el profesional debía llevar a cabo tareas educativas en relación a prácticas de higiene y cuidado de los recursos a los sujetos, ya que tenía la potestad de retirar beneficios que fueran otorgados bajo las condiciones de no “*malgastarlos*”. Estas tareas son vistas como de control, de disciplinamiento y principalmente asistencialistas.

Por otro lado, en la actualidad en base a los discursos recabados y analizados en este documento, las Trabajadoras Sociales comentan que las tareas que realizan en el marco del Primer Nivel de Atención, si bien difieren de los orígenes de la profesión, no se encuentran del todo alejadas. Sea por mandatos institucionales, del campo en sí mismo, sea por lo que las profesionales entienden respecto al rol del Trabajo Social. En los discursos se puede apreciar que hay un esfuerzo por abordar las situaciones con las que trabajan de forma procesual, crítica y reflexiva, esto es, ir más allá del

asistencialismo propio de los orígenes. En esta línea, hay un intento de tomar los objetos de intervención como totalidades, buscando trabajar cuestiones de empoderamiento de los sujetos y apropiación de sus derechos.

A la vez, se ha visto que las profesionales en el campo de la salud han adquirido y tomado lugares que históricamente han correspondido a otras profesiones, lugares de coordinación y dirección de los Centros de Salud y Policlínicas. Con ello se entiende que el Trabajo Social continua luchando por espacios que le otorguen mayor autonomía y permitan un desarrollo de la profesión en términos de tomar lugar en la toma de decisiones de los espacios de trabajo. De esta manera, se entiende que la conformación de los profesionales en un colectivo que busca reivindicar el perfil del Trabajador Social del campo de la Salud, es un acto de crítica y reflexión a la profesión en sí misma, a los espacios que aun continua ocupando, a las tareas que le son impuestas desde otros profesionales como de otras instituciones que se encuentran en el territorio. La conformación de este colectivo deja ver que en la actualidad el Trabajo Social continua buscando formas de legitimar su profesión así como herramientas que como colectivo otorguen a los trabajadores una posición de autonomía en el campo de la Salud.

Las tareas y el rol del Trabajador Social han variado, pero aún persisten asociadas a la profesión espacios que si son tomados a la ligera en la vorágine del *poco tiempo y mucho para hacer*, dan lugar a abordar las situaciones de forma superficial, es decir *solucionando lo fenoménico*, lo que a simple vista demandan los sujetos o los técnicos que entienden el abordaje pertinente al Trabajo Social, y no, lo complejo de las situaciones. Se trata de un constante cuestionamiento reflexivo acerca de las prácticas cotidianas de los profesionales, el que pareciera existe en las entrevistadas tomando los discursos, al afirmar que las cuestiones que no creen pertinentes al rol del Trabajo Social no las realizan o las discuten y negocian con la dirección u otros técnicos.

En lo último expuesto se entiende las profesionales notan la obtención de mayor autonomía, en la posibilidad de debatir en torno a mandatos hacia la profesión. De parte de quien escribe, se entiende que una mayor autonomía de la profesión es posible en tanto el espacio que como colectivo han logrado dé lugar a documentos que pongan en tela de juicio estas cuestiones, así como una apropiación de los aspectos teóricos que den sustento a los documentos. La realización de documentos de este estilo, es ya parte de las razones por las que funciona el colectivo, el asunto

es que no logran llevarlo más allá del grupo, entendiendo la importancia de que estos se publiquen o tomen lugar en la academia para finalmente adquirir la importancia necesaria.

Se comparte con Matus (1999: 71) "(...) la primera tarea para lograr un cambio es que el Trabajo Social mismo se asuma como una forma de trabajo reflexivo y crítico, es decir, que se constituya en una actividad creadora y no es una mera necesidad productiva, que dé forma, conceptual y práctica, a un lenguaje que le permita decir lo que ve."

Unido a lo antes dicho, se aprecia que hay una ausencia en las profesionales de formación luego del egreso que le permita a cada una y al colectivo, discutir y debatir en torno a sus prácticas de manera objetivada y sustentada en teoría. Esto es así por varias razones al decir de las voces. En primer lugar, el tiempo y el dinero que conlleva la educación permanente. Seguidamente han mencionado que las propuestas que tiene la Facultad de Ciencias Sociales para Trabajo Social luego del egreso resultan *alejadas* de la realidad sobre la que luego se enfrentan al momento de la intervención. Manifestando que con respecto a Salud han debido incursionar en formaciones que ofrecen otros centros o institutos, los que aclaran no son vinculados a la profesión de Trabajo Social. Esto se vincula al hecho de que hay una "(...) desinstitucionalización de la salud en el campo académico lo cual no responde estrictamente a que en el campo profesional no exista una demanda a nuestra profesión." (Bentura, 2006, 7)

Quien escribe entiende, de esta ausencia de educación permanente en las entrevistadas que, las aleja más de la realidad de su profesión, visualizando la relevancia de la continua formación que tiene como deber la profesión de Trabajo Social, ya que trabaja con la realidad en tanto esta deviene dinámica y cambiante requiere de un constante esfuerzo de reflexión y crítica que, con la educación permanente se torna tarea responsable y éticamente correcta.

Con estas consideraciones debe hacerse especial énfasis en que la responsabilidad de una constante actualización y acción reflexiva de los profesionales, está en manos del colectivo de Trabajo Social en su totalidad. Vale decir, desde estudiantes se debe bregar por trabajar el componente crítico y reflexivo que la profesión demanda, los académicos en su rol de docentes e investigadores deben incentivar que los futuros profesionales adquieran esa capacidad como condición excluyente al egresar, así como es de los trabajadores que se encuentran en el campo la responsabilidad de

continuar formándose en el marco de hacerse sujetos críticos, actualizados y que reflexionan en torno a su objeto de intervención no como algo dado de una vez y para siempre.

Por otra parte, emerge como interrogante al haber transitado el proceso de elaboración de la Monografía, la ausencia de profesionales en el Primer Nivel de Atención en Salud de la Intendencia de Montevideo. Queda pendiente indagar en las razones que han llevado a retirar los profesionales a fines del siglo XX de las Policlínicas de la Intendencia.

Resta dejar explicitado lo relevante que ha resultado para quien escribe el proceso de elaboración de la Monografía, en su totalidad, es decir tanto del proceso de apropiación del marco conceptual, como del trabajo de campo realizado y, finalmente la contrastación de la teoría con la práctica. Esto, sin dudas marca este final y comienzo que es la elaboración del documento. Final en tanto estudiante y comienzo en tanto profesional de Trabajo Social.

El enriquecimiento es fundamentalmente como futura profesional pero no menos importante es el personal, ambos se enriquecen aún más con los aportes al campo laboral y al campo académico. Vale decir, lo incorporado ha servido en la actualidad al desarrollo de la pasantía que se lleva a cabo en el marco del gobierno departamental de Montevideo pero a la vez al trayecto que será enfrentado al adquirir el egreso de la carrera. Se ha visto fortalecido el sentir y pensar desde lo académico dando lugar a la inquietud por continuar en este marco, sea en la especialización como en la investigación en el marco de la profesión de Trabajo Social.