



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Andamiaje en el binomio pasado y presente:

aportes sobre el rol del Trabajo Social en el área de maternidad en salud desde la experiencia de práctica preprofesional en el Hospital de Clínicas

Autora: Florencia Puyol Vitale

Tutora: Mag. Celmira Bentura Alonso

Montevideo, Uruguay

2023

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por el apoyo constante y sus consejos.

A mis amigos y amigas, por la presencia e incondicionalidad.

A esta casa de estudio y los múltiples docentes que, a lo largo de este camino, han contribuido al interés y responsabilidad por la profesión.

A mi tutora, Celmira Bentura, por su confianza y aportes.

Al Hospital de Clínicas y sus referentes, por motivar este trabajo.

“El Profesor sabe y enseña. El Maestro sabe, enseña y ama. Y sabe que el amor está por encima del saber y que sólo se aprende de verdad lo que se enseña con amor”.

Rúben Gorlero Bacigalupi, en memoria de Luis Morquio.

ÍNDICE

I.	Resumen	p. 4
II.	Introducción	p. 5-10
	i. Presentación del tema	p. 5-6
	ii. Fundamentación teórica	p. 6-9
	iii. Objetivos	p. 9
	iv. Metodología	p. 10
III.	Capítulo I	p. 11-23
	i. Génesis del Servicio Social	p. 11-20
	ii. Medicalización de la vida social: hegemonía y autoridad médica	p. 20-23
IV.	Capítulo II	p. 24-30
	i. El Hospital de Clínicas y el Departamento de Trabajo Social	p. 24-26
	ii. El área de maternidad y el trabajo con familias: interdisciplina y autonomía	p. 26-31
V.	Capítulo III	p. 32-48
	i. Las voces del Hospital: análisis de testimonios	p. 32-48
VI.	Reflexiones finales	p. 49-52
VII.	Referencias bibliográficas.....	p. 53-58

GLOSARIO DE SIGLAS

ADASU - Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay

CAIF - Centros de Atención a la Infancia y la Familia

DTS-HC - Departamento de Trabajo Social del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

ESS - Escuela de Servicio Social

ESSU - Escuela de Servicio Social del Uruguay

EUSS - Escuela Universitaria de Servicio Social

FCS - Facultad de Ciencias Sociales

FMED - Facultad de Medicina

FONASA - Fondo Único de Salud

HC - Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

MSP - Ministerio de Salud Pública

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

UCC - Uruguay Crece Contigo

UDELAR - Universidad de la República

I. RESUMEN

El presente documento analiza, problematiza y explica la relación profesional actual del Trabajo Social en el área de maternidad en salud, con relación a la génesis y la historia del Servicio Social que dio origen a la profesión que conocemos hoy. Para ello, se realiza una revisión histórica desde los cimientos de la profesión, indagando en nociones relacionadas al rol profesional en el pasado, incluyendo aspectos como la subordinación a la hegemonía médica, la medicalización de la vida social, la autonomía profesional, entre otras.

Las entrevistas realizadas a referentes de las distintas cátedras médicas del área de maternidad en salud del Hospital de Clínicas, darán cuenta de las creencias y los alcances del rol profesional actual, analizando asimismo las antiguas concepciones del rol de las trabajadoras sociales. Se concluye reflexionando acerca de la construcción del rol profesional en el pasado y en el presente, para aportar a la evolución histórica del Trabajo Social en el área de maternidad en salud.

Palabras clave: Trabajo Social - Maternidad - Salud - Rol profesional

I. ABSTRACT.

This document analyzes, problematizes, and explains the current relation between Social Work in the area of maternity in public health and the genesis and history of Social Service that gave rise to the profession as we know it today. In order to do this, a historical review is carried out from the foundations of Social Work, investigating notions related to the professional role in the past. This includes aspects such as subordination to medical hegemony, the medicalization of social life, autonomy, among others.

The interviews carried out with representatives of different medical chairs of maternity public health area of Hospital de Clinicas, will show the beliefs and scope of the current professional role, analyzing as well old ideologies of social workers role. It concludes by reflecting on the construction of the professional role in the past and present, to contribute to the historical evolution of Social Work in the specific area.

Keywords: Social Work - Maternity - Health - Professional role

II. INTRODUCCIÓN

i. Presentación del tema

El presente trabajo constituye la Monografía Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Lo que aquí se presenta, pretende realizar un análisis que problematice e intente explicar la relación del rol profesional actual del Trabajo Social en la salud, específicamente en el área de la maternidad, con relación a la génesis del Servicio Social que dio origen a los cimientos de la profesión.

Para ello, se realizará una revisión histórica de los inicios de lo que hoy conocemos como Trabajo Social, y se indagará en nociones relacionadas a la profesión desde sus orígenes como la subordinación a la hegemonía médica, la medicalización de la vida social, la autonomía profesional, entre otras, contraponiéndolo con la mirada actual de referentes de las distintas cátedras médicas que dialogan y trabajan junto con los trabajadores sociales.

A tal efecto, este documento estará enmarcado en la experiencia de práctica pre profesional llevada a cabo durante los años 2021 y 2022 en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” (HC), ubicado en la ciudad de Montevideo y cuya nombradía es reconocida a nivel internacional, regional y nacional por ser referencia en el ámbito de la salud pública. La revisión bibliográfica e histórica permitirá contribuir a la reflexión sobre la actualidad de la profesión en el área específica de inserción de la práctica pre profesional, el área de ginecología y maternidad de la institución mencionada.

Es así, que cabe preguntarse: *¿En la actualidad, se reproducen comportamientos o creencias que responden a antiguas concepciones del rol profesional de la Trabajadora Social en el área de maternidad en salud?*

En virtud de esto, se realizó una presentación del tema seleccionado, desarrollando ciertos aspectos fundantes de la presente, así como los objetivos generales y específicos que la guiaron. A modo de analizar las antiguas concepciones del rol de la profesión, se estudiará a lo largo del documento, qué puntos de vinculación se mantuvieron con el posterior desarrollo de la misma según la mirada de los profesionales médicos insertos en el área.

Dentro de las tareas y el rol profesional en los inicios de la profesión se incluyen la subordinación de la trabajadora social al médico, la realización exclusiva de tareas de control y seguimiento de las familias, la feminización de la profesión, el trabajo con la comunidad y los lugares de inserción cotidiana de la población (fábricas, escuelas, hospitales). Se buscará comprender y comentar el avance del rol profesional en el área de maternidad en salud según las miradas y creencias de las otras profesionales del área. Por ende, constituyen fuentes sustanciales para su desarrollo, las entrevistas que fueron realizadas en dicho marco a distintas profesionales que se desempeñan en el área de maternidad del HC cuyo análisis se presenta al final del documento.

Este trabajo se estructura en tres capítulos. En el capítulo I se indaga sobre la génesis del Servicio Social, es decir, los orígenes de la profesión específicamente en nuestro país. Además, se profundiza en el concepto de medicalización de la vida social y hegemonía médica. El segundo capítulo refiere a la contextualización de la intervención en el campo de la maternidad en salud, volviendo a los orígenes del HC e introduciendo al Departamento de Trabajo Social en el Hospital de Clínicas (DTS-HC) y el trabajo en particular que allí se realiza con las familias. Comprendiendo esto, se atañe al desarrollo de los conceptos de interdisciplina y autonomía de la profesión como claves en el avance de la misma para analizar el rol profesional en los inicios y el rol profesional actual. Por último, en el capítulo III se realiza un análisis de los testimonios obtenidos en las entrevistas a las profesionales que trabajan en los equipos del área de maternidad, donde se insertan también los trabajadores sociales, en base a conceptos relevantes seleccionados de distintos fragmentos que permitan aproximarnos a la pregunta de investigación.

El documento presentado concluye con las reflexiones finales realizadas a partir del desarrollo del documento y la bibliografía consultada.

ii. Fundamentación teórica

El HC, también reconocido como Hospital Universitario referente para el conjunto del sistema de salud, es una institución de referencia tanto a nivel nacional, como regional e internacional en el segundo y tercer nivel de atención. Desde los cimientos que dieron lugar a su creación, la lógica del mismo, ha sido particular. Dentro de su estructura y sus peculiaridades, existe una característica fundamental para el desarrollo y la historia de la

profesión en el área de salud: el establecimiento y funcionamiento ininterrumpido de un Departamento de Servicio Social, el cuál estuvo pensado y ejecutando su labor desde la propia creación del HC a mitades del siglo XX.

La experiencia de práctica pre profesional en el HC permitió obtener una mirada del ejercicio de la profesión en el área específica de inserción, así como también, en las distintas áreas dónde se desempeñaron mis pares. Partiendo de ello, se observó que en el área de maternidad del HC se incorpora de forma plena a los trabajadores sociales en el grupo de profesionales que allí ejercen sus tareas, tanto a nivel de trabajo como en la experiencia de práctica. Esto, *a priori*, parece no suceder en todas las áreas de inserción de los trabajadores sociales dentro del establecimiento, al menos no de forma homogénea y unánime.

De lo anterior, surge el interés y el desafío en el marco de la experiencia pre profesional por comprender cuáles son las perspectivas de quienes allí se desempeñan respecto al alcance de la profesión y qué lugar ocupa el Trabajo Social en esta esfera de trabajo. Esta experiencia de dos años de duración, como indica la currícula de la Licenciatura, permitió una plena inserción en el área, atendiendo al aprendizaje de las tareas y roles profesionales que allí se realizan, el trabajo con las mujeres y sus familias, así como también, la posibilidad de dialogar con distintas disciplinas que componen e integran el trabajo y la intervención en el área de maternidad en salud.

Para poder realizar un análisis referente al binomio pasado-presente del rol profesional, surgen aspectos necesarios para evaluar. Entre ellos se destaca el logro de la autonomía profesional en el área y la instauración del trabajo interdisciplinario con las distintas cátedras médicas. Este punto ha sido clave en la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de nuestro país la cual comenzó a implementarse en el año 2007. Como señalan Midaglia y Antía (2011), el cambio en la organización y el funcionamiento del sector de salud se da en tres niveles: el modelo de atención en salud a través de la promoción y prevención, la forma de gestión y, por último, su financiamiento a través de la creación del Fondo Único de Salud (FONASA).

Los cambios propuestos implicaron principalmente un giro en el modelo de atención y la forma de trabajo de los profesionales de la salud a través de una atención integral y la coordinación entre los técnicos encargados de asistir en los procesos de salud y enfermedad

que vaya más allá de observar lo deteriorado, lo enfermo, el síntoma del usuario, y que puedan accionar conjuntamente en pos de un bienestar a nivel general en la calidad de vida de cada usuario de la salud. Para ello, se comenzó a centrar el sistema en la educación, prevención y promoción de forma gradual, brindando una atención universal y equitativa para el conjunto de la comunidad. La noción de salud que se prioriza remite a una salud de calidad como un derecho para todos y todas.

Como explica Gallo (2015), la primera meta establecida en la reforma de salud en nuestro país refiere a la atención de la niñez y el embarazo. Esta meta prioriza los programas de atención para esta población focalizada e impulsó acciones relacionadas con el control de los menores en sus primeros tres años de vida y el control de las mujeres embarazadas. Dentro de una nueva instauración del trabajo en equipo en el ámbito de la salud a través de la reforma, el Trabajo Social se establece como parte de los equipos de trabajo que buscan alcanzar mayor justicia social y equidad para la atención de los usuarios de forma interdisciplinar, con el fin último del bienestar integral de la población. La resolución de los conflictos de los usuarios se realizará de forma articulada con las demás cátedras médicas, integrando los cuerpos médicos de atención de igual a igual.

En virtud de esto, ya no se admitiría un sistema monodisciplinario que únicamente observe la parte médica sino que, distintas disciplinas, dentro de las cuáles se encuentra Trabajo Social, adquieran una posición interventora y decisora. El objeto de intervención pasa a ser el usuario con su entorno y su contexto, y no solo la enfermedad o el problema médico a tratar. El cambio propuesto implica que el ambiente, las problemáticas, el contexto, la cotidianeidad, la familia y la propia realidad social del usuario ya no se verían descontextualizadas de la atención en la salud y, sus situaciones tanto personales como colectivas, comienzan a ser parte y objeto de la intervención profesional de los equipos, más allá de la necesidad puramente médica.

La tarea consiste en lograr abandonar el modelo hospitalocéntrico, individualista, medicalizado, superespecializado y de medicina reparatoria, que genera inequidad, difícil acceso a los servicios y prestaciones, altos costos con bajos beneficios para convertirlo en un modelo de atención que considere integralmente persona, familia y

comunidad, y que integre el fomento de la promoción de la salud con trabajo en equipos capacitados para realizar diagnósticos de salud comunitaria (Gallo, 2015, p. 41).

Si miramos hacia el pasado y nos detenemos en los inicios de la profesión, el lugar ocupado por las visitadoras sociales de la época, era de sujeción al médico para educar a la población en distintas áreas de la vida cotidiana. La concepción dominante del Servicio Social era de corte asistencialista y subordinado al rol profesional de la medicina realizando aquellas tareas que el médico prefería no hacer. En palabras de Grassi (1989), una profesión que nace feminizada y caracterizada por la dominancia de lo afectivo.

A partir de lo anterior, cabe retomar la pregunta sobre la cuál se centra este trabajo: *¿En la actualidad, se reproducen comportamientos o creencias que responden a antiguas concepciones del rol profesional de la Trabajadora Social en el área de maternidad en salud?*

iii. Objetivos

De acuerdo con lo presentado, se establecieron los siguientes objetivos para la realización de este trabajo. El objetivo general es analizar el rol profesional del Trabajo Social en el área de maternidad en salud en el Uruguay actual a partir de la percepción de los otros profesionales que se desempeñan en el área. En tanto, los objetivos específicos que lo orientaron corresponden a:

- Indagar en la génesis y orígenes de la profesión para comprender sus objetivos, tareas y alcance actual en el área de maternidad en salud.
- Conocer las creencias sobre el rol profesional del Trabajo Social, de los profesionales de las distintas cátedras médicas que dialogan y trabajan junto con las trabajadoras sociales en el área de maternidad del HC.

iv. Metodología

La metodología de trabajo refiere a una investigación de carácter exploratorio basado en la búsqueda y revisión bibliográfica para un posterior análisis de los datos relevados a la vista de determinadas categorías como autoridad y hegemonía médica, medicalización de la vida social, interdisciplina y autonomía. Además, se indagará en las creencias respecto al rol profesional del Trabajo Social partiendo de las miradas de los profesionales médicos que trabajan junto con los trabajadores sociales. Lo anterior pretende arrojar una reflexión tomando en cuenta la mirada actual que tienen los profesionales del área de maternidad del HC respecto a la convivencia con nuestra profesión y el alcance de la misma en dicha área. Como fue mencionado, el Trabajo Social en el ámbito de la salud ha estado históricamente subordinado al área médica, siendo estos agentes quienes dieron lugar al desarrollo de la profesión, por lo que conocer las perspectivas de los equipos de trabajo respecto al rol profesional permitirá obtener otro punto de vista respecto al lugar que ocupa el Trabajo Social en el área de maternidad en salud en la actualidad.

En cuanto al carácter cualitativo de profundizar en las consideraciones que hacen los profesionales, se recogieron testimonios de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales del área de maternidad que trabajan en conjunto con las trabajadoras sociales (gineco-obstetra, psicóloga, psiquiatra y dos toxicólogas).

III. CAPÍTULO I

i. Génesis del Servicio Social¹

Para comprender la actualidad de nuestra profesión, es necesario revisar los procesos y entramados históricos y sociales que permitieron su surgimiento y consolidación. El significado sociohistórico de la práctica profesional se puede comprender a partir de su inserción en la sociedad. Hablar del Trabajo Social o de sus intervenciones en nuestra época, únicamente puede comprenderse desde la constatación de su construcción histórica-social. Para ello, es imprescindible comprender los objetivos y fines de su existencia.

La historia debe ser reconocida y asimilada como un diálogo en relación entre el pasado y el presente. Acosta (2016) señala que la reconstrucción de la historia profesional implica analizar su contexto sociohistórico pero, también las determinaciones externas a la profesión. Esto indica la importancia de realizar un análisis de la profesión médica y su inherente asociación a la génesis del Servicio Social teniendo en cuenta que, su particularidad y su mediación la vuelven determinante en el desarrollo de la profesión. En palabras de Yamamoto y Carvalho (1997), la profesión existe únicamente en condiciones y relaciones sociales históricamente determinadas. Partiendo de la comprensión de dichas determinaciones históricas, se podría alcanzar el significado social y real del Trabajo Social.

El primer acercamiento a la profesión podemos señalarlo desde el momento de la evolución de las protoformas del Servicio Social, vinculadas según Acosta (2016), a la acción filantrópica o caritativa. Conforme explica Kruse (1994), las protoformas del Servicio Social en nuestro país se encuentran en las bases del antiguo Hospital de Caridad, hoy conocido como Hospital Maciel, creado por las Hermanas de la Caridad en Montevideo en 1787. En ese momento, los médicos eran un agente subordinado a las hermanas, ellas eran las encargadas de cuidar a los enfermos, teniendo prioridad ante la tarea de curar de los propios médicos. Según Barrán (1992), ninguna decisión podía ser tomada sin la supervisión y la orden directa de las hermanas.

¹ Es pertinente establecer que en este documento se desarrolla la génesis del Servicio Social desde la perspectiva y trayectoria histórica de la profesión en Uruguay, pero no desde una perspectiva histórica-crítica que pueda absorber los conceptos vinculados a la lógica capitalista, la alienación y otros conceptos relevantes de la época en nuestro país y en la región.

En el siglo XIX, se inicia el proceso de secularización de la sociedad en nuestro país. donde se impone la modernidad conservadora a través de la institución médica y su instauración generalizada en la sociedad como una moral laica de forma progresiva. De acuerdo con Grassi (1989), el proceso de secularización de lo social es el momento de ruptura con el pensamiento religioso y no puede ser ajeno para comprender la historia de las formas de acción social, es decir, la evolución de la filantropía a partir del siglo XVIII. Es desde allí cuando, en su práctica, se rompe con la modalidad típica de la antigua caridad cristiana cuyo mandato era la fe. En función de ese proceso, la acción se dirige a orientar comportamientos “racionales” generados tomando en cuenta diagnósticos sobre la sociedad, las instituciones y la vida familiar.

Explica Acosta (2000) que la radical secularización de nuestro país es particular en relación a otros países de la región ya que se debilita la participación de la Iglesia Católica, pasando a un ámbito de la vida privada, y sus funciones de autoridad son subordinadas a la corporación médica. El entramado de relaciones entre la fuerte secularización y la propia medicalización, consolidó un lugar predominante para el saber o el poder médico. Como dilucida Ortega (2003), el Estado que otorgó tempranamente el monopolio de las tareas de curar a la medicina, propició que ciertas funciones sociales que anteriormente se desarrollaban a partir de prácticas filantrópicas y caritativas, pasaran a tener un formato profesional y laico, igualmente subalterno al campo médico sanitario. Según la autora, es partir de estas demandas y en ese espacio altamente secularizado, medicalizado, higienista y estatal que surge el Servicio Social para reproducir relaciones sociales, relaciones de saber y de poder, e incluso, relaciones de género.

Las organizaciones institucionales que tenían finalidades caritativas y concebían la cura de la enfermedad como una finalidad más y al “médico como un agente institucional subordinado, serán en el siglo XX medicalizadas” (Acosta, 2000, p. 7). El proceso de modernización mencionado, promovía el dominio del cuerpo y del alma a través del disciplinamiento de las “clases peligrosas”, es decir, las clases bajas. Según Barrán (1992), de forma posterior a la secularización social, es el médico quien reemplaza al sacerdote como figura del poder en el abordaje de las cuestiones sanitarias, de control y vigilancia, en pos de facilitar la convivencia social de las clases burguesas y conservadoras. Para lograrlo, debía adquirir el control de las clases populares y de sus hábitos en nombre de una necesidad superior; la salud como un bien a ser alcanzado.

El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales (1992, p. 11)

Por su parte, Ortega (2003) señala que la nueva sensibilidad instalada en el novecientos, a la que Barrán llamó "civilizada" (2003, p. 24), fue la responsable del disciplinamiento de la población. Este proceso se dio de la mano de la temprana secularización de la sociedad cuando pasa a ser objeto de interés del Estado respecto a aquellos espacios que anteriormente eran ocupados por actores vinculados a la filantropía y a la caridad. De esa forma, la figura del médico y su lugar legitimado y prestigioso en el control de los individuos a través de la necesidad de un saber popular de los hábitos sociales ideales, impuso un lugar favorable para el surgimiento de profesiones como el Servicio Social. Los espacios institucionales se habilitan como campo para la intervención profesional desde el área social.

Desde ese momento, se comienza a crear lentamente un nuevo paradigma en lo que refiere a la salud y la enfermedad. Se comienza a asociar al colectivo, a lo social, al vínculo con los otros y a las situaciones de la población consideradas en una totalidad, y no con una mirada individuocéntrica. De forma paulatina, se creó un espacio social propicio para la intervención de agentes no médicos que actuarían en las organizaciones institucionales de asistencia pública de forma auxiliar. “Será cuando los médicos pasen a ser agentes privilegiados en estas instituciones secularizadas que también se colocará la demanda de este agente subordinado -la visitadora social- y no antes” (Acosta, 2000, p. 14). Según De Martino y Ortega (2019), la “primera tarea institucional se traduce en ser el vínculo entre el mensaje higienista del médico y las familias pobres, resaltando el papel de la madre como principal destinataria” (2019, p. 191).

En síntesis, el Servicio Social se institucionaliza en el momento en que el poder y saber médico interfieren en aspectos de la vida cotidiana a nivel familiar, laboral y social, que antes le eran ajenos. Desarrolla Barrán (1992) que en la segunda y tercera década del siglo

XX, los médicos, al no poder ocuparse de todas las tareas que implicaba observar, investigar e intervenir sobre el cuerpo de los sujetos, establecen la necesidad de un cuerpo de profesionales que asistan en dichas tareas, las visitadoras sociales. Su rol era principalmente concurrir a los hogares particulares “a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales [y levantar] la ficha social (...) constando las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo” (Barrán, 1992, p. 105). El interés por profesionalizar a quienes se dedicarían a la intervención social -las visitadoras sociales-, en términos de Gavriła (2019), pretendía garantizar un profesional capaz de afrontar y brindar soluciones a las refracciones de la cuestión social desde un abordaje científico y no sólo voluntario como sucedía hasta ese momento.

En palabras de Foucault (2008), la medicina de los pobres o del obrero fue la última meta de la medicina social. Según la concepción burguesa, el problema de los pobres era la fuente del peligro médico. El rol del Servicio Social era asistir a los pobres, controlar la salud para la fuerza laboral o la crianza de los hijos, indagar en la salud pública, en las cuestiones de hacinamiento o enfermedades para evitar los peligros sanitarios en la ciudad. El cometido se remitió a officiar como nexo entre las instituciones y las familias pobres, trasladando sus saberes y las indicaciones médicas de la época. La mirada técnica ocultaba, de cierta forma, una mirada que parecía privada sobre los comportamientos íntimos de las familias para controlar y vigilar sus hábitos.

Por otra parte, la visita a los hogares posibilitaba un vínculo más impetuoso y directo con las familias que en el consultorio médico. De esta manera, la visitadora social enseñaba a las madres lo necesario para sustituirla por el médico en lo que refería a la higiene, el desarrollo y la alimentación de las infancias como un valor a alcanzar socialmente. Este trabajo inspectivo explica la singularidad del Servicio Social que, como menciona el autor, es parte constitutiva del proceso de modernización. Desde este punto de vista, se asocian los primeros lazos del Servicio Social en vínculo directo con la maternidad en el área de la salud.

En consonancia con los postulados de Ortega y Mitjavila (2005), todo campo profesional es, ante todo, una construcción sociopolítica y cultural. A partir de la década del treinta, el modelo higienista consolida nuevas respuestas sociopolíticas a los problemas sociales a través de la remedicalización y la propagación del valor de la responsabilidad individual y del conjunto familiar para la conservación de la salud y la reproducción del

orden social. El Servicio Social uruguayo se caracteriza claramente por la influencia de la mirada médico-sanitaria de lo social en el ejercicio profesional de las visitadoras sociales. Como explican Ortega y Mitjavila (2005), la mirada médica dio origen al nacimiento de la profesión. Fue con la creación del primer curso de visitadoras sociales de higiene dependiente de la Facultad de Medicina (FMED) en el año 1927 que se comenzó a hablar del Servicio Social como profesión.

Las tareas asignadas a las visitadoras sociales de la época consistían en la “acción de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento” (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 219). El ejercicio profesional se realizaba en la escuela, en las fábricas, hospitales, hogares, espacios de ocio y cualquier lugar dónde tuvieran acercamiento cotidiano las familias, especialmente las familias pobres. Las visitadoras debían “visitar los domicilios de los pacientes regularmente, hacer la evaluación socioeconómica de la familia, aconsejar la suspensión del pago del subsidio, utilizar la pensión como arma para conseguir cambios en los comportamientos” (Acosta, 2000, p. 11). Refiriéndonos específicamente a la definición de las competencias profesionales, Salveraglio (1951) explica que la visitadora social:

Debe saber imponer su autoridad con persuasión y sin violencia, debe saber conquistar la cooperación y simpatía del enfermo y de sus familiares, no interferir de ninguna manera en las funciones del médico tratante. Sus funciones básicas consisten en aplicar técnicas de prevención y educar; al mismo tiempo que debe estudiar las condiciones sociales y económicas del enfermo y tratar de buscar solución a los problemas familiares y económicos que le plantea su enfermedad. Se trata, como se ve, de tareas que deben reservarse a personas de cultura, sensibles a las injusticias sociales, con sentido del deber de solidaridad hacia el enfermo y el desamparado (Salveraglio, 1951, p. 53).

En efecto, Schiaffino (1929) menciona que la visitadora social debe sobrepasar los límites de la asistencia y contar con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene. La realidad higienista y medicalizada de la formación de las visitadoras sociales puede apreciarse en el contenido de los planes de estudio de la época tal como presenta Bralich

(1993), con asignaturas como Anatomía y fisiología, Higiene personal y enfermedades transmisibles, Maternología y puericultura, entre otras. Conforme manifiesta Kruse (1994), “la visitadora social cuyo rol hoy es imprescindible en la lucha contra la enfermedad, los vicios sociales (...) precisa una preparación especialísima, no solo científica, sino también moral y psicológica para el buen desempeño de su gestión” (Kruse, 1994, p. 102).

Posteriormente, declaran Ortega y Mitjavila (2005) que, durante el período batllista transcurrido en nuestro país entre las décadas de 1940 y 1960, se registraron modificaciones institucionales significativas. Los procesos sociopolíticos de ésta época se vuelven un aspecto clave para comprender las transformaciones de la sociedad uruguaya, fundamentales para asimilar los rumbos adoptados por el Servicio Social como profesión en las décadas siguientes hasta la actualidad.

En primer lugar, durante los años mencionados se gestaron transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales que fueron parte del proceso de higienización instaurado a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Además, se vislumbraron “transformaciones en los modelos etiológicos que organizaron el saber en el campo de la salud” (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 212).

Según los postulados de Acosta (2016), se consolida el Estado intervencionista que se ocupó del desarrollo de políticas sociales con interés en la política sanitaria y por ende, implicó la demanda de los nuevos profesionales. Por último, se apuntan cambios en la institucionalidad con nuevos espacios organizacionales de atención a la salud y nuevos agentes sanitarios junto con la creación de hospitales como un indicador de dicho proceso. En ese momento, los problemas de salud que anteriormente eran explicados como producto del medio social pasan a ser parte del ambiente familiar y del individuo. De este modo, la salud pública y la medicina social adquieren un lugar preponderante en el colectivo social, responsabilizando a la familia y al individuo de la gestión de ambientes saludables e higiénicos. En definitiva, como menciona Acosta (2000), el aparato institucional sanitario difundió una nueva forma de vida urbana, científica, higiénica y más moderna, con relación al orden social burgués.

Lo anterior se resume en la importancia otorgada hacia los factores psicosociales como parte de la salud y del bienestar de los individuos. “Si la vieja salud pública se ocupaba

del medio externo, la nueva se ocupa de los individuos” (Ayres, 1995, p. 157). Como parte de esa misión higienista, las visitadoras sociales debían observar los hábitos de cuidado e higiene de las familias, la salubridad en las viviendas, las campañas educativas en las fábricas, la alimentación, la pobreza y las condiciones de vida del ambiente social y de la vida cotidiana de las familias. Como explica Gavrilá (2019), buscaban, en definitiva, la cohesión social de la familia popular a través de la intervención en la vida cotidiana de los pobres.

Por otra parte, dentro de la vigilancia de los peligros que amenazan a la salud de los individuos, debían divulgar y difundir los conceptos higiénicos ante la exposición a posibles enfermedades infecciosas en la habitación y la alimentación. Para ello, fue fundamental la herramienta de la visita domiciliaria anteriormente mencionada. Este instrumento fue aplicado por las visitadoras sociales para construir, en términos de Ortega y Mitjavila (2005), el nuevo observatorio de la vida social. Expone Acosta (1998) que este trabajo inspectivo habla por sí solo de la singularidad del Servicio Social dónde a través de la inspección se tornaba pública la vida privada de las capas populares, focalizando a la familia, especialmente a la mujer y madre, como aquel agente privilegiado en la preservación de la higiene moderna. Kruse (1994) destaca que la visita domiciliaria instrumentada por los agentes sociales de la época como parte de los procesos de medicalización, nos permiten hablar hoy de Trabajo Social.

Asimismo, el movimiento de reconceptualización, ubicado entre la década de los sesenta y mediados de los setenta en nuestro país, admite señalar el pasaje del antiguo Servicio Social a la visión y los objetivos del Trabajo Social que conocemos hoy. Este proceso puede describirse como un movimiento de renovación profesional. En palabras de Alayón (2005), “la reconceptualización brota cuando el desencanto con la función del Servicio Social tradicional se cruza con la elevación continental de la expectativa de transformación social” (p. 12).

Progresivamente, los profesionales comenzaron a “identificar y reconocer el origen de la desigualdad social en las relaciones de dominación vigentes en la sociedad” (Alayón, 2005, p. 13). Sobre la nueva concepción del Trabajo Social planteada a partir de dicho movimiento es que se plantea el análisis de las entrevistas a las profesionales que conviven con trabajadores sociales formados bajo este nuevo concepto de Trabajo Social donde se experimentan distintas modificaciones como una mayor duración de la carrera, y un perfil

más cercano a la formación en ciencias sociales. Mientras las visitadoras sociales únicamente realizaban acciones ligadas a lo médico, el nuevo asistente social que nace con el movimiento de reconceptualización, podía insertarse en otros espacios que no tenían por qué estar ligados a lo médico-sanitario. Lo anterior, brinda un mayor margen de crecimiento respecto a la autonomía profesional para ejercer la profesión en diversos campos.

Con respecto a la formación de las visitadoras sociales y los asistentes sociales considero valioso asentar un orden a nivel cronológico de las instituciones formadoras de profesionales del Servicio Social en nuestro país a modo de comprender el pasaje histórico que llevó al uso de esta terminología. Como fue mencionado, en el año 1927 comienzan las primeras tentativas de enseñanza de Servicio Social en la FMED con el curso de las visitadoras sociales de higiene. Posteriormente, en 1936 pasa a la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP). Luego, en 1937 se fundó la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), fuertemente vinculada a la Iglesia Católica a nivel mundial. En el año 1954 se erige la Escuela de Servicio Social (ESS) bajo el manto del MSP que sería cerrada en 1967. Según Ortega y Mitjavila (2005), desde este momento se observa una ampliación del campo de competencias del asistente social.

A partir de allí, se reflejan cambios curriculares orientados a una visión más científico-técnica del conocimiento sobre lo social incluyendo aspectos de otras disciplinas como la sociología, la demografía o la estadística. Además, se valoriza el papel educativo del asistente social a través de conceptos pedagógicos junto con la consideración del individuo y la familia como factor de los problemas sociales a través de la territorialización de las políticas sociales y la entrada del área judicial en escena. Finalmente, en el año 1957, se crea la Escuela Universitaria de Servicio Social (EUSS) dependiente de la Universidad de la República (UDELAR). Finalmente, en esta década se evoluciona de la antigua denominación de “visitadora social” a “asistente social”.

A medida que avanzaba la etapa que denominamos modernización, afirman Ortega y Mitjavila (2005), el Servicio Social inició un proceso de institucionalización creciente, dónde se constituyó como una profesión de mujeres, y además, se inscribió como una profesión jerárquica y técnicamente subordinada a otros profesionales del campo médico-sanitario, esencialmente en el área pública estatal. Es así, que las tareas de prevención dirigidas a los cuidados individuales y las acciones asistenciales y educativas de los individuos y familias

que priorizan la visión médico-asistencial, pasan a ser parte fundamental de las tareas asignadas a los asistentes sociales aplicando una visión desde las ciencias sociales y desde los servicios públicos.

Es destacable que la profesión sea considerada altamente feminizada desde sus inicios. Como sostiene Martinelli (1997), los asistentes sociales son responsables por la operacionalización de la práctica de la asistencia y se les es atribuida aquellas tareas de control de la cuestión social. Si bien en los principios de la formación no existían requisitos de admisión ligados a cuestiones de género, la carrera inició siendo completamente dirigida a mujeres y mantiene, hasta la actualidad, una tendencia a la feminización.

La capacitación técnica exigida para actuar a nivel comunitario, no resultaba, entonces, incompatible con las exigencias ya tradicionales en esta profesión. Exigencias que, como se vio, son esencialmente compatibles con la “condición femenina” definida socialmente y subjetivamente asumida por las mujeres (Grassi, 1989, p. 194).

Con la consagración del derecho a la asistencia pública en 1910, “se sustituía el principio de la caridad como obligación moral” (Acosta, 2000, p. 8). Es posible, entonces, asociar el higienismo de principios de siglo XX con dichos procesos de medicalización, donde se ratifican las primeras protoformas del Servicio Social como profesión amparada en la protección estatal y convocada por el propio poder médico.

El Servicio Social en Uruguay, entonces, nace y se desarrolla en condiciones históricamente determinadas y como parte del proceso de medicalización de la sociedad que será desarrollado en el apartado ulterior. La génesis de la profesión guarda una sólida relación con el área de la salud como parte del proceso de modernización del Uruguay. Por ello, podemos afirmar que, en el campo social, el Trabajo Social interactúa con diversos actores que llevan a su transformación como profesión. Las estrategias disciplinadoras construidas, así como también la construcción de un espacio profesional ligado al área de la salud, es la marca de nacimiento de la trayectoria sociohistórica de la profesión.

En suma, en el período de la primera modernización, el área de la salud se vio determinada por un modelo higienista, que llevó a la medicalización de la vida social. Ésta se caracterizó, como señala Menéndez (1988), por la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud-enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social por parte de los técnicos. Es una realidad que “la génesis del Servicio Social se explica como parte de un proyecto sociopolítico de las clases dominantes” (Acosta, 2000, p. 14). “Es una profesión que nace articulada con un proyecto de hegemonía del poder burgués” (Martinelli, 1997, p. 191).

ii. Medicalización de la vida social: hegemonía y autoridad médica

A fines del siglo XIX nace en la clase burguesa el concepto del médico de familia según desarrolla Donzelot (1979). En ese momento histórico, los mensajes respecto a la salud lo brindaban los médicos a través de una alianza privilegiada con la madre, quien tenía la función de reproducir ciertos preceptos atribuidos como la crianza, la educación y la disciplina religiosa. Además, existió una proliferación de “una serie de obras sobre la crianza, la educación y la medicalización de los niños” (Donzelot, 1979, p. 26). Sin embargo, en las capas populares la lógica de intervención era otra. En aquellas familias que no podían acceder a un médico de familia y que además, tenían problemas distintos a los problemas de las capas burguesas, se buscaba establecer una vigilancia directa moralizando los comportamientos.

Es Ortega (2003) quien señala que la medicalización de la sociedad uruguaya comenzó a manifestarse de forma clara a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, con la instauración del batllismo y de su proyecto político. El eje central del mismo era la consolidación de “un Estado expandido que “coloniza” prácticamente todas las dimensiones del espacio social” (Ortega, 2003, p. 24). Es así, que los procesos de medicalización de la vida social son, según Ortega y Vecinday (2009), un aspecto central de la modernidad, donde el imaginario colectivo prioriza y eleva los conocimientos médicos. De acuerdo con Iamamoto y Carvalho (1997), la medicalización de la sociedad se observa como la tecnificación que regula la vida social a través del control médico, epidemiológico y sanitario.

A partir de los postulados de Mitjavila (2016), se indica que desde la década de los setenta es cuando el término medicalización realiza su aparición en el ámbito de las ciencias

sociales. Este término se utiliza para hablar de la expansión de un universo de diagnóstico médico, donde el objeto de conocimiento y de intervención de la medicina y lo científico-técnico, cobra notoriedad. Es decir, la medicina produce los saberes e interviene en áreas del campo social que antes le eran ajenas. En palabras de Acosta (1998), es el proceso cultural de una sociedad que torna el cuidado del cuerpo como un bien estimable. Allí reside principalmente la crítica que se realiza desde las ciencias sociales a un espacio social altamente medicalizado donde los comportamientos de todo el ciclo vital, desde el parto hasta la muerte, pasan a ser considerados factores de riesgo y se convierten en objeto de la práctica médica siendo que anteriormente eran externos a éstos.

Por otra parte, Mitjavila (1998) señala que la medicina obtiene por su conocimiento, un carácter de autoridad experta, poseyendo un monopolio aprobado unánime y oficialmente por el colectivo social. De cierta forma, este ejercicio del saber médico parte de un poder legitimado en función de objetivos explícitos vinculados a la salud, el cuerpo y el dolor como base de socialización de los individuos. Según Foucault (2008), la introducción de la medicina en el discurso del saber científico se realizó a través de la socialización de la misma y el establecimiento de una medicina colectiva y social.

Un rasgo distintivo del saber médico y su práctica, es la autonomía. Este concepto se desarrollará también como parte clave de la instauración de las competencias del Trabajo Social en el próximo capítulo. Freidson (1978) manifiesta que el derecho de controlar el propio trabajo es lo que diferencia a una profesión de otras ocupaciones. Esto se trata del goce de una legítima autonomía organizada, lo que torna a la medicina una verdadera profesión. Señala asimismo que, dicha autonomía es concedida intencionalmente por la sociedad alcanzando un derecho exclusivo para la realización de su ejercicio.

La autonomía técnica, además, explica el autor, le permite adquirir a la medicina privilegios que le otorgan ventajas en la práctica, generando una influencia sobre aspectos del trabajo que “no son técnicos, pero sí forman parte de la división social del trabajo en el campo sanitario” (Freidson, 1978, p. 59). En definitiva, es la autoridad médica que controla y domina a los individuos en búsqueda de una sociedad inmiscuida en ciertos parámetros y esto es aceptado de forma generalizada.

Volviendo a su carácter monopólico, podemos sentenciar que las luchas por imponer su racionalidad y su poder en el espacio social de la atención a la salud frente a otros saberes y otras prácticas, es inherente en la medicina moderna. Si bien no se han procesado grandes conflictos al respecto en nuestro país, puede ser considerada una lucha silenciosa y determinada por parte de otras profesiones que ejercen su trabajo en el campo de la salud, donde el Trabajo Social, no es la excepción.

Lo anterior fue propiciado, en palabras de Foucault (1978), por la investigación médica. El área de investigación cobró relevancia junto con la ampliación de las instituciones de salud como parte de una nueva economía de la salud en el desarrollo de las sociedades más privilegiadas. Esto implicó que se impida de cierta forma el autocuidado, fortaleciendo la idea de que los saberes son ahora instruidos por una estandarización del conocimiento de los profesionales médicos y de las intervenciones sanitarias. De esta manera, “la medicalización se expande y penetra uniformemente la totalidad del tejido social” (Mitjavila, 1998, p. 11). ¿Qué consecuencia tiene esto en la población? Foucault (1978) apuntala que el saber médico individualiza, dado que convierte a los individuos en casos, volviéndose para la disciplina médica, un mero objeto de estudio.

La crítica que se realiza sobre este modelo médico hegemónico refiere igualmente a la hegemonía de lo clínico o curativo, a la concepción de la enfermedad, desarrollado según Menéndez (1990), como ruptura, desviación o diferencia. Además, la relación médico-paciente es asimétrica y existe una subordinación, tanto técnica como social, que tendría el paciente respecto al médico. En virtud de esto, las técnicas médicas tienden a excluir al paciente de dicho saber y no legitiman científicamente otras prácticas. Explica el autor que, tanto el control, como la normalización, medicalización y la no legitimación, tienden a reproducir el sistema dominante, dónde el médico forma parte del poder de la vida cotidiana. Por supuesto, esto debe entenderse como procesos cambiantes a lo largo de la historia, y no como hechos estructurados.

Como fue mencionado a lo largo del capítulo, el proceso de institucionalización del Servicio Social inscripto a mitades y fines del siglo XX junto con esta visión de la medicalización del espacio o la vida social, coincide en el momento histórico del auge de la creación de los centros de salud cuyo objetivo era poder extender el servicio a la población que careciera de los recursos suficientes para costear un médico de familia. De esta forma,

desde los centros de salud con las internaciones se podía vigilar las condiciones de las familias de la zona. La finalidad, en palabras de Saralegui (1958), era reducir la mortalidad infantil, la mortalidad maternal y general, buscando el bienestar de la comunidad.

La creación del HC es parte absolutamente consustancial de dicho momento histórico en el país, dado que los nuevos centros de salud conformaron “un nuevo dispositivo para la gestión de lo social que comienza a tener efectos notorios sobre la institucionalización del rol del asistente social” (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 218). La historia de dicha institución y la magnificencia de la que reviste para la sociedad uruguaya, se desarrollará en el capítulo inmediato.

IV. CAPÍTULO II

i. El Hospital de Clínicas y el Departamento de Trabajo Social

El Hospital de Clínicas es una institución de referencia en la atención integral a la salud en el segundo y tercer nivel de atención. Como Hospital de tercer nivel, está dedicado a la alta complejidad mediante la atención de problemas poco prevalentes y patologías complejas con procedimientos especiales y una alta disposición de tecnología médica. A su vez, existen ciertas particularidades que lo vuelven único. Según Universidad de la República, Dirección General Jurídica (2015), el cometido del Hospital Universitario refiere a los servicios especializados de alta complejidad, en aspectos preventivos, de diagnóstico o tratamiento, y de rehabilitación, sumado a la función de docencia, enseñanza e investigación científica en medicina y otras áreas vinculadas a la salud.

Remitiéndonos a la historia fundacional, se consultó la página web del HC, dónde se desarrolla la historia de su génesis y fundación. En el año 1910, luego de 30 años de trabajo sobre el proyecto de ley, el entonces decano de la Facultad de Medicina, el Dr. Manuel Quintela, toma la iniciativa sobre el proyecto con base en los primeros planteos del Dr. Pedro Visca. El destacado profesor fue quien en 1887 informó sobre la necesidad de crear un Hospital de Clínicas exclusivamente universitario dónde los estudiantes pudieran aprender la disciplina en contacto directo con los enfermos ya que resultaba difícil de lograr en el antiguo Hospital de Caridad.

Recapitulando, en el año 1926 se aprueba la ley de creación del Hospital a cargo del arquitecto uruguayo Carlos Surraco, así como también se nombró la Comisión Honoraria encargada de su construcción. Finalmente, la piedra fundacional se colocó sobre el terreno donde se erige actualmente en el año 1930. Su construcción llevó 23 años y terminó por inaugurarse en 1953. Para mencionar lo que refiere al desarrollo de la política institucional del HC, los sectores políticos de la época pretendían pasarlo a la órbita del MSP, considerado en esa época como una desvirtuación de los orígenes. Por tanto, desarrolla Wilson et al. (2011), que el Poder Legislativo junto con el gobierno oficialista de la época generaron un enfrentamiento entre la Universidad y el Poder Ejecutivo (MSP) sobre cuál de los dos sería el encargado de su independencia.

Luego de un apoyo popular creciente con intensas movilizaciones estudiantiles y debate público, se aprueba la habilitación del HC con la administración a cargo de la UDELAR a través de la FMED. Es así que, se constituye en un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad y donde, a su vez, se genera y practica un modelo de atención que constituye una referencia para todo el sistema de salud.

“Y allí sobre la colina, su idea hecha realidad, será como un baluarte de la salud pública, como una usina de seguridad, como un oasis espiritual, en medio de la urbe inquieta, para el estudio y la investigación, a fin de que la vida se deslice en una senda menos dolorosa” (Blanco Acevedo, 1928).

El inicio de funcionamiento del Hospital fue lento y progresivo. A medida que se completaba la construcción del edificio, trabajadores de los distintos servicios de apoyo se incorporaron al plantel del personal hospitalario. Una vez finalizada la estructura, fueron ingresando otros servicios preparando la asistencia de pacientes. Como menciona Villar (2008), la organización del Hospital es un verdadero sistema. Se trata de un conjunto de departamentos integrados entre sí que desarrollan un nuevo modelo asistencial en el que participan en el mismo nivel jerárquico todas las profesiones de la salud, y no como un simple agrupamiento de los servicios hospitalarios. Es aquí, donde aparece una de las particularidades que nos competen: el Departamento de Trabajo Social (DTS-HC).

Según Wilson et al. (2011), el departamento funciona desde la creación del Hospital en la década del cincuenta. Esta característica no es menor ya que presenta la gran visión que se tenía en ese momento respecto a lo asistencial como algo integrador en el área de la salud en distintas áreas de trabajo (especialidad, policlínica, internación y piso). Además de implicarse en todas las áreas del Hospital, el departamento cuenta con un servicio de atención al público físico donde se reciben las situaciones vinculadas a los pacientes ambulatorios que consultan en policlínica. De igual modo, se brinda la posibilidad de un servicio de asistencia y acompañamiento para los familiares de los pacientes internados. El servicio se conforma por una directora, dos jefes supervisores, un auxiliar administrativo y 12 profesionales de

Servicio Social distribuidos en las áreas de hospitalización de piso como en el área de consulta externa ambulatoria.

Como fue esbozado, la misión principal del Hospital es brindar atención a la salud de las personas con calidad y compromiso hacia las mismas sin importar su condición social. Para ello, busca contribuir con el desarrollo del nivel de salud de la población y optimizar la utilización de recursos. Desde su creación, tiene como objetivo superar la segmentación de la asistencia que se da entre el acceso a la salud en la dicotomía del sector público y privado, contribuyendo a la elevación de la calidad y equidad en los servicios de prestación del SNIS. Para ello, la intervención desde Servicio Social ha sentado una historia y un camino que lo vuelven parte fundamental en la cotidianeidad del Hospital.

A modo de conclusión respecto a su gran historia, es fundamental destacar la enorme visión de futuro que se plasmó desde los orígenes de este proyecto, el cual pensaba en la sinergia entre investigación, docencia y educación en salud. En palabras de Villar (2008), no fue un simple hospital que se sumaba a la red de servicios asistenciales. Fue un proyecto audaz en un país que privilegiaba la educación y la salud. Fue, asimismo, parte de una propuesta renovadora que planteaba un nuevo modelo asistencial y docente que marcó un camino inédito en el campo de atención a la salud en el Uruguay. No existía en ese momento una experiencia en todo el continente latinoamericano que se asemejara al proyecto del Hospital Universitario, incluso en su diseño tan funcional y los alcances dentro de la atención integral a la salud. Esta visión social e integradora adelantada para nuestro país y todo el continente, transitó y propició un lugar para los servicios asistenciales no médicos, permitiendo una intervención autónoma para con el paciente desde las más diversas áreas. Particularmente, desde las fibras del Trabajo Social esto se refleja aún en la actualidad.

ii. El área de maternidad y el trabajo con familias: interdisciplina y autonomía

El trabajo con las familias es parte inherente y cotidiana en la intervención que se realiza desde la profesión con las mujeres embarazadas que acuden al seguimiento gestacional en el HC. Como fue mencionado en el primer capítulo, el Trabajo Social en su génesis tenía injerencia directa en las clases populares para servir como nexo entre el médico y las familias, además de haberse cimentado como profesión en el ámbito propio de la salud.

Si bien las definiciones de familia han mutado a lo largo del tiempo, es innegable que se trata de uno de los grupos más antiguos e importantes para el ser humano.

De acuerdo con los postulados de Danini (2005), las personas adquieren su identidad, individualidad y pertenencia desarrollándose como individuos. Con relación a esto, una de las características sustanciales en el quehacer del Trabajo Social refiere a

Considerar que la familia siempre ha sido objeto de análisis e intervención, desde los albores del asistencialismo, constituyendo un punto de partida y de llegada para cualquier abordaje, orientando así todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos internos individuales y de la familia (Guerrini, 2009, p. 2).

En el área de maternidad no se trabaja únicamente con la embarazada, sino que la familia adquiere un rol muy valioso para el acompañamiento de la mujer en el proceso. Por este motivo, a partir de una demanda², es fundamental realizar una valoración social, plantear objetivos y acciones para resolver las posibles tensiones o conflictos con la embarazada y su entorno, realizando una evaluación general de su situación particular y su contexto. La demanda se encuentra en la vida cotidiana y de allí nace el objeto de intervención de la profesión. Para superar el mero asistencialismo, es necesario dimensionar las características individuales, familiares y sociales de la usuaria, lograr una mirada actualizada y buscar los mejores recursos posibles, tanto para la continuación del proceso de gestación, como para las líneas a futuro en la vida de la mujer y su entorno.

En relación con esta breve descripción del trabajo que se realiza con las familias, los conceptos de interdisciplina y autonomía profesional son claves para comprender el rol otorgado hacia los profesionales de Trabajo Social en la actualidad, especialmente dentro del área de maternidad en salud del HC. Conforme se desarrolló en el primer capítulo, el trabajo con familias es parte del quehacer profesional desde sus inicios. Igualmente, pueden visualizarse procesos de cambio en los conceptos que adquieren preponderancia a través de los años. Anteriormente, en la génesis de la profesión, la interdisciplina o la autonomía no

² La misma puede ser institucional, directa o indirecta. Puede ser un pedido de interconsulta por parte de otros profesionales que trabajan en el área, así como también de la propia usuaria o algún miembro de su familia. También pueden ser identificadas a través de las recorridas de piso que realizan los trabajadores sociales.

eran cuestiones relevantes dado que la subordinación al equipo médico estaba instaurada. De acuerdo con el avance en los objetivos de la profesión, la mirada se ampara en otros asuntos de interés para el colectivo profesional.

En el área de maternidad, los trabajadores sociales habitan la interdisciplina como parte de su trabajo cotidiano. El vínculo con otros profesionales médicos y no médicos es diverso (enfermeros, ginecotólogos, psicólogos, terapistas ocupacionales, psiquiatras, toxicólogos, internistas, entre otros). Lo anterior indica que es inevitable trabajar en conjunto y que, la interdisciplina resulta en un beneficio para el usuario. Por este motivo, se vuelve un objetivo desde el primer momento en el que se busca la atención integral del usuario al momento de ingreso a la institución.

Según Stolkiner (1999), la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales implica el reconocimiento por parte de los profesionales de que los campos disciplinarios no son reflejo de distintos objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos en la producción de acciones. A su vez, es fundamental comprender que “la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina” (Stolkiner, 1999: párr. 4). Esto implica un desafío que refiere a renunciar a la idea de considerar que los saberes de la propia disciplina son suficientes por sí mismos para trabajar sobre el problema o dar cuenta de él. De cierta forma, implica “reconocer su incompletud” (Stolkiner, 1999: párr. 9).

Cuando hablamos de interdisciplina, las condiciones y las formas en la que esta aparece y se ejecuta, implica la construcción del problema sobre el cual se va intervenir, teniendo en cuenta los objetivos, los recursos y las posibilidades efectivas para el usuario. En este sentido, el trabajo de un equipo asistencial interdisciplinario, debe incluir un diálogo activo y constante, además de la capacidad de negociación y discusión de intereses e ideas³. “La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción” (Stolkiner, 1999: párr. 4).

³ Particularmente en el Hospital de Clínicas se realizan ateneos para presentar y discutir casos concretos desde las diversas disciplinas que han intervenido en situaciones particulares. Esto se valora para contemplar posibles líneas de trabajo a futuro, como también para buscar posibles mejoras en la ejecución de la intervención desde todas las áreas médicas o asistenciales.

Consecuentemente, la particularidad de la que reviste el trabajo en maternidad y las diversas tareas que implica el trabajo con las embarazadas y sus familias o redes de apoyo, no puede ser realizado desde una sola mirada o por un único profesional. Según Cazzaniga (2002), la interdisciplinariedad se convierte en una condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas a través del diálogo con otros saberes. Entendiendo la particularidad del área mencionada, postulan Mitjavila y Echeveste (1992)

las normas reguladoras de la atención materno infantil en Uruguay desde 1988 instituyen una amplia gama de competencias (...) controlar, documentar, categorizar, pesquisar, prevenir, tratar, clasificar y educar a los individuos y a la población en áreas que trascienden al cuerpo individual y remiten a estructuras y procesos sociales (condiciones psicoafectivas, estructura y funcionamiento de la familia, condiciones socioeconómicas y culturales, ejercicio de la maternidad, etc) (Mitjavila y Echeveste, 1992: 30-31).

Cabe destacar que, cuando la situación lo amerita, las articulaciones profesionales se dan también hacia afuera de la institución. En el día a día, otras instituciones además del centro de salud, son parte de la cotidianeidad de las embarazadas y sus familias. Por ende, el trabajo interdisciplinario debe realizarse igualmente con profesionales de otras instituciones u organizaciones. Lo anterior es necesario para trascender la articulación que, muchas veces se resume en interconsultas, derivaciones y trámites burocráticos, y así, lograr la interdisciplina.

Otro punto a destacar de acuerdo con Weisshaupt (1985) remite al análisis de la profesión. La misma se limita a la práctica técnica, considerada la práctica institucional con sus objetivos profesionales, inserta en un contexto organizacional e institucional determinado que la condiciona externamente. ¿Qué es aquello que lo condiciona desde afuera? La autonomía y el reconocimiento profesional. La autonomía profesional, en términos de Freidson (1978), es un concepto clave para definir las propias reglas de organización, ejecución y posterior evaluación del trabajo realizado por los expertos.

De cierta forma, esto establece un monopolio ya que, las competencias y los saberes son exclusivos de los profesionales que forman cada colectivo, compartiendo estatus o capital cultural en términos bourdianos, y valores asociados a cada profesión específica. Es, en definitiva, el derecho a controlar el trabajo propio. “Es el reconocimiento de que se posee una competencia que da autoridad para hablar y hacer” (Danani, 2006: 191)⁴. Por este motivo, el logro del mismo a través de los años de instauración de la profesión en el colectivo social lo vuelve un concepto fundamental para hablar del Trabajo Social hoy.

En Uruguay, la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU) es una muestra de ello. El colectivo profesional históricamente ha luchado para obtener el reconocimiento de las tareas específicas de la profesión, delimitar el rol y el alcance del Trabajo Social. En pocas palabras, de fundamentar el desarrollo de una práctica emancipada sin el tutelaje de otra disciplina como lo ha sido la medicina en el ámbito de la salud. La autonomía profesional lograda es resultado de luchas, conflictos y tensiones sociales. La lucha por la reglamentación de la profesión se adquiere en el año 2019 con la Ley n° 19.778 (Uruguay, 2019), la cual reafirma la autonomía regulando el ejercicio profesional en nuestro país y por ende, afianzando a la profesión como exclusiva y respaldada por un Estado que la reconoce. En esta disposición se define su quehacer, el monopolio de ciertas tareas y las competencias técnicas propias de la profesión. Por este motivo, la autonomía se consagra como un elemento de extremo valor para el Trabajo Social, siendo la herramienta que permite la libertad en el ejercicio de las tareas competentes y, como explica la ley, distingue su accionar y sus competencias de otras profesiones y ocupaciones.

De igual forma, la autonomía se logra con el reconocimiento de la sociedad y no únicamente del Estado. Cabe destacar que no es absoluta, y está en constante reafirmación. Indefectiblemente, para poder volverse un campo autónomo, la legitimidad que debe obtener una profesión proviene desde el afuera luego de que se llegaron a acuerdos en el interior de la misma. “La posición privilegiada de una profesión es concedida por la sociedad, no arrancada de ésta, y puede serle permitido su permanencia en ella, o bien puede retirársela” (Freidson, 1978: 84-85). Vinculándolo a este trabajo, podríamos decir que la legitimidad del Trabajo Social en el ámbito de la salud, puede ser otorgada por todos aquellos profesionales que trabajan junto con la disciplina en un primer momento. Esto implica que las trabajadoras

⁴ Danani discute en el artículo citado la relación entre la politización y la autonomía profesional a través de la noción de campo. Dicha categoría es sugestiva pero se excluye de este trabajo entendiendo su extensión.

sociales sean consultadas por los otros equipos y tenidas en cuenta para la intervención dentro de la institución. Luego, será regulada por la actuación de sus miembros como profesionales autónomos en el desarrollo de su intervención y sus conquistas.

Tal como sostiene Bentura (2006), en el campo de la salud “el poder simbólico ejercido por la profesión médica es determinante ya que poseen el monopolio del objeto institucional (la salud) históricamente conquistado” (Bentura, 2006, p. 61). Esto indica un doble desafío al que se ha enfrentado el Trabajo Social en el área de la salud para poder, en primera instancia, adquirir el capital simbólico necesario desde la profesión, para luego demostrar su legitimidad en el campo. En el ámbito hospitalario suele primar una mirada biologicista y terminan por ser los médicos quienes brindan las posibilidades de acuerdo.

En virtud de lo anterior, las entrevistas realizadas a las profesionales de las distintas cátedras médicas del área de maternidad en salud del HC permitirán, entre otros aspectos, visualizar cuál es el lugar otorgado y adquirido del profesional del Trabajo Social. ¿Es visto como un profesional autónomo por los otros? ¿Puede ejercer un trabajo autónomo sin controles externos? ¿Su práctica está legitimada en el marco de intervención institucional? Además, lo anterior permitirá indagar respecto a la pregunta de investigación, analizando si los roles y las conductas históricamente atribuidas a los profesionales de Trabajo Social, aún se reproducen o se han transformado en el ámbito propio del ejercicio profesional en el área de maternidad en salud en el presente.

V. CAPÍTULO III

i. Las voces del Hospital: análisis de testimonios

En el presente y último capítulo se analizan aspectos obtenidos de cinco entrevistas realizadas a profesionales del área de maternidad que integran los equipos de trabajo junto con las trabajadoras sociales y que, además, han sido parte del proceso de trabajo y aprendizaje en el ejercicio de la práctica pre profesional en el HC. A fin de conocer la mirada de quiénes conviven con el Trabajo Social en su quehacer cotidiano, se diseñó una pauta de entrevista semiestructurada con seis preguntas a modo de guía que pudieran crear un diálogo de comodidad con las entrevistadas invitando a desarrollar sus pensamientos, ante la posibilidad de repreguntar e indagar en otros aspectos que surgieran en ese momento.

Si bien las cinco entrevistadas fueron parte de los equipos de trabajo del área de maternidad del HC a quienes pude acercarme durante el proceso de práctica, todas ellas tienen trayectorias diferentes. A.N es médica toxicóloga y se desempeña hace más de 30 años en el área de la salud y hace 29 años que integra equipos de trabajo en el Hospital. Por otra parte, M.N.V, también médica toxicóloga, se encuentra hace 15 años en el área de salud y hace 12 años en el HC. A continuación, N.M es licenciada en Psicología y cuenta con 8 años de ocupación en la salud, mientras que hace 3 años tiene un cargo en el Hospital. Asimismo, M.F es médica hace un año y medio y se encuentra realizando la residencia en ginecología en el área, siendo el mismo tiempo el que lleva en el HC. Por último, la médica psiquiatra B.B ejerce hace 5 años en el área de la salud y estuvo en el equipo médico del HC durante 3 años⁵.

En razón de los testimonios de las entrevistadas, con sus luces y sombras, sus propias experiencias y las particularidades que hacen al ejercicio de cada profesión, se realizarán apreciaciones conforme lo desarrollado hasta aquí que puedan vislumbrar la realidad actual del Trabajo Social en el área de maternidad en salud vinculando los conceptos desarrollados con los testimonios obtenidos.

⁵ Se destaca que la experiencia de práctica pre profesional implicó una inserción en el área de internación en sala 2 de maternidad donde se trabaja principalmente con situaciones de consumo problemático de sustancias y en la Policlínica de Alto Riesgo Obstétrico donde se realiza un seguimiento directo de las embarazadas por alguna patología o enfermedad asociada a la gestante.

Una de las primeras apreciaciones a destacar, es la concepción del Trabajo Social que desarrollan las entrevistadas. Los extractos seleccionados de las entrevistas vislumbran un rol profesional asociado a las tareas de acompañamiento del usuario de forma articulada como parte del equipo de maternidad y que además, van más allá de lo puramente médico o biológico. Por ejemplo, entendiendo el contexto de la usuaria y trabajando con el acompañante o con el núcleo familiar que está por fuera de la internación. Además, cuando existen otros hijos o se pueden identificar otras redes de apoyo externas que van más allá del estado actual del embarazo. La intervención en el área de maternidad conlleva, según las entrevistadas, una visión integral, donde existen particularidades y características que lo vuelven más complejo. Una de ellas es que no se trata únicamente de una usuaria, la intervención se realiza sobre un binomio, es decir, sobre dos personas: madre y bebé.

El embarazo es un momento de vulnerabilidad a nivel biológico para la paciente (...) En la mayoría de las pacientes que teníamos ingresadas, siempre cuando tienen internaciones prolongadas les ofrecemos poder hablar con Psicología y poder hablar con Servicio Social⁶ (...) Es fundamental la actuación de Servicio Social para poder brindar herramientas tanto para la madre, para que pueda venir a los controles o para ayudar a la madre a capacitar, insertar a los hijos en el CAIF o a poder identificar esas redes de apoyo que tiene como para poder dejar a los hijos (M.F, 2023)

Tienen que trabajar con esos binomios (...) A veces es difícil decir bueno, la madre tiene derecho a consumir. Es difícil sostener eso también desde Servicio Social, vos siempre vas a priorizar al recién nacido, al embrión, al feto. Me parece que ahí el trabajador social tiene un enorme desafío (A. N, 2023)

He trabajado con trabajadores sociales en varias áreas (...) Lo que hay en maternidad que es distinto a otros lugares es que hay un feto que en algún momento va a ser un bebé y

⁶ En todas las citas realizadas de las entrevistas se respetan las denominaciones utilizadas por las entrevistadas (Servicio Social, asistente social, entre otras).

por tanto sujeto de derecho. Entonces, por lo menos si se construye eso, las trabajadoras sociales tienen en la parte de maternidad que capaz no se piensa en otras áreas que no hay embarazo. Hay que pensar en el binomio y a veces en el feto. Esa es la diferencia, que tenemos un paciente que no habla, no se expresa si se quiere, no tiene capacidad ninguna de autonomía, que necesita de su mamá y que es su derecho estar con su mamá y al mismo tiempo tal vez es necesario preservar su integridad física y emocional (N.M, 2023)

Vos sos el referente que después va a comparecer más todavía que nosotros, por ejemplo ante el Poder Judicial. (...) Servicio Social es el capitán ahí, para que ver qué recursos, qué elementos hay para el cuidado, si no es de la propia madre, de ese núcleo familiar que hay para el cuidado del recién nacido (...) Si bien todo el equipo que trabaja es quien debe construir los informes (...) Creo que en el asistente social, todo el equipo ponemos sobre ustedes, esa responsabilidad (A.N, 2023)

Si bien es verídico que el primer acercamiento de la intervención directa se realiza con la madre y el bebé, las familias también son parte fundamental de la intervención de Trabajo Social. Desde la profesión se busca promover, estimular, fomentar y asesorar a la búsqueda de bienestar de todo el núcleo que es parte de la vida de la gestante. Esto implica acompañar en procesos de autogestión, acciones de cambio, apoyar con recursos disponibles, entre otros. Según la óptica de Sartre (2004), quien puntualiza el concepto de ser de clase, constituyendo la impronta de que el individuo es un ser singular, nos permite desde nuestra disciplina, problematizar con los integrantes de la familia la situación particular de la usuaria y de sus vínculos más próximos. El fin es conocer y trabajar esos procesos subjetivos, cómo este cambio impacta en su vida cotidiana, en el entramado familiar y su dinámica.

Siempre va a haber una mejor evolución médica, cuando hay una situación social que sea favorecedora de la salud. En la salud mental justamente, que está la vulnerabilidad

general del entorno y del medio, de lo social, es todavía mayor (...) Creo que la diferencia es que el alcance es mayor en maternidad, en cuanto a que las intervenciones se plantean más para el grupo familiar, quizás no tanto solo para el usuario que es lo que estamos más acostumbrados nosotros, es decir, tramitar cosas para el usuario, centros para el usuario y cosas de rehabilitación, beneficios (...) siempre hay que intentar pensarlo como una unidad familiar y no tanto lo individual, ¿no? (B.B, 2023)

si lo pensamos desde lo lineal, como que no hay mucha cosa para hacer (N.M, 2023)

En definitiva, es de cierta forma, un enfoque participativo de la acción profesional dónde las problemáticas familiares se analizan de forma conjunta, buscando las mejores herramientas y las vías posibles para solucionarlas. La noción de familia como un sistema social, y de las redes de apoyo por fuera de ellas, está siempre presente porque hacen al todo. Como explica Castel (2009), no hay individuos sin soportes. “El individuo debe disponer de puntos de apoyo sobre cuya base pueda asegurar su independencia social” (p. 334). Mediante esta modalidad, se busca involucrar a las familias de las usuarias para trabajar las problemáticas, proporcionando toda la información posible y acompañando en el proceso.

“Nuestra concepción es que nadie es solamente orgánico, ni solamente psicológico, ni solamente social, sino que las personas somos un todo (N.M, 2023)

La intervención se construye según la finalidad institucional a base de la estructura predispuesta en dónde llega la demanda, como el caso del HC, y los recursos que están disponibles para realizar la intervención. “Simultáneamente se conoce, se planifica, se evalúa y se ejecuta” (Rozas, 1998: 104). La intervención se “entromete” en un espacio que le brinda la demanda, por eso se puede decir que es el acto fundador de la intervención. La intervención implica, asimismo, “acceder a los espacios microsociales donde se construye la cotidianeidad de los sujetos sobre los cuales interviene” (Carballeda, 2007, p. 61).

Las entrevistadas destacan las limitaciones que existen en la asignación de recursos a nivel general en la salud, y por ende, muchas veces las respuestas que se pueden brindar desde la intervención profesional. Además, las líneas de acción pueden verse reducidas, limitadas o desviadas de los objetivos. A partir de los aportes de M.N.V y B.B, la falta de técnicos o el desconocimiento de las capacidades o los roles propios del Trabajo Social redundan en que, numerosas veces, se realicen tareas que exceden lo que se espera en la intervención. Incluso, a nivel institucional, se busca reducir la acción hacia la gestión del hospital en cuanto a la disminución de la estadía hospitalaria y la reducción de gastos como prioridad institucional, situación que excede a la profesión.

Hay cosas que uno quiere cubrir (...) pero de verdad que es de Trabajo Social y es necesario (...) a veces es por falta de técnicos, a veces es por desconocimiento de cuál es el alcance de la gente de Trabajo Social y cómo podrían trabajar a la par, puede que no hay fondos y no los pueden contratar. No sé por qué es (M.N.V, 2023)

Me parece que en general en la salud hay una tendencia a organizar los recursos y los recursos humanos y también de las estrategias que abordamos (...) probablemente en el Trabajo Social también puede ser que muchas veces esté abocado a eso y vinculado a esto de menores estancias hospitalarias. Igual entiendo también que muchas veces es necesario (B.B, 2023)

Lo que he visto es que la gente de Trabajo Social termina muchas veces cubriendo cosas que no son de ellos y terminas “prostituyendo” la especialidad (...) Está bueno entender que es lo que tenes que hacer y si te desvías de lo que tenes que hacer, saber que es puntual porque si no estás cubriendo millones de cosas y terminas siendo funcional a un sistema que por ahí no está bueno (M.N.V, 2023)

no creo que tenga que ver con una responsabilidad del Trabajo Social, creo que es una situación social en la que estamos y que nos vemos todos desbordados. A veces Trabajo Social se lleva la peor parte (...) sería bueno integrarlo y poder ir viendo a la par a esos pacientes como hacemos en otros lados. Creo que un poco lo que te decía de la subestimación termina siendo eso, que hay gente que tiene la idea de que si Trabajo Social actuara más, los pacientes no estarían eternizados, y no pasa por ahí porque es una realidad social que tenemos y no recae en un solo técnico, sino en todos (M.N.V, 2023)

No sé si es visto el Trabajo Social solamente para resolver eso, quizás a nivel institucional lo vean más así. Pero en mi experiencia no, nunca sentí que hubiera esas presiones. Quizás sí a nivel de todas las estrategias médicas, pero después no he visto que haya esa presión desde las instituciones, porque creo que además tampoco hay soluciones habitacionales tan rápidas (B.B, 2023)

no quiere decir que todo el mundo espere cosas adecuadas de los trabajadores sociales. Incluso a veces tampoco respecto a los psicólogos. Hay una parte en la transformación del asistente social a los trabajadores sociales que todavía no caló en todo el mundo. Esa idea de que tienen que conseguirles a donde se van a vivir. Yo lo que veo o percibo (...) de que hay un trabajo desde el respeto y la horizontalidad (N.M, 2023)

Como destaca B.B, en muchos casos las soluciones no pueden darse de forma ideal. Incluso, pensar en la profesión inserta en otro ámbito podría dar respuestas diferentes que las que puede brindar desde el ámbito de la salud. Por ello, es importante destacar que aquellas situaciones que exceden a la intervención no necesariamente implican dificultades de respuestas de la disciplina en sí, sino de la disponibilidad de respuestas que se pueden dar desde las instituciones con relación a los recursos disponibles en el centro.

Por ello, otro rol relevante de la profesión alude a trabajar con el individuo y con su núcleo familiar asesorando en las políticas públicas existentes, basándose en el conocimiento de las oportunidades reales de acceso a otros recursos disponibles en otras instituciones. Para lograrlo, es necesario coordinar con diversos equipos. Como explica Grassi (1989), esta situación pone de manifiesto que se suele depositar en una instancia individual, la responsabilidad de ciertas situaciones que escapan a las posibilidades de los trabajadores sociales. La falta de recursos junto con los problemas estructurales de la sociedad no tienen alcance de resolución en un hospital. Ninguna de las funciones de un profesional por sí mismo puede dar respuesta a problemas estructurales de la sociedad.

En este sentido, si bien se destaca la importancia del trabajo en equipo, la interdisciplina y la autonomía profesional para resolver las situaciones en conjunto, en ciertos casos pueden existir diferencias al interior de los equipos por lo que el fácil acceso al trabajo interdisciplinario debe relativizarse. Además de las diferencias que pueden surgir respecto a la gestión de los tiempos en la intervención, las disciplinas adoptan, como parte de su rol profesional diferenciado y los distintos cometidos, distintas prioridades a la hora de intervenir. Por esta razón, todas las miradas aportan a las discusiones sobre las situaciones puntuales y deben fomentarse las reuniones de equipo para discutir las situaciones. Algunos fragmentos a continuación nos invitan a pensar nuestro rol.

[en ciertas áreas] no están insertos como parte del equipo, como en pediatría o policlínica de drogas si son parte del equipo y se los identifica así. Cuando le haces el ingreso al paciente y ves que hay una patología, entre comillas, social, si tenés al trabajador social en tu equipo, ya lo vas encarando, viendo posibilidades y discutiendo sobre el paciente. Si vas a esperar resolver lo médico para esperar que venga alguien de Trabajo Social, no, eso no, está bueno tener un referente y creo que falta eso (M.N.V, 2023)

El equipo médico siempre es más biologicista y bueno, Servicio Social a veces defiende demasiado al recién nacido, ¿no? (...) También el asistente social refuerza todo lo que son las conductas (A.N, 2023)

[existe] paciente con alta médica, pero pendiente resolución, pendiente evaluación o pendiente traslado. Capaz se malinterpreta desde ese lugar, como que Trabajo Social debería actuar más para minimizar o disminuir la cantidad de días de estadía (...) no sé si es por un tema de que esperan a que se resuelva desde el punto de vista médico para después pasárselo a Trabajo Social. Si en realidad Trabajo Social fuera parte de ese equipo que está viendo todo el tiempo (...) creo que hay cosas que no se cuestionarían, ¿no? (M.N.V, 2023)

En vista de ello, las profesionales entrevistadas concuerdan que en el área de medicina interna, donde usualmente tienen las primeras experiencias los médicos recientemente egresados, el rol del Trabajo Social no es significativo. Por momentos, es incluso inexistente. Por este motivo, insisten en que en el área de maternidad es fundamental la presencia del profesional del Trabajo Social, y no se cuestionan la presencia de los mismos allí.

Fui practicante interna en el momento antes de recibirme. Roté por otras salas, roté por el interior, más que nada de Emergencia y roté también acá por la parte de medicina interna. Y no, la verdad que no tengo el recuerdo de haber mantenido un diálogo tan fluido con el asistente social como lo es ahora (...) Cuando yo paso por la sala [de maternidad] , no hay un día que no hablo con la asistente social por alguna paciente (M.F, 2023)

Cuando trabajaba en medicina interna y en algunos servicios privados o mutuales (...) El rol del asistente social yo no lo veía al principio. Ahora sé que existe, sé que está, pero no son roles prioritarios. Cuesta mucho que la asistente social, que las instituciones acepten tener asistente social y que vaya (A.N, 2023)

Cuando yo era interna (...) no recuerdo tener un vínculo fluido (...) teníamos que hablar con Trabajo Social a ver qué hacíamos con los pacientes y era la “papa caliente”, nadie quería agarrar esto (M.N.V, 2023)

Podría afirmarse que la inserción de los profesionales de Trabajo Social en la pluralidad de áreas de los centros de salud es aún un desafío. De igual modo, el trabajo con las redes comunitarias hacia el exterior de los centros también se vuelve desafiante. La tendencia a lo focalizado e individualizador, así como la alta demanda de atención de nuevas situaciones que llegan al HC diariamente, dificultan la posibilidad de estructurar intervenciones comunitarias al alta, y mantener el contacto de las familias con las que se trabaja a futuro así como los nuevos equipos que intervienen.

A mi me importa mucho saber que va a pasar con ésta mamá, con esté bebé, al momento del alta. Tengo claro que la salud está en las redes y no en el Hospital, o sea, dentro del Hospital tenemos que hacer intervenciones para personas que están en agudo y es un trabajo importantísimo (...) pero la salud se construye en las redes comunitarias. Es en el lugar donde viven las personas, en su barrio, su comunidad, en el lugar donde trabajan (...) Una de las cosas que a mi me importa mucho es saber cuál es la comunidad a donde va a ir luego del alta, para identificar factores de riesgo y factores protectores (N.M, 2023)

es parte de las cosas que tenemos que hacer para generar estrategias a futuro. Ni que hablar cuando son personas que necesitan para poder garantizar sus derechos, que sean acompañadas también por organizaciones o instituciones como UCC o CAIF (...) Ahí trabajamos con las trabajadoras sociales. Generalmente ellas también detectan estas situaciones y ya están trabajando en eso, no es que yo les tenga que pedir. Me sirve que me mapeen como son las redes y que busquemos qué cosas se pueden hacer para esas familias (N.M, 2023)

Dentro de las tareas y roles de la profesión, las entrevistadas destacan intervenciones que le permiten al trabajador social sanitario actual desempeñarse codo a codo con el resto del equipo médico de forma articulada. Entre ellas podemos destacar el trabajo en red o comunitario, acompañamiento o asesoramiento familiar e institucional, seguimiento de usuarias, entre otras. Las entrevistadas reconocen aquellos roles que a veces exceden lo que se espera de la intervención y las competencias profesionales, pero visualizan que no es la única tarea realizada y le brindan importancia a la presencia de Trabajo Social en el trabajo día a día, tanto dentro de la internación como posterior al alta.

Uno espera que el asistente social resuelva cuestiones que tienen que ver con la gestión de un Hospital de tercer nivel. Creo que también pensar que Servicio Social se vincula solo con eso está mal. Creo que tienen otra dimensión en todos los problemas de salud. Cuando vos tenes gente que tiene problemas o enfermedades crónicas, siempre van a necesitar apoyos extras que no sean los del médico (...) que puedan ayudar a que la persona se piense en sus actividades cotidianas (...) (A.N, 2023)

para nosotros la red que tengan, que nos ayuden a poder vincularlos, a poder generar en el paciente diferentes herramientas o mecanismos desde lo social, por ejemplo ayudarlo desde las prestaciones sociales a las que puede acceder hasta alguien que ayude a evaluarlo (...) Es fundamental el rol y nos ayudan desde eso, bueno en realidad no es ayuda, lo trabajamos en común (M.N.V, 2023)

siempre hacemos entrevistas por fuera porque el lugar de esa persona como acompañante va a tener y tiene un rol muy importante dentro de la internación (...) podemos detectar que también es necesario intervenir con personas por fuera de la internación (...) En ese caso hacemos llamadas telefónicas o les pedimos que vengan. En esa parte cuando ya no son los acompañantes, lo hacemos en conjunto con las trabajadoras sociales porque es más práctico y porque generalmente estamos en coincidencia cuando vemos alguna

dificultad coincidimos, lo discutimos, lo pensamos e intentamos hacer un solo abordaje (...) de forma articulada (N.M, 2023)

Otro punto a destacar refiere a la feminización de la profesión, la cual es una característica de la misma desde sus inicios. El Servicio Social ha sido históricamente una profesión de mujeres, asociada a las tareas de cuidado, al “amor” y el rol afectivo que implica el trabajo con el otro.

La feminización (...) apunta a un proceso de larga duración en el que pueden identificarse los acontecimientos y fenómenos que provocan la génesis, consolidación y transformaciones de prácticas sociales relacionadas con lo que culturalmente es asignado a lo femenino, presupone un modo de construcción de las identidades de género (Lorente Molina, 2004, p. 48).

Esto, además, se ve potenciado en el área de maternidad dónde la mirada es aún más feminizada. La mujer adquiere un lugar estratégico en la asistencia ya que aparece en la articulación de los sectores más alejados del sistema y en el propio Estado. “Como madre/ama de casa de los sectores populares, por un lado; y por otro, como “ejecutora” en esa instancia articuladora y dirigiéndose a sus congéneres pobres” (Grassi, 1989, p. 91). Como se aprecia en los testimonios obtenidos de las entrevistas, al hablar de maternidad se vislumbra una cuestión de género ya que siempre se habla de mujeres trabajadoras sociales e incluso los equipos de trabajo en el área de maternidad están principalmente formados por mujeres. Es inevitable incorporar la dimensión de género en lo que refiere a la profesión, e incluso a los conceptos de autonomía.

Las mujeres son, entonces, las personas ideales para tales funciones, por una doble vertiente: deben dirigir su acción a la familia y su problemática cotidiana, ámbito que –se supone– ellas conocen y manejan con destreza. Por otra parte, en tanto ‘obra de amor’, son también las mujeres ‘depositarias’ privilegiadas de la sensibilidad (Grassi, 1990, p. 99).

Por otra parte, la entrevista con la toxicóloga A.N, quien es la profesional con más años de experiencia en el área de salud de las entrevistadas, refiere a la necesidad y el desafío actual del acercamiento del médico, en este caso del toxicólogo, hacia el usuario. La entrevistada define esta tarea como algo complejo y reconoce allí una dificultad, razón por la cual manifiesta preferir dejar ese trabajo para el asistente social. Si bien puede ser visto como un reconocimiento de la capacidad de diálogo y negociación que tiene la profesión con el usuario, tarea que le compete en el marco de su rol profesional, cabe preguntarse si no refiere a una falta de interés en las situaciones que no responden a una causa biológica estrictamente lo cual redundaría en una carga para el área social del equipo de trabajo o, por el contrario, si es un espacio para el desarrollo de la profesión.

La atención directa con el usuario ha sido parte del rol histórico del Trabajo Social. Las antiguas visitadoras sociales, como fue expuesto, debían conocer la cotidianidad del paciente, visitar el hogar para observar su medio y su contexto, práctica que aún se realiza. Además, debían llevar a cabo todas aquellas tareas que el médico prefería no realizar si no estaban asociadas estrictamente al proceso de salud-enfermedad. ¿Por qué motivo profesional médico no podría indagar en la historia de vida del usuario que hace referencia a cada situación puntual? ¿Qué le impide al médico tener una capacidad de acercamiento al usuario? ¿En qué momento la figura del trabajador social aparece como el responsable o el “accesible” en los temas que parecerían ser más difíciles de tratar? En este debate, aparece la idea de pensar si es que el Trabajo Social puede abarcar de forma exclusiva el diálogo en profundidad con el usuario o, si es una cuestión de depositar la responsabilidad de las situaciones problemáticas en los trabajadores sociales. Cuando la medicina no sabe qué respuesta puede dar porque desconoce los recursos o no cuenta con los tiempos que requiere la atención integral al usuario, se deriva a Trabajo Social, siendo que múltiples veces las respuestas no pueden darse desde una única disciplina.

Hay mucha limitación, tampoco son los que van a solucionarle la vida a todos los pacientes, a veces es como bueno, que Trabajo Social se haga cargo (...) A veces también está subestimado y dicen “que venga la de Trabajo Social, se lo tiro y que se maneje”, seguro lo escuchaste a eso (M.N.V, 2023)

Por momentos, se pueden entrever aquellos “residuos” de la autoridad médica dónde aquello que no le compete a la profesión pasa a manos de lo social, sin importar si realmente es o no, competencia de la disciplina. Como menciona M.N.V, existen algunas limitaciones a la hora de la intervención, por lo que ocasionalmente las posibilidades de solución de las problemáticas familiares son restringidas, incluso para Trabajo Social. Sin embargo, algunos métodos utilizados por los trabajadores sociales permiten trabajar con mayor profundidad con las usuarias y sus familias así como también, brindar otras respuestas en un acompañamiento más directo tanto para el usuario como para su familia.

Existen múltiples herramientas que la profesión pone en ejercicio para el trabajo con el otro. En los espacios de entrevista, atendiendo a la comunicación verbal y no verbal, se pueden apreciar posturas o expresiones corporales, miradas o gestos, actitudes, ritmos de voz o la cadencia de las palabras que, en definitiva, demuestran cómo se transmite la información. Según Carballeda (2007), el espacio de consulta debe servir como un espacio de escucha activa y de sostén, como un espacio de libertad, donde es posible reconstruir historicidad. Es importante comprender y recordar que el otro no es un sujeto a moldear, sino un portador de historia social, de cultura y de relaciones interpersonales.

dependiendo cuál es la razón de ingreso, cuales son los motivos de consulta que nos llegan a nosotros (...) siempre rescatar la subjetividad de la persona (N.M, 2023)

Otro de los conceptos destacado es el de interdisciplina. El entramado complejo del trabajo con el otro no puede hacerse desde una única área dado que, un profesional de forma individual no puede abarcar todas las dimensiones que hacen al sujeto. La importancia de la unión de las disciplinas, el diálogo constante y el trabajo en equipo se convierte un aspecto clave y diferencial en el cotidiano del área de maternidad y sus particularidades, cuestión con la que todas las entrevistadas coinciden.

Para poder trabajar en esta área hay que considerar (...) esa interdisciplina, que es como los pedazos del “puzzle” para poder lograr objetivos con la persona que tiene estas dificultades (A.N, 2023)

Cuando uno se cansa está el otro, con otras cuestiones, con otras capacidades y con otras herramientas profesionales, pero que en el meollo interno de por qué estamos trabajando juntos, el objetivo era común. Entonces, para mi, la apoyatura siempre es muy importante de Servicio Social (A.N, 2023)

[La interdisciplina] es crítica en la atención de los consumidores (...) Hay límites que son marcados, que están marcados por la definición de las profesiones, por cuestiones legales, pero que en la práctica cotidiana ese trabajar juntos te hace más liviana esa tarea (A.N, 2023)

En maternidad es muy importante, yo siempre he trabajado con gente de Trabajo Social y jamás me cuestiono que no estén (...) estar con Trabajo Social era cuestión de todos los días (...) Yo no sería el ejemplo de no tenerlos en cuenta. Para mí está buenísimo porque yo soy muy pro del equipo de trabajo (M.N.V, 2023)

Las psicólogas son mucho de ir a buscar a los trabajadores sociales, de escucharnos (...) Desde mi punto de vista hay un avance, de incluirnos en los ateneos, de llamarnos y buscarnos, hay una tendencia a esta horizontalidad, cada uno en su rol y en el trabajo interdisciplinario (...) Nadie es trabajador social, ginecólogo, psicólogo, enfermero. Cada uno tiene su rol y está bien que lo tenga. Por eso está la importancia del diálogo, para entendernos y armar estrategias en conjunto (N.M, 2023)

En función de esto, resurge la noción de autonomía profesional que fue desarrollada en el capítulo anterior. En palabras de Rozas (1998), en aquellas instancias donde la profesión puede presentar un dominio y exclusividad sobre la tarea que realiza, es cuando logra su autonomía como profesión. Por este motivo, el diálogo constante con las otras disciplinas es de suma relevancia para poder justificar las acciones y decisiones que se toman desde el

arsenal teórico de la profesión, logrando argumentar cuál es la mejor intervención posible. En virtud de esto, si bien las entrevistadas difieren en el alcance de la presencia de Trabajo Social en los distintos equipos de trabajo de medicina, coinciden en la importancia de la profesión en la atención en salud.

quizás está a veces un poco subestimada la labor de Trabajo Social. Si me preguntas a mí que trabajo (...) en otras cosas que no es ni pediatría ni “tóxico”, uno se da cuenta de la falta que hace el Trabajo Social (M.N.V, 2023)

Es importante saber que deberían ser partícipes en todos los equipos de trabajo de medicina, no sólo maternidad o pediatría que está recontra aceptado, de adultos, de Emergencia, tendría que haber un referente de Trabajo Social (...) A veces nosotros no sabemos nada, ni cómo hacer, y en Trabajo Social lo manejan re bien, el manejo de los pacientes fuera de la patología o del paciente-enfermedad (M.N.V, 2023)

Nosotros trabajamos bastante con trabajadores sociales en todas nuestras competencias, digamos no solo en el área de la maternidad. Creo que el trabajador social, justamente en esto de ver a la persona no solamente como la persona enferma o la persona con una patología, tiene en general como una visión del alcance, de las estrategias que se pueden desde lo institucional desplegar para el bienestar (...) de la familia (B.B, 2023)

De igual forma, la noción de poder⁷ está implícitamente presente en lo que refiere al concepto de autoridad médica como parte clave en la historia de la profesión en el área de salud. La entrevistada A.N reconoce que los médicos deberían acercarse más a los pacientes, sintiendo que esa posibilidad de tratar directamente con el usuario le brinda a los trabajadores sociales mayor poder. Cabe preguntarse si esto se puede asociar, de cierta forma, a una

⁷ En este trabajo no se profundiza directamente en el concepto de poder que, como han desarrollado autores como Grassi, Mitjavila o Foucault, ha sido muy vinculado al campo médico. Considero que es una línea interesante para desarrollar en futuras investigaciones respecto al poder de la medicina y el poder de Trabajo Social en el área de la salud.

dependencia funcional, en términos de Bentura (2004), respecto a la medicina. Según el autor, al momento de intervenir en la división social y técnica del trabajo, el Trabajo Social es una profesión dependiente y heterónoma. Esto implica que están subordinados a otros saberes que históricamente han tomado el lugar predominante en el área dónde se trabaja, en este caso, como un asistente o auxiliar del médico. En realidad, ¿hablamos de poder, o hablamos de una relación asimétrica con el usuario? Considero que esa relación está siempre presente ya que participamos en la toma de decisiones y como parte de nuestra propia intervención.

Yo los llamo para todo lo que no puedo, que es casi todo (*risas...*) Lo que queda en el extramuro. El salir hacia fuera (...) poder aproximarse a cuál es la realidad de esa madre (...) cuáles podrían ser las cosas que sean barreras, que dificulten la integración social (...) Servicio Social tiene apego a eso y, por supuesto, a todo lo que es construcción de ciudadanía. Me parece que uno siente con esto no voy a poder. Es lo que siempre sentí de los asistentes sociales, que tenían más poder que yo (A.N, 2023)

Qué bueno que están (*risas*) (...) son personas que les importa mucho, están muy interesadas en los pacientes, en que les vaya bien, en velar por sus derechos. Siempre hablan, y hablamos, en términos de derechos, de sujeto de derechos (...) cuáles derechos se están vulnerando. De intentar pensar y problematizar, las situaciones acá son complejas, generalmente no es algo lineal. Entonces, es necesaria la constante problematización, pensarnos y discutir con otra persona (...) Están muy abiertas y muy activas en buscar esos espacios para pensar juntos, para poder discutir y pensar estrategias en común siempre en clave de derechos (N.M, 2023)

A modo de finalizar el análisis en el presente capítulo, destaco algunos fragmentos de los testimonios de las entrevistas dónde las profesionales realizan comentarios, a mi entender pertinentes, más allá de que en primera instancia excedan a lo que se está presentando en el documento. M.N.V destaca la importancia del autocuidado, un concepto relativamente nuevo en el mundo del trabajo que no debe dejarse de lado.

Mi recomendación es saber que es lo que uno tiene que hacer y saber que cuando uno se sale de lo que tiene que hacer porque te pones la camiseta, saber que te estás corriendo de ese lugar y dejarlo claro, hacer valer tu trabajo (...) Está bueno saber que sos parte del equipo (...) e insertarse para trabajar en equipo porque cada uno cumple un rol bien importante (...) uno se apasiona con lo que hace y a veces por querer ayudar no te das ni cuenta que dejas todo en la cancha. Está bueno pelear por los derechos, pelear porque se valore el trabajo, saber cuando uno está haciendo más de lo que debería, hacerlo a consciencia y con las herramientas de autocuidado para no dejar la salud en el medio (M.N.V, 2023)

creo que quienes trabajamos con personas en alguna situación de vulnerabilidad, hay una cuota que no es medible, pero tenemos que tener amor por la gente con la que trabajamos. Creo que sin eso no podes tener un buen profesional (N.M, 2023)

Las miradas de las profesionales del área, con relación al marco teórico presentado, darán lugar a las reflexiones finales respecto a la relación del profesional actual del Trabajo Social en el área de la salud, con la génesis y protoformas de la profesión. A modo de finalizar este análisis, se intentará responder si las creencias, comportamientos, conductas, roles y tareas que son parte del Trabajo Social del siglo XXI pueden reproducirse como antiguas concepciones del Servicio Social que dio origen a la profesión que conocemos y ejercemos hoy.

VI. REFLEXIONES FINALES

A modo de reflexión sobre lo expuesto en los capítulos anteriores, el propósito es establecer comentarios a partir de los objetivos que orientaron el trabajo. Con relación a los objetivos específicos, el primero refiere a indagar en la génesis y los orígenes de la profesión para poder comprender las tareas y roles que tenían las antiguas visitadoras sociales que guiaron los inicios de la profesión como parte de los equipos de salud hasta la actualidad. Como fue mencionado en el primer capítulo, comprender el pasado es necesario para entender el presente. Para ello, con el segundo objetivo específico se buscó conocer a través de las entrevistas realizadas, las creencias y testimonios de las profesionales de las distintas cátedras médicas que trabajan junto con los trabajadores sociales en el área de maternidad del HC, a fin de iluminar consideraciones respecto a la pregunta de investigación.

Los agentes médicos, ajenos a la profesión, son quienes dieron lugar a su nacimiento. Por este motivo, es su consideración la que se toma en cuenta para realizar este trabajo. El lugar privilegiado en las instituciones sanitarias eran, y son, ocupadas por ellos, quienes atribuían a la incipiente profesión la tarea de ser “nexo entre la familia y el médico (...) ser el órgano tenaz y continuo de la propaganda higiénica para hacer que la labor respondiera a los esfuerzos que se le dedicaban” (Schiaffino, 1929, p.340).

El Trabajo Social, con casi un siglo de actividad, ha sabido perdurar en el campo de la salud, ganando espacios e integrando otros nuevos, a medida que comparte con otros saberes y profesiones creando equipos de trabajo sólidos. El trabajador social construye su rol en la cotidianeidad, en conocer a los sujetos con los que interviene, creando un vínculo distinto al que pueden tener los demás profesionales. Esta es una de las diferencias sustanciales de la profesión con respecto a las funciones históricamente atribuidas, o si nos remitimos al análisis de sus protoformas. Ya no se sigue un lineamiento de subordinación al médico con órdenes de “superiores” que buscan únicamente resolver el proceso de salud-enfermedad.

Las demandas realizadas hacia la profesión cambian a medida que los procesos sociopolíticos, culturales y económicos varían. Existe exclusividad en las tareas y competencias de los trabajadores sociales debido a la ley que reglamenta la profesión, brindando legitimidad y autonomía a nivel de estado. Esto implica un gran avance para el colectivo profesional por las disposiciones y reconocimientos que establece. De todas formas,

el Trabajo Social debe continuar conquistando espacios en el campo de la medicina. Sostiene Grassi (1989) que, si bien la profesión hoy se ubica, habiendo evolucionado en cuánto a su arsenal teórico dentro del campo de las ciencias sociales, en sus inicios aparece íntimamente ligada a la medicina, lo cual implica cierta ventaja para su reconocimiento, pero también, desafíos para su autonomía.

Dentro de las contradicciones de la sociedad y de las tensiones del campo de intervención es dónde “tenemos una relativa autonomía porque somos sujetos de nuestro trabajo, de definir direcciones para nuestra acción, definir prioridades y formas de encaminarlas” (Iamamoto, 2002, p. 99). Este es un punto que nos va a diferenciar sustancialmente del Servicio Social en su anterior función. Según Iamamoto (2002), es preciso conocer con quién trabajamos, sus condiciones de vida como población en sus manifestaciones cotidianas que hacen a la reproducción de la vida social, como es la salud o la educación, y todas las problemáticas que rodean al sujeto dentro de conceptos más generales como la niñez, la maternidad o la violencia.

Tanto la entrevista domiciliaria como el informe social continúan vigentes, siendo las herramientas históricamente predominantes para el ejercicio de la profesión. En definitiva, se busca a través de ellas ayudar a las familias a fortalecerse, a confiar en sus virtudes y así brindar una mayor conciencia para promover cambios que reduzcan la inequidad y el sufrimiento. El objetivo será acompañar a las familias y buscar alternativas de resolución de sus problemas a partir de los recursos disponibles y las capacidades que pueden trabajarse a través de un acompañamiento familiar activo.

La profesión nace en un escenario histórico donde su razón de ser está atribuida por el capitalismo y el orden burgués que imprimen el sello de lo que debían realizar aquellos agentes subordinados. Su quehacer fue derivado del poder médico hegemónico como técnicas especializadas para inspeccionar y controlar a las familias pobres. Esto es importante para la definición de las tareas a futuro y la posible permanencia de ciertas creencias precedentes sobre el rol y el alcance de la profesión. Es importante reconocer nuestras posibilidades y limitaciones como profesión para encontrar soluciones en conjunto que le permitan al profesional desempeñarse como parte de los equipos de trabajo, acercándose al cuidado y al fortalecimiento de las capacidades individuales y familiares, y no a un concepto de tutela o amparo que implique únicamente una postura asistencialista.

De igual modo, es destacable la postura de Grassi (1989), quien menciona que aún con la asistencia en sí, se logra justicia. No es necesario renunciar a la asistencia para con el otro si, simultáneamente, se está trabajando en la participación, el cuestionamiento y la evolución del grupo familiar, tanto en lo interno, como hacia la comunidad. Para ello, es fundamental defender la existencia y el sostén de políticas sociales adecuadas que incluyan lo institucional, legal y económico.

Destaco, paralelamente, que el área de maternidad tiene sus particularidades respecto a otras áreas de inserción de la profesión como fue expuesto anteriormente. La mirada referida a las infancias, la maternidad, el binomio madre-hijo y el trato con las familias, cuenta con mayor integralidad respecto a otras áreas como puede ser medicina interna o Emergencia. Cabe destacar que esto sucede, en gran parte, por la falta de referentes de Trabajo Social como producto de la deficiencia de recursos institucionales, sean humanos, económicos o políticos.

Por otra parte, la transformación de la profesión no atravesó a todo el colectivo social, lo cual implica una dificultad para explicar y argumentar el trabajo que se realiza y cuáles son los roles que exceden a la profesión. Las trabajadoras sociales del área de maternidad en salud del HC ejecutan tareas que no redundan en asesorar en prestaciones sociales vigentes. Las tareas de seguimiento, pasan a ser de acompañamiento, las tareas de control, pasan a ser de observación y de diálogo a través de las herramientas mencionadas. Estas nuevas miradas, son las que irán promoviendo un cambio progresivo en la concepción del Trabajo Social como parte de los equipos de salud de igual a igual y de un trabajo autónomo e interdisciplinario. Si bien las bases y los orígenes son los mismos, el alcance y la calidad del trabajo han variado sustancialmente. Las trabajadoras sociales ya no son “maestras” del deber ser, deben orientar y acompañar.

Igualmente, en base a los testimonios, se plantea una dificultad en el alcance comunitario de la profesión y de poder ir “más allá” de la institución, esto implica estar presente en la comunidad, en el barrio y en las instituciones que trabajan con las familias. Para construir ciudadanía, como uno de los roles que destacó una de las entrevistadas, es necesario estar en estos espacios cotidianos que sirven de apoyo o de red para las familias.

Asimismo, persiste una mirada asociada a los inicios de la profesión de un trabajo feminizado, vinculado a que las mujeres eran quienes se encargaban de la asistencia y de la beneficencia como prolongación de un rol doméstico y caritativo. Según indicaba Bauzá (1927), desde la profesión se debía crear un ambiente de confianza para tratar las temáticas vinculadas a la salud con una intervención hábil, diligente, cariñosa, por eso se decía que era una carrera especialmente apropiada para la mujer. Postula Ortega (2003) que, las atribuciones sociales de control y cuidado, se transportan al ámbito de desarrollo profesional.

Es necesario, explica Grassi (1989), comprender que la especificidad de la historia, se vuelve una variable para determinar su perfil. En el área de maternidad, indudablemente hablamos de mujeres trabajadoras sociales y los equipos de trabajo se conforman principalmente de mujeres. “La naturaleza social de la asistencia social se explica por su rol en la legitimidad y el consenso, en el control de la vida cotidiana” (Grassi, 1989: 254).

Según Lizano Vega (2019) la salud es un producto social. Desde este abordaje, tendemos a incorporar los fenómenos colectivos y su impacto en la esfera individual y familiar porque creemos que la respuesta que la práctica nos requiere, se encuentra en esa misma sociedad que genera las preguntas. Considero y comparto con las entrevistadas que, la salud integral es posible sólo desde un abordaje conjunto y colectivo. La interdisciplina ha calado en el personal de trabajo y puede observarse claramente con los testimonios de las entrevistadas dónde se destaca el diálogo constante y el trabajo en equipo a través de relaciones horizontales.

El acercamiento interno hacia las lógicas de trabajo en el ámbito de la salud, área fundadora de la profesión, en un Hospital de tanta magnitud, mediante el trabajo interdisciplinario y el ensayo de las herramientas adquiridas a lo largo de la formación preprofesional, implicó reconocer los alcances de la profesión en la práctica. Si bien persisten algunas creencias respecto a antiguas concepciones del rol profesional, las entrevistadas valoran y distinguen el trabajo que se realiza en el área de forma contundente, apoyando la importancia de la que reviste la profesión en el área de maternidad en salud para poder defender los derechos de los sujetos, como bien sostiene nuestra reglamentación profesional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, L. (1998). La génesis del servicio social y el “higienismo”. *Fronteras*, (3), 11-24.
- Acosta, L. (2000). *La mediación del “higienismo” en la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. San José de Costa Rica: Escuela de Trabajo Social de Costa Rica.
- Acosta, L. (2016). El proceso de renovación del Trabajo Social en Uruguay. *Fronteras*, (9), 29-45.
- ADASU (2001). *Código de Ética para el Servicio Social, Trabajo Social en Uruguay: Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay*: Montevideo.
- ADASU (2004) *Mesa de salud - Documento de trabajo*. Montevideo, Uruguay.
- Alayón, N. (2005). El Movimiento de Reconceptualización. Una mirada crítica. En Alayón, N. (comp) *Trabajo Social latinoamericano: a 40 años de la reconceptualización* (pp. 9-17). Buenos Aires: Espacio.
- Ayres, J. (1995). *Acción comunicativa y conocimiento científico en epidemiología: orígenes y significados del concepto de riesgo*. (Tesis de Doctorado inédita) Universidad de San Pablo.
- Barrán J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo I. El Poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Bauzá, J.A. (1927) El niño y la escuela. En *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*. Tomo II (2), 54-56. Montevideo. Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.
- Bentura, P. (2004). Trabajo Social, legitimidad y ampliación de ciudadanía. *Intervención profesional: legitimidades en debate*. Seminario Internacional, Maestría en Trabajo Social. Paraná, Entre Ríos, Argentina.

- Bentura, C. (2006). *Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico*. (Tesis de Maestría inédita) Universidad de la República.
- Blanco Acevedo, E. (1928, 18 de diciembre) Sepelio del Dr. Quintela. Montevideo, Uruguay.
- Bralich, J. (1993: *La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia*. Montevideo: Universidad de la República.
- Carballeda, A. (2007). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (2009). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Cazzaniga, S. (2002). Trabajo social e interdisciplina: la cuestión en los equipos de salud. *Margen*, (27), s/n.
- Danani, A. (2005). *Sexualidad y familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*. Buenos Aires: Noveduc.
- Danani, C. (2006). Politización: ¿autonomía para el Trabajo Social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano. *Katálisis*, 9 (2), 189-199.
- De Martino, M. y Ortega, E. (2019). Passado e presente do serviço social. Sobre as teses de precarização. En Yazbek, C. y Yamamoto, M. (comp) *Serviço Social na história: América Latina. África e Europa* (pp.188-216). São Paulo: Cortez.
- Donzelot, J. (1979). *La policía de las familias: familia, sociedad y poder*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.

- Foucault, M. (1978). *Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault*. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Foucault, M. (2008). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Gallo, L. E (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico*, (7), 3-8.
- Gavrila, C.C [2019]. I Conferencia Nacional de Asistencia Social y la formación de profesionales para la intervención (Argentina). En *Disputas por el Estado, la democracia y las políticas públicas*. XI Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional (JIDEEP), IETSYS FTS UNLP.
- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social: el control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Humanitas.
- Grassi, E. (1990) Profesiones femeninas: la reproducción de la desigualdad. *Serviço Social & Sociedade* (32), 96-144.
- Guerrini, E. (2009). La intervención con familias desde el Trabajo Social. *Margen*, (56), 1-11.
- Hospital de Clínicas (20 de mayo de 2023). *El hospital: historia, misión, y perfil*. <http://www.hc.edu.uy/>
- Iamamoto, M. (2002). *Trabajo Social y mundialización: etiquetar desechables o promover inclusión*. Buenos Aires: Espacio.
- Iamamoto, M. y Carvalho, R. (1997). *Relaciones sociales y Trabajo Social. Esbozo de una interpretación histórico-metodológica*. Lima: CELATS.
- Kruse, H. (1994). En procura de nuestras raíces. *Cuadernos de Trabajo Social* (3), 87-106. Montevideo: Universidad de la República.

- Lizano Vega, M. (2019). Salud pública: nuestro comportamiento individual es asunto social. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 28(1), 1-3.
- Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, (26), 40-55.
- Mainetti, J.A. (1987). La crisis de la razón médica. *Cuadernos Hispanoamericanos*, (446), 255-260.
- Martinelli, M.L. (1997). *Servicio Social: Identidad y Alienación*. São Paulo: Cortez
- Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 451-464.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber e ideología médica*. México: Alianza.
- Midaglia, C. y Antía, F. (2011). El sistema de bienestar uruguayo: entre la moderación reformista liberal y la ampliación de la responsabilidad estatal en el área de la protección social. En *Estado Benefactor y políticas sociales. Historia, implementación y reforma de programas sociales en Argentina, Chile y Uruguay*. (pp. 21-48). Montevideo: Biblios.
- Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. (Documento de Trabajo n° 33). Montevideo: UDELAR, FCS-DS.
- Mitjavila, M. (2016). Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida. En Caponi, S., Vásquez Valencia, M.F., Verdi, M. (comp). *Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância*. v. 1. (pp.133-146). São Paulo: Liberars.
- Mitjavila, M. y Echeveste, L. (1992). *La medicalización de la reproducción humana*. (Serie de Investigaciones n° 64). Montevideo: CLAEH.
- Ortega, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguayo en el período neobatllista (Tesis de Maestría). Rio de

- Janeiro/Montevideo: Universidad Federal de Río de Janeiro/Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7647>
- Ortega, E. (2011). *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del Servicio Social en el Uruguay (1955-1973)*.
Montevideo: CSIC, UDELAR. Biblioteca Plural.
- Ortega, E. y Mitjavila, M. (2005) El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica. *Katálisis*, 8 (2), 211-224.
- Ortega, E. y Vecinday, L. (2009) De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. *Fronteras* (5), 11-20.
- Rozas, M. (1998). *Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Salveraglio, F. (1951). *Tratado de Higiene y Medicina Preventiva*. Tomo II.
Montevideo: Rosgal.
- Saralegui, J. (1958). *Historia de la sanidad internacional*. Montevideo: Imprenta Nacional, Ministerio de Salud Pública.
- Sartre, J. P. (2004). *Crítica de la razón dialéctica. El método progresivo regresivo*. Tomo I. Argentina: Losada.
- Schiaffino, R. (1929) Organización médico-escolar en el Uruguay. En *Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia*, 3(1). 99-123.
Montevideo. Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.
- Stolkiner, A. (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. El Campo PSI. <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

- UDELAR, DGJ. (2015) *Ordenanza del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”*
<https://dgjuridica.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2016/04/Ordenanza-055>
- Uruguay, (2019, setiembre 11) *Ley n.º 19.778: Regulación del ejercicio de la profesión del Trabajo Social o Servicio Social.*
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19778-2019>
- Villar, H (2008). 55 años del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. *Revista Médica Uruguaya*, 24(3), 155-160.
<http://www2.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/567>
- Weisshaupt, J.R. (1985). *As funções sócio-institucionais do serviço social*. 2ª edição.
São Paulo: Cortez.
- Wilson, E.; Nowinski, A.; Turnes, A.; Sánchez Puñales, S.; Sierra Abbate, J.;
Tomasina, F.; Sonis, A. (2011). *Hospital de Clínicas de Montevideo: génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Bioerix.