
TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD



Docente. Lic. Elena Espíndola



**¿Qué debates ético políticos atraviesan
al Trabajo Social en salud hoy?**

La salud pública es institucionalmente un sector del Estado, y las/os trabajadora/es sociales nos desempeñamos mayormente en él. Por lo tanto, se instala allí la importancia del posicionamiento ético político en el juego de las determinaciones económico-políticas e ideológicas

**Como refiere
Laurel (2014)**

En el ámbito de la acumulación, el proyecto neoliberal aspira a abordar la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada de los fondos de salud". (Laurell, 2014: 4)

**En este sentido, resulta imprescindible
recuperar a Jaime Breilh, cuando nos
invita a pensar:**

la noción de determinación social de la salud, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizadados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista". (Breilh, 2013: 2)

Salud Pública:

¿Qué es en la práctica?

La salud pública puede ser definida o considerada como:

una ciencia, como un conjunto de disciplinas, como una serie de técnicas, como un sector político técnico del Estado, como un fenómeno social operado por una parte de la sociedad civil, entre otras cosas

Desde nuestra perspectiva, la salud pública es un sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes.

La salud pública no existe fuera del sector salud del Estado; lo que existen pueden ser críticas, alternativas técnico-ideológicas, etc., pero en tanto la salud pública es parte de la institucionalización de un sistema, operará necesariamente dentro del juego establecido de fuerzas sociales y políticas y por supuesto técnico ideológicas.

Esta conclusión no supone aceptar que esa debe ser la salud pública, sino asumir la existencia de este proceso para, a partir del mismo, poder pensar en otra posibilidad donde la salud pública no se reduzca al Estado, pero que tampoco suponga su irresponsabilidad.

Los comportamientos de la salud pública no deben ser considerados como episódicos, coyunturales o producto de un “mal desarrollo”, sino como sus formas sobre-determinadas de actuar. En consecuencia, **a continuación trataremos de exponer en forma sintética la estructura y funciones del MMH, dado que a través de éstas adquieren coherencia los comportamientos básicos de la salud pública.**



Estructura del Modelo Médico Hegemónico

Por MMH entendemos:

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1991).

El análisis de éste MMH supone el reconocimiento de tres submodelos: el modelo individual privado, el modelo corporativo “público” y el modelo médico corporativo “privado”



Una posible visión de la medicalización de la vida, según Maitena.

Características del MMG

**Concepción teórica mecanicista/
evolucionista/positivista**

**el paciente como responsable
de su enfermedad**

Biologicista

Ahistoricidad

**no legitimación científica de
otras prácticas**

Individualidad

**Salud/ enfermedad como
mercancía**

**tendencia a la medicalización
de los problemas**

**Relación médico/paciente
asimétrica**

**concepción del paciente como
ignorante**

**tendencia a la centralización y
planificación; burocratización;
disminución y evasión de la
responsabilidad**

Los **DETERMINANTES SOCIALES** son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas.

Algunxs autorxs señalan que los determinantes sociales pueden ser considerados “**las causas de las causas**” de las enfermedades, y de las condiciones precarias de vida y de la salud.

LOS **DETERMINANTES SOCIALES** “las causas de las causas”

- La pobreza estructural (vivienda y condiciones ambientales)
- Pobreza por ingresos (trabajo)
- Niveles educativos alcanzados
- Inequidad en la distribución del ingreso y de los recursos sociales disponibles en una sociedad determinada
- Relación entre la oferta de los servicios salud y la demanda de servicios de salud por parte de la población
- Condiciones de migración
- Condición étnica
- Condición de género e identidad de género
- Condiciones de religiosidad
- Pertenencia a grupos de minorías sociales o culturales
- Residencia urbano/rural
- Exclusión, vulnerabilidad y marginación

DETERMINANTES SOCIALES de la salud

La mayor parte de los **problemas de salud** se pueden atribuir a las **condiciones socio económicas de las personas**

En las políticas de salud predominaron soluciones centradas en el tratamiento de las **enfermedades**, sin incorporar intervenciones sobre las **causas de las causas**, como acciones sobre el entorno social.

¿Resultado?: Se mantuvieron las inequidades en salud y los problemas sanitarios

¿Por qué es importante considerar e identificar a los DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD?

Porque los determinantes sociales repercuten directamente en la salud

Porque los determinantes sociales de la salud interactúan en la generación de salud

Los determinantes sociales SON MODIFICABLES (están influenciados por los factores sociales y por lo tanto las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación

Proceso salud-enfermedad-atención – cuidados

Laurell (1986) afirma que el objeto específico de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana es el proceso de salud-enfermedad en su carácter social y biológico.

Esta consideración supera la mirada biomédica que define el problema de salud en términos de la enfermedad biológica del individuo desarticulándolo de la totalidad social.

En consecuencia, para entender las condiciones de salud de las poblaciones, es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran las sociedades humanas (Eslava-Castañeda, 2017).

El **proceso salud-enfermedad-atención** es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar.

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

Entonces, entendemos a la **salud como un fenómeno socio histórico y complejo**, que **atraviesa todos los aspectos de la reproducción social**.

Siguiendo el **enfoque de la Medicina Social/ Salud Colectiva** MS-SC consideramos fundamental **pensar la salud vinculada a los determinantes sociales, que explican las formas desiguales de vivir, enfermar y morir de los sujetos y las poblaciones**.

Las demandas de las personas y colectivos en relación a los procesos de salud enfermedad, atención y cuidado (PSEAC) de los que son protagonistas no se agotan en sus expresiones en instituciones abocadas a la salud.

Organismos estatales y comunitarios dedicados a la niñez, la violencia de género, la asistencia directa, al abordaje de las problemáticas de las personas en situación de calle, espacios educativos, quienes están privadas de su libertad, son algunos de los **escenarios en los cuales los padecimientos y las desigualdades sociales se manifiestan.**



Trabajo social y salud como un campo complejo



El ejercicio profesional se desarrolla en espacios complejos conformados por la interacción de múltiples dimensiones. La diversidad de los procesos visibles en las distintas matrices teóricas, los saberes acumulados a partir de nuestras experiencias profesionales, la capacidad de reflexión acerca del espacio disciplinar, nuestro objeto de intervención múltiple son algunas de las dimensiones a tener en cuenta para afirmar que el ejercicio del trabajo profesional del trabajo social tiene lugar en un campo complejo.

Cazzaniga, S. (2020) expresa que el Trabajo Social interviene, junto a distintas disciplinas, en los obstáculos presentes en las condiciones materiales y simbólicas para la producción y reproducción individual y colectiva de la población, en aquello que llamamos: lo social.

El ejercicio profesional se desarrolla en espacios complejos conformados por la interacción de múltiples dimensiones.

La diversidad de los procesos visibles en las distintas matrices teóricas, los saberes acumulados a partir de nuestras experiencias profesionales, la capacidad de reflexión acerca del espacio disciplinar, nuestro objeto de intervención múltiple **son algunas de las dimensiones a tener en cuenta para afirmar que el ejercicio del trabajo profesional del trabajo social tiene lugar en un campo complejo.** En este territorio se expresan las demandas de quienes pugnan por ser reconocidos.

Las trayectorias de pobreza y de falta de acceso a derechos son algunas de las características principales de las personas y colectivos con quienes trabajamos.

La desigualdad es una de las expresiones de la injusticia social, es causa de malestar y de exclusión y sus consecuencias son devastadoras.

La desigualdad social tiene su correlato, entre otras, **en la desigualdad en salud**. Entendemos a la **salud a partir de las consideraciones de Floreal Ferrara** sanitarista y político argentino para quien:

La salud se expresa correctamente cuando las personas viven comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque con ello deba respetar su situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.
(F,1975 en W, 1988)

En este sentido, en el marco de esta perspectiva, la salud y la enfermedad no se consideran de forma separada ni opuesta, sino como parte constitutiva de un mismo fenómeno del ciclo vital basado en una relación dialéctica e inseparable.

Es por ello que **consideramos prioritario reflexionar sobre la salud como un campo.**
La noción de campo implica una perspectiva relacional, una red de relaciones objetivas entre las diferentes posiciones que en dicho campo ocupan los agentes o instituciones, las cuales se hallan atravesadas por la distribución de poder o capital que se encuentran en juego en cada campo en cuestión.

**Pensar la noción de campo, nos permite pensar la complejidad
de la posición de Trabajo Social
dentro del campo de la salud**

Esto es posible identificarlo, por ejemplo, en las distintas concepciones sobre salud, sobre todo luego de la crítica de la medicina social hacia el paradigma del Modelo Médico Hegemónico (MMH), caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normalización, de control y de legitimación.

Cabe destacar que, para intervenir en los procesos de S/E/A es necesario incluir los componentes sociales, simbólicos y culturales cuyas diferencias y subalternidades se encuentran naturalizadas.

Desde la perspectiva de Eslava Castañeda (2017) **la idea de determinación social de la salud implica la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad, pero que además presupone como central la cuestión de la historicidad de los procesos y la forma en la que devienen los fenómenos.**



“las condiciones materiales de existencia determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos. Y estas condiciones están dadas por los patrones de producción y reproducción social y por ello estos son considerados determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad” (C, 2017: 399)

No incluir a los determinantes sociales que tienen incidencia en los procesos antes mencionados, amplía de forma notoria las desigualdades en el acceso a los derechos y entre ellos a la salud

Encontramos autores (López: 2016, Hernández: 2012) quienes realizan un aporte muy interesante para pensar acerca de la desigualdad y la inequidad en salud:

Cabe resaltar que las desigualdades en salud hacen referencia sólo a la descripción de las diferencias o disparidades entre indicadores, pero nada nos dicen acerca si éstas son injustas o no. De hecho, no todas las desigualdades en salud son injustas porque, y como nos recuerda Berlinguer, no podemos negar las imprevisibles combinaciones genéticas, las biografías de los sujetos y las libres elecciones de individuos que nacen y crecen diferentes (Lopez, 2016,p. 23)

No obstante cuando estas desigualdades son evitables, injustas o producto de trayectorias de subordinación tanto de los colectivos como de los sujetos, esas desigualdades pueden ser consideradas como inequidades.

La **inequidad** es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o **sistema de valores**. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la **justicia**, de manera que **la inequidad es una desigualdad considerada injusta**.

Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad
(Hernandez, 2012 en Lopez, S., 2016, p.20)

Las causas dinámicas, históricas sociales y culturales de estas inequidades pueden ser comprendidas a partir de las determinaciones y los determinantes sociales. En este sentido, entendemos a los determinantes sociales, a partir de los aportes epistemológicos de Benach y Muntaner (2009) como aquellos que:

“conforman un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública”.

Les autores advierten que el concepto reconoce que “enfermamos y morimos en función de la desigual forma en la que vivimos, nos alimentamos y trabajamos”

Por ello resulta importante interpelarnos sobre estas cuestiones que se presentan en las intervenciones profesionales del TS para la puesta en marcha de una tramitación político institucional profesional en el abordaje de la problemática.



¿Cuál es el quehacer profesional del Trabajo Social en el campo de la salud?



El sistema de salud argentino ha requerido históricamente la inserción de lxs trabajadores sociales con fines específicos –en términos de la división socio-técnica del trabajo-: los de posibilitar la articulación de las necesidades de lxs usuarixs con el sistema de políticas socio-sanitarias para posibilitar el acceso a la salud desde una mirada integral.

El Trabajo Social especializado en el campo socio-sanitario centra su accionar hacia:

- La construcción de diagnósticos que contemplen una mirada social de los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado (PSEAC).
- La identificación de necesidades de salud de la población y su articulación con políticas sociales estatales, así como con recursos disponibles en el tercer sector y en el ámbito privado.
- La realización de acciones de promoción, prevención, seguimiento, rehabilitación y cuidados, que tiendan a fortalecer la eficacia y eficiencia de las políticas sociales y sanitarias para con la población usuaria a la que se asiste.
- La definición de estrategias de intervención sanitarias vinculadas a la distribución de acciones y construcción de acuerdos entre los distintos actores que aportan a los PSEAC de les usuaries: servicios de salud, familiares y referentes afectivos, instituciones territoriales, entre otros.

La intervención del Trabajo Social en los diferentes efectores y/o dispositivos de salud, colabora a debatir e interpelar, en lo cotidiano del ejercicio profesional, el modelo médico hegemónico de la salud, aportando a la valoración de la salud una perspectiva multidimensional, e interviniendo en **clave colectiva territorial**, generando prácticas superadoras.



problematizar las intervenciones del equipo de salud en **clave territorial** desde una **“intervención situada”**, **introduce lo dinámico, complejo, particular de cada “sujeto usuari@”** y su situación, debate la idea de respuestas homogéneas, estáticas y fragmentadas, **otorgando mayor sustento a debatir lo dado y la atención sanitaria desconectada de los otros componentes de la vida cotidiana.**

entonces

Lxs trabajadorxs sociales participan en los procesos de producción de salud integral, a partir de comprender e intervenir en las diversas expresiones de la cuestión social que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, en el marco de las determinaciones sociales de la salud configuradas en el sistema capitalista hétero-cis-patriarcal y las desigualdades que le son inherentes, considerando la intersección de múltiples dimensiones que condicionan el modo de vivir la salud.



Para ello, **desarrollan la capacidad teórica, ético política e instrumental en procesos de intervención profesional**, enmarcados en las perspectivas de derechos humanos, de género y de interculturalidad, desplegando una mirada crítico-reflexiva del campo de la salud y de las respuestas históricamente configuradas por el Modelo Médico Hegemónico (MMH).



Cabe destacar que **lxs trabajadorxs sociales participan en un proceso formativo con otras profesiones, que le permite un diálogo con esos saberes desde un conocimiento común.**

El cotidiano profesional comparte durante años **espacios únicos de intercambio** (reuniones de equipo, mesas de trabajo, ateneos, pases de sala, ateneos de casos y/o situaciones problemáticas, consultorios interdisciplinarios, guardias, comités, comisiones, entrevistas familiares, partes informativos de la situación del paciente a familiares y/o red de sostén, comunicación de “malas noticias”, seminarios, jornadas, congresos, Consejos Asesores Técnicos Administrativo, etc.), **que permiten compartir y construir códigos, enunciados del lenguaje que son propios del campo sanitario.**

El Trabajo Social en el campo de la salud:

participa y promueve procesos de educación permanente y de revisión crítico-reflexiva de la práctica, propiciando la investigación y producción de conocimiento, contribuyendo en estudios epidemiológicos que puedan ser insumo de la política socio-sanitaria.

Es decir, mediante el registro y reconstrucción analítica de su práctica, **aporta conocimiento del impacto del PSEAC** en la población, **describiendo, analizando los determinantes sociales desde la epidemiología crítica**, pudiendo influir en la **implementación de la política sanitaria e introducir conocimiento para el diseño mismo de estas.**

El perfil del TS se construye en consonancia a la Ley Federal que regula el ejercicio profesional, N° 27.072/14 y las leyes provinciales, que dan marco normativo al desempeño de la profesión, como así también los contenidos curriculares de los programas de formación de residencias y concurrencias en sus distintas experiencias federales.

Bloques propios de la especialidad en el campo de la salud:

- Salud colectiva
- Campo y sistema de salud: estructura, lógicas y conceptos.
- Configuración socio-histórica del sistema de salud argentino.
- Atención primaria de la salud (APS) y salud comunitaria.
- Proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado desde las determinaciones sociales de salud.
- Desigualdades sociales y salud.
- La experiencia de enfermar.
- Trayectorias e itinerarios terapéuticos.
- Apoyos familiares, territoriales y comunitarios.
- Enfoque de derechos en la atención en salud.
- Redes en salud.

Políticas Públicas:

- Políticas de salud
- Políticas sociales
- Políticas y economías de cuidados
- Organización social del cuidado/redes de cuidado.
- Políticas de género
- Interseccionalidades en la política pública

Metodología de la intervención:

- Perspectiva de derechos humanos
- Perspectiva de género
- Perspectiva intercultural
- Abordajes territoriales
- Estrategias de comunicación equipo de salud – población
- Tácticas operativas (observación, entrevista, registro, etc.)
- Dispositivos grupales
- Técnicas e instrumentos de registro
- Trabajo interdisciplinario
- Sujetos colectivos (organizaciones y movimientos sociales)
- Articulación interinstitucional e intersectorial
- Interconsulta y derivación protegida

Posibles campos de intervención:

- Violencias por motivos de género
- Diversidad y disidencia sexual
- Derechos (No) reproductivos y sexuales
- Derecho a decidir: interrupción legal del embarazo (ILE) – interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
- Salud mental y consumos problemáticos
- VIH e ITSs
- Migración
- Salud ambiental
- Hábitat
- Cuidados paliativos
- Adultxs mayores/vejececes
- Niñez y adolescencia / juventudes
- Promoción del derecho al juego y la lectura
- Enfermedades infectocontagiosas
- Población en situación de calle
- Trata de personas, explotación sexual y laboral
- Promoción de la salud comunitaria

Estos escenarios se
configuran como espacios de
tensión y puja

En estos escenarios
transcurren las intervenciones
Sociales

La emergencia de un sujeto “inesperado” en las instituciones de salud (Carballeda, 2012)

La enfermedad como problemática social compleja, dialoga con la vulneración derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo Y muchas veces dentro de un estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro de LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

Así, el sujeto que se presenta en los servicios asistenciales de salud, se constituye como “inesperado”. Un sujeto que las instituciones, a veces no pueden comprender a partir de su constitución desde complejas circunstancias y climas de época. La respuesta institucional en muchos casos pasa del azoramiento, al rechazo, producto posiblemente de la extrañeza y el temor que causa lo diferente.

**POR ESO ES
IMPORTANTE
CONSIDERAR**



La intervención en lo social en tanto aplicación de la Política de Salud como Política Social, puede ser entendida como una oportunidad que entrelaza; la Protección, el Lazo Social y los Problemas sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades

En este aspecto, la Intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas del campo de la salud tienen la oportunidad de alejarse del lugar de lo normativo, para aproximarse al de los derechos. La Intervención en lo Social como derecho, se vincula con el crecimiento y nuevo perfil de demanda a esta disciplina.

En definitiva una manera de concebirla donde se ligan el derecho a ser asistidx, a recibir algo más que una prestación o un subsidio, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra, en definitiva; a ser "visible".



Todas estas cuestiones llevan a definir a la intervención en lo social desde la reflexión ética, es decir **revisar desde dónde y para qué se interviene.**

La **intervención** se presenta de esta manera como **un lugar de construcción de nuevas preguntas, de agenda pública**, pero especialmente como **lugar de encuentro entre lo macro y lo micro.**

En definitiva:

pensar a la **Intervención como nuevo lugar para la palabra, dentro de un proceso de análisis** que inevitablemente se desliza hacia la construcción de acontecimiento **que actúa como analizador donde lo social y lo cultural develan su dimensión oculta.**

Una **intervención desde un pensar situado en América Latina** que facilite el despliegue de nuestras historias comunes.



Las comunidades del Tercer Malón de la Paz izaron wiphalas en el Monolito durante un acto en conmemoración de los dos meses de la represión sufrida en Purmamarca, 2023