CAPÍTULO 6
La Intervención del Trabajo Social en el Campo de la Salud. Apuntes Para la Introducción a una Mirada Compleja

María Cecilia Nogueira y Galia Analía Savino

En el siguiente capítulo nos interesa hacer foco en la relación que existe entre la intervención profesional del Trabajo Social y la promoción y la restitución de los derechos en el campo de la salud desde una mirada compleja.

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 privades 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

Como profesionales del trabajo social desarrollamos nuestro ejercicio profesional 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*. Por otrolado la intervención de

les trabajadores sociales se da en instituciones público - estatales y público societales que intentan administrar la sociedad. En este territorio se expresan las demandas de quienes pugnan por ser reconocides.

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. Les profesionales que trabajamos en políticas de restitución de derechos vemos consumida la nuestra energía personal e institucional en el actuar sobre los resultados que requieren de intervenciones urgentes. Entendemos que son acciones imprescindibles, pero obturan a veces, la lucha de fondo que se da por abajo, en la base de la sociedad en relación a la injusta distribución de la riqueza y la desigualdad social.

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 el hombre vive 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 les 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 “el funcionamiento de las relaciones sociales, además de no ser transparentes, dota a las personas de ideas y percepciones que las convierte en receptores sumisos por vía de la naturalización espontánea de las estructuras de dominación” (B, 2008: 28). Pensar la noción de campo, nos permite pensar la complejidad de la posición de Trabajo Social dentro del campo de la salud, que con intereses específicos disputa por la apropiación, manejo y sentido del capital en juego en este campo. 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 Medico 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. Aquí, podemos dar cuenta de distintos procesos sociales que pujan por intereses contrapuestos, donde aquelles que resultan ganadores de esta disputa intentan mantener la jerarquía (Cazzaniga, 2020). El predominio disciplinar de la profesión médica pretende la colonización hacia otras profesiones y notablemente al trabajo social. No obstante, desde el trabajo social se han generado estrategias de legitimación de la acción profesional. De esta manera, es posible reconocer, en el posicionamiento actual de la profesión, una clara defensa por la autonomía profesional, de la puesta en el juego de capacidades de actuar por uno mismo y no de ser actuado.

Nebra y Heredia (2019), reflexionan en torno a las características e interrogantes que surgen en la búsqueda de la jerarquización del Trabajo Social, desde una perspectiva de género y tomando como punto de partida dos elementos: la historia del trabajo social como profesión feminizada como una explicación a la subalternidad, (asociando la profesión al voluntarismo, la caridad, la filantropía y sesgos de género); y las condiciones materiales de precarización de nuestros escenarios laborales, en tanto profesionalización altamente precarizada.

La asimetría de poder existente entre los saberes, ubica al Trabajo Social como un saber femenino, y por ende, con menos prestigio, lo que se traduce en desigualdad de las condiciones laborales; agravadas por las desigualdades propias de la división sexual del trabajo y del saber, impuestas por la sociedad androcéntrica. El carácter feminizado del trabajo social, destaca la participación de las mujeres con un componente voluntarista (vinculado también al rol que juegan la Iglesia y el Estado) y, por otro lado, destaca un componente subalterno en cuanto a la relación de auxiliaridad técnica y social que se le destina a la fuerza de trabajo femenina. Las condiciones laborales subalternas también son un elemento característico de la profesión, al estar el Trabajo Social históricamente asociado con saberes vinculados a lo femenino lo cual en el sistema patriarcal lleva a menor prestigio académico y laboral. Existe entonces una estrecha relación entre los dos elementos antes mencionados.

El entramado de conflictos en el campo, tiene que ver con un conjunto de relaciones asimétricas que se dan no solo en la relación agentes-usuaries, sino también entre les agentes. 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. Y desde la propuesta dialéctica y relacional de la medicina social latinoamericana se sume que la sociedad actúa como totalidad que determina la acción individual. En suma, el planteo desde los aportes teóricos del autor es que “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). Lo

cual debe entenderse como un proceso dinámico y contradictorio. López Arellano (2013), por su parte, sostiene que tanto la categoría de determinación social de la salud como de la determinantes sociales, forman parte del paradigma contra hegemónico de la salud colectiva y la medicina social, al conformarse la determinación social de la salud como una perspectiva, y los determinantes sociales de la salud como sus expresiones concretas, centradas en un marco teórico-metodológico que ha permitido, a partir de profundizar en el conocimiento, comprensión e interpretación de la multidimensionalidad de estas determinaciones, trazar la reconstrucción compleja de la totalidad histórico-social que atañe a los procesos salud enfermedad de los colectivos humanos.

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 les sujetes, 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 (Hernardez, 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” (p. 22). 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” (Benach y Muntaner, 2009,p.

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

Políticas sociales, accesibilidad y pandemia: tensiones en el ejercicio profesional

La irrupción de la pandemia no hizo más que activar y cristalizar una estructura de conflictividades políticas acumulada por varios años. En los primeros meses del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) se generaron una serie de problemas en relación a la gestión de la provisión del dinero y su uso efectivo. Si bien es importante remarcar que hubo un intento por parte del gobierno por desplegar medidas de transferencia de ingresos y garantía para enfrentar la crisis, estas respuestas llegan a destiempo y son insuficientes para cubrir las necesidades básicas y garantizar derechos. Sabemos que las políticas sociales que parecen meras transferencias monetarias, están cargadas de connotaciones morales negativas y estigmatizantes, que al mismo tiempo legitiman o deslegitiman formas de vida "(…) este tipo de clasificación de las poblaciones meta de las políticas sociales, al mismo tiempo en que las divide y fragmenta, tiene como objetivo controlarlas y etiquetarlas, de esta forma las aísla y las caracteriza como tal" (F, 1980:37-38). Dicho esto, son precisos los aportes de Fernández Soto y Tripiana (2009) las autoras enfatizan en que las intervenciones por parte del Estado "se realiza bajo un fuerte proceso de parcialización, residualización y fragmentación de la cuestión social que se traduce en múltiples programas específicos" (p. 127).

El Ingreso familiar de emergencia (IFE) de 10.000 pesos para trabajadores informales y monotributistas, junto con bono adicional de 3.000 pesos a les trabajadores que percibían planes sociales y un bono equivalente a una asignación para quienes perciben la Asignación Universal Por Hijos para la Inclusión Social (AUH), las tarjetas alimentarias, el congelamiento de alquileres y la suspensión de desalojos de viviendas, el postergamiento de los créditos de ANSES, han sido medidas acertadas, sin embargo fueron iniciativas que apenas permitieron la supervivencia. La tarjeta de asistencia alimentaria AlimentAR presentó dificultades, fundamentalmente asociadas a la aceptación de este medio de pago por parte de los negocios "de cercanía" muchos de los cuales habían ya remarcado precios de bienes de consumo básico.

Cabe considerar, que la implementación de dichas políticas, conllevó un esfuerzo por parte de organismos del estado y organizaciones sociales en los territorios para garantizar la accesibilidad.

Nos parece importante generar una aproximación a la definición de accesibilidad, entendida por Stolkiner y Comes (2004) como un concepto relacional, sobre la idea de la existencia de actores, usuaries y el sistema de salud, en la que, tanto unes como otres, tienen la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. En la misma línea de análisis, Landini (2014) recupera la noción de accesibilidad entendiéndose como "un proceso de articulación conflictiva entre demanda y oferta en salud" (p. 231). El autor hace foco en la noción de accesibilidad cultural, la cual es

analizada como un espacio conflictivo en el que se articulan prácticas y marcos de sentido diferentes: el de los profesionales y les usuaries. Es en este sentido que entendemos a la accesibilidad como un concepto relacional ya que se refiere “al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar la articulación entre ambos.” (p. 232). Es por ello fundamental identificar las barreras de acceso entiendiéndolas como los factores (psico-socio-culturales) que pueden obstaculizar la relación entre les usuaries y los servicios que demandan.

En relación a la pandemia por Covid-19, los sectores más vulnerables, una vez más, vieron obstaculizado el acceso a la gran mayoría de las políticas sociales puesto que era necesario un dispositivo digital e internet. Como consecuencia de ello se visualizaron aún más las desigualdades de los sectores más empobrecides

> El nivel de ingresos es una barrera importante porque a menor capacidad económica el aislamiento digital es mayor. Aún cuando se tiene conexión, los dispositivos que se suelen usar en sectores en situación de vulnerabilidad son frecuentemente de baja calidad, además de que disponen de unidades muy limitadas con respecto al número de integrantes de los hogares (Ageitos; López; Savino, 2022,p. 2)

En cuanto a las barreras geográficas, podemos identificar que, pueblos y ciudades pequeñas quedaron aisladas durante el ASPO, sin poseer cajeros con fondos disponibles para hacer uso de los recursos económicos que el Estado había puesto a disposición.

Las políticas sociales se presentan como compensaciones a las mejoras en las condiciones de vida de la población. Es interesante en este sentido compartir las reflexiones de López, X. (2022)

> la noción de concesiones estatales implica orientar las intervenciones en una relación bipolar donde el estado brinda un “beneficio” a aquella porción de la población que sufre alguna carencia y/o que no logran satisfacer sus necesidades materiales de reproducción – parcial o totalmente- por la compra/venta de los bienes y servicios en el mercado. (…) Este proceso oculta la trama de relaciones complejas que se articulan en torno a los intereses antagónicos entre las clases (López, X. 2022.p. 37).

Para la autora las estrategias estatales dirigidas a la de la población bajo la línea de indigencia están marcada por la asistencialización y la combinación de políticas de ajuste.

Sabemos que cuando en los grupos sociales esas distintas dimensiones de desigualdades se superponen, los niveles de discriminación y exclusión son mayores: pobre, negro, mujer, colectivo LGTBIQ+, migrantes, personas con discapacidad, personas de la tercera edad, etc. Y, generalmente son estas personas las que demandan las intervenciones de Trabajo Social. En este aspecto les trabajadores sociales conocemos de primera mano las condiciones de vida y muchas de las estrategias que estas poblaciones realizan diariamente para vivir - sobrevivir.

Les usuaries nos consideran como quienes pueden ajustar la brecha que los separa de los recursos que necesitan, materiales, simbólicos y económicos. Por otro lado, destacan la capacidad de escucha y valoran los encuentros respetuosos que promueven derechos y expresan necesidades habitacionales, asesoramiento, de alimentación o de diferentes elementos. De alguna manera, al presentar la demanda, les usuaries consideran que la institución y la sociedad cuentan con los recursos para cubrir las necesidades y en ocasiones suelen trasladar esta demanda convertida en exigencia a les profesionales quienes los reciben en los diferentes servicios

> Es en este contexto y en la singularidad de cada situación de intervención, donde el sujeto que emerge no es el esperado por los viejos mandatos institucionales. Ese otre, que muchas veces recibe la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado. (Carballeda A. 2008 citado en González Seibene A., 2011)

Las personas que llegan a la institución tienen que parecerse al sujeto esperado por esta. Debe tener cierto perfil, cumplir con ciertas características y llegar con demandas muy específicas que responden a la misión institucional. Esto resulta en constantes prácticas de derivaciones institucionales que terminan por fragmentar aún más al sujeto y a los colectivos: en estos procesos la mirada compleja parece estar ausente. Por otro lado quienes están en situación de pobreza deben serlo de forma extrema, además de ser agradecidos, dóciles y receptivos de todas las sugerencias, muchas veces violentas y los sectores medios quienes, producto de un modelo de país excluyente y expulsivo vieron cercenadas sus posibilidades de una vida digna, son vistos como esos sujetes no esperados. No hay un espacio para elles: la institución que con sus cimbronazos funciona les dice que allí no hay lugar para hospedarles.

Entendemos que la relación entre les trabajadores sociales y usuaries no es transparente ni simple: está vinculada de la representación que tienen en torno al trabajo social, a quienes demandan, a las competencias institucionales y a la propia construcción en términos de exigibilidad de derechos. Sí acordamos en relación a que somos la última cara de estado: en el imaginario está el hecho de que somos quienes vamos a resolver los problemas de acumulación de desigualdades a las que han estado expuestos. Pero por otro lado es interesante mencionar las precarias condiciones sociolaborales en las que encuentran colegas que asisten a personas en extrema situación de vulnerabilidad y de exclusión.

Acordamos con Patricia Digilio (2020) quien manifiesta

> Nadie puede tampoco decir con autenticidad que este virus de la revelación ha venido a mostrarnos lo despiadado, desigual y cruel de un mundo que es nuestra responsabilidad. Ciertamente que el anuncio de este descubrimiento no es más que el gesto de impostura de quienes se han servido de esa desigualdad. Se hacen los sorprendidos, en plan de impunidad, al contemplar su propia obra. Porque ya lo sabíamos, y lo sabíamos muy bien. Conocemos las injusticias y

> las desigualdades con las que habitamos un cotidiano abrumador. Las conocemos, las tenemos presentes ya por atravesarlas con mayor o menor intensidad ya porque es una canallada soslayarlas. (Digiglio, 2020, p. 55)

Es indudable que nuestra profesión históricamente ha cumplido un papel en defensa, en promoción y en restitución de los derechos. Por su parte, el Trabajo Social es una profesión que interviene de cara a la realidad, donde la urgencia de las demandas sociales y el tipo de estructura institucional en el que se inserta configuran un escenario contradictorio que se muestra excesivamente simple si las respuestas profesionales son inmediatas y a la vez acríticas.

Es nuestro quehacer profesional abocarnos al tratamiento de políticas sociales desde un enfoque de derechos. Este es objeto de avance y retroceso en el abordaje de las múltiples problemáticas de los sectores vulnerados. El diseño de las políticas sociales, concebidas como parte de obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos, posibilita enfoques más amplios a la intervención del Trabajo Social.

Algunas Reflexiones para Seguir Pensando(nos)

Reconocer la protección social en el sentido más amplio como derecho humano fundamental supone dejar entrar por la puerta grande a la asistencia que tienen que ser colocadas y sometidas a discusión en términos de derechos. El enfoque de derechos desde el cual interviene el trabajador social impacta en su práctica profesional y en las prácticas de los distintos actores del campo

Tal vez el proceso de la pandemia nos permita hacer un lugar para poner en discusión nuestros saberes advirtiendo quizás que muchas de las categorías y de los conceptos con los que trabajamos ya no son suficientes para explicar y comprender el arrasamiento de situaciones individuales y colectivas en el contexto global.

Recorrer la incertidumbre y reconocer nuestra vulnerabilidad puede posibilitarnos la identificación de algunos puntos de partida y ejes de intervención para lo que viene luego de la pandemia. Compartir dudas y problematizaciones pueden ser elementos valiosísimos que nos habiliten espacios para pensarnos y para no ser pensados por otres. Reconocer el derecho a la asistencia en un sentido integral es más urgente que nunca e implica comprender que quienes demandan asistencia no cuentan, por las características de un sistema social escandalosamente desigual, con las posibilidades para un profundo despliegue de sus potencialidades que, entre otras cosas, les permita satisfacer autónomamente sus necesidades y vivir la vida que para las personas tiene valor.

Referencias Bibliográficas

Ageitos, P.; López, S.; Savino, G. (2022). Reflexiones acerca de la accesibilidad de las Políticas Sociales, el rol de la organización institucional con anclaje comunitario. En: *Red Interuniversitaria de Posgrados en Políticas Sociales (RIPPSO). Primer congreso argentino de políticas sociales*. En prensa

Benach, J. y Muntaner, C. (2009). La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo. En: *Ecología Política: No. 37,* junio de 2009, Barcelona.

Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico.* Siglo XXI, Buenos Aires.

Cazzaniga, S. (2020). La intervención profesional de las y los trabajadores sociales. Posiciones y problematizaciones para el debate. En González, D. (comp.) Actuaciones profesionales en trabajo social. Paraná: Editorial Fundación La Hendija.

Digiglio, P. (2020). Apuntes sobre otros escritos.El pensamiento que se llevó la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social* - Artículos Centrales. Año 10 - Nro. 20

Eslava Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del PSE. En: R*ev. Salud Pública. 19 (3): 396-403.* Bogotá. Colombia.

Faleiros Vicente de Paula (1980). A Política Social do Estado Capitalista. Cap. IV. En Borgianni, E. y Montaño, C. (Orgs.) 1999. *La Política Social hoy*. São Paulo, Cortez Ed, Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social.

Fernández Soto, S.; Tripiana, J. (comp) (2009). *Políticas Sociales, trabajo y trabajadores en el capitalismo actual. Aportes teóricos y empíricos para una estrategia de emancipación*. Bs. As.: Espacio Editorial.

González Seibene, A. (2011) Conocimiento, intervención, transformación. En: Cazzaniga Susana (comp) *Entramados conceptuales en Trabajo Social. Categorías problemáticas en la intervención profesional*. Paraná. Fundación la Hendija ISBN 9 8 -987 -180-9-0

Jelin, E.; Motta, R.; Costa, S. (2020). *Repensar las desigualdades*. 1ra ed. –Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI.

Landini, F. y col. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. En Cad. Saúde Pública 30(2):231-244. Rio de Janeiro.

López Arellano, O. (2013). Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: *Divulgaçao em saude para debate*. Nº 49:150-156. Rio de Janeiro. Brasil.

López, S. (2016) De qué hablamos cuando decimos Medicina Social-Salud Colectiva Cap.1. En Libro de Cátedra *Problematizando la Salud*. EDULP. Disponible en : http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/57874

López, X. (2022) Trabajo Social y Política Social: itinerarios de su relación en Ximena López (comp). Política Social y Trabajo Social: Fundamentos y Debates Actuales. Colección Debates en Trabajo Social. Colegio de Trabajadores Sociales. Pcia. de Bs. As.

Nebra, J. y Heredia, C. (2019). ¿Por qué nos proponemos jerarquizar el trabajo social? Reflexiones sobre la profesión desde una perspectiva de género. En *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social Año 9, Nº 17.* UBA.