



Universidad
Nacional
de Córdoba

La legitimidad del trabajo social en equipos de salud interdisciplinarios

Tesis presentada para la obtención del título de Magíster en Trabajo Social

Junio de 2015

María Celeste Bertona

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social
Maestría en Trabajo Social - Mención en Intervención Social

TESIS

**“La legitimidad del trabajo social
en equipos de salud interdisciplinarios”**

**Tesis para aspirar al título de Magíster en Trabajo Social
con mención en intervención social**

DIRECTORA: Nora Aquín.

TESISTA: María Celeste Bertona.

Córdoba, Junio 2015

A Martín, por su amor generoso;
A Francisco, Joaquín y Emilia, por su paciencia impaciente;
A mi mamá y mi papá (donde quiera que él esté), quienes me enseñaron con su ejemplo
que la formación constante es un imperativo ético de la práctica profesional.

AGRADECIMIENTOS

A los compañeros de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba, quienes con su disposición permitieron la reflexión y el análisis. Especialmente a mis colegas, compañeras cotidianas de disputas por mejorar nuestra posición en el campo de la salud municipal.

A María Elena, quien supo dar ese empujón necesario.

A Nora, por su confianza y minuciosa orientación en la dirección de esta tesis, pero fundamentalmente por ser siempre una *maestra* en mi ejercicio profesional.

A mis hermanos Soledad y Pablo, quienes pusieron en juego sus conocimientos para hacer un aporte a esta producción.

A Perla y Silvia, quienes alentaron desde sus afectos y permitieron que el tiempo sea mejor tiempo.

*“Para cambiar el mundo, es necesario cambiar la manera de hacer el mundo,
es decir la visión del mundo y las operaciones prácticas
por las cuales los grupos son producidos y reproducidos”.*

Pierre Bourdieu, “Cosas Dichas”, 1988

INDICE

CAPÍTULO I – Introducción	8
Planteamiento del Problema	9
Justificación	10
Objetivos	12
Estado de la cuestión	12
CAPÍTULO II – Consideraciones teóricas	16
La legitimación de las profesiones	16
Sobre el concepto de legitimidad	21
La legitimidad del trabajo social	25
Vinculaciones entre diferentes campos del conocimiento	30
En torno al concepto de interdisciplina	33
Interdisciplina en equipos de salud	37
CAPÍTULO III – Consideraciones metodológicas	42
Tipo de estudio	42
Población y muestra	43
En relación a la información de fuente secundaria	44
En relación a las entrevistas semi-estructuradas	46
CAPÍTULO IV– Trayectoria y constitución de la DAPS	48
La racionalización de las prácticas de intervención social	48
Hacia una política pública sanitaria	53
“Los periféricos”	55
CAPÍTULO V– Los primeros servicios sociales: “... para eso hubo que andar bastante”	61
La configuración del espacio profesional. Entre la heteronomía y la resistencia al modelo médico hegemónico	67
CAPÍTULO VI – Texto y contexto del Proceso de incorporación del trabajo social a la DAPS	76
Las decisiones heterónomas: las incorporaciones de trabajadores sociales en el período neoliberal	77
La descentralización de 1981	79
La descentralización del Gobierno de Ramón Bautista Mestre	81
Los proyectos implementados con financiamiento internacional	83
Decisiones autónomas: la incorporación de trabajadores sociales en el	

período post-convertibilidad	89
Gestión de Luis Juez: la incorporación como decisión política	91
Gestión Giacomino: la Dirección Colegiada	97
Gestión de Mestre (h): nuevas reglas de juego	102
CAPÍTULO VII – La legitimidad del trabajo social	107
Procesos de legitimidad al interior de la DAPS	110
Particularidades del proceso de legitimación del trabajo social en DAPS	112
<i>“Hay una producción impresionante”</i>	119
CAPÍTULO VIII - El lugar del trabajo social en la política sanitaria	129
Política sanitaria del primer nivel de atención municipal	129
Los programas institucionales	136
CAPÍTULO IX – Conclusiones	145
Referencias bibliográficas	153
Otras fuentes consultadas	159

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN¹

La decisión de indagar en relación a la legitimidad del trabajo social en equipos de salud interdisciplinarios es el resultado de mi dificultosa y conflictiva apuesta profesional a construir estrategias de intervención que abordaran los problemas sanitarios desde una perspectiva integral. Esto me llevó, necesariamente, a pensar y profundizar el concepto de interdisciplina y a comprender que para su construcción debía inicialmente no sólo promover relaciones más igualitarias entre las profesiones sino conocer cuál es el aporte específico que el trabajo social realiza a ese equipo de trabajo conformado por otros (por cierto, con otras trayectorias y posiciones).

En esta búsqueda distingo que la intervención del trabajo social es colocada permanentemente en un lugar auxiliar de la disciplina médica tanto por diseñadores como por operadores de políticas sanitarias; adscribiéndosele tareas operativas, de atención *directa* con la población, ligadas al *hacer*, y delegándosele tareas exclusivamente operativas e instrumentales que la colocan en un lugar subsidiario, también, respecto al desarrollo teórico sobre la salud.

Pero como la configuración de todo campo se construye históricamente y las relaciones en su interior sufren constantes redefiniciones, también identifico que en el campo de la salud cada profesión desarrolla estrategias individuales y colectivas para conservar o mejorar su posición e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus intereses, lo que está directamente vinculado con la distribución del capital específico que se disputa y con la percepción que se tiene del campo, por lo que –en la construcción de la interdisciplina en el campo de la salud- se ponen en juego mucho más que saberes disciplinares.

En este sentido, un grupo importante de profesionales de Trabajo Social desarrollamos estrategias tendientes a construir un lugar propio y legitimado, a ampliar la capacidad de argumentar las intervenciones profesionales, posicionándonos con autonomía relativa para decir, conocer, diseñar, hacer y construir... ya que, como dice Cazzaniga (2002, párr. 34), “son las prácticas sociales diferentes las que logran remover las representaciones sociales, por lo que las prácticas profesionales fundadas y coherentes permitirán recuperar desde otro lugar a Trabajo Social en un equipo de salud”.

¹ Preciso aclarar mi compromiso con las luchas por lograr relaciones simétricas de género. Sin embargo, esta posición aún no ha encontrado una adecuada resolución en nuestro idioma; por ello, y a fin de evitar la sobrecarga y errores producidos por la duplicación o/a, empleo el lenguaje clásico y dejo constancia de que tales menciones representan siempre a varones y mujeres.

En la confrontación de miradas teóricas, de perspectivas disciplinares y del desarrollo de prácticas, se identifica un complejo proceso de adjudicación-asunción que pone en constante tensión y conflicto la construcción de la identidad del trabajo social al interior de los equipos de salud interdisciplinarios, en tanto es el “conjunto de rasgos distintivos que caracterizan a quienes ejercen una profesión determinada (y que) estructura una imagen social a través de la cual la sociedad ‘mira’ y reconoce a los profesionales” (García Salord, 1991, p.21). En este sentido, dice García Salord (1991, p.21), que “la identidad es un referente de legitimación y deslegitimación”.

Por ello, en el presente trabajo indago sobre la legitimidad del trabajo social al interior de equipos de salud interdisciplinarios, precisando las particularidades que se manifiestan en la Dirección de Atención Primaria de la Salud (de aquí en adelante DAPS) de la Municipalidad de Córdoba, lugar en el que desarrollo mi intervención profesional. Pero las razones que impulsan a indagar un tema no son unívocas: también me generó inquietud el saber –como lo saben todos en la institución- que hasta el año 2003 o 2004, la jornada laboral comenzaba en la oficina de servicio social central con el rezo del rosario. El interés entonces, se multiplicaba: ¿Qué procesos tuvieron lugar en el pasaje entre aquel equipo que rezaba y este que construyó legitimidad y lucha cotidianamente por entablar relaciones simétricas con el conjunto de las profesiones involucradas en un quehacer común?

Para ello, realicé un estudio de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo, que permitió construir los significados respecto al espacio disciplinar del trabajo social y la legitimidad de la intervención que tienen los mismos profesionales de servicio social, cómo la significan otras profesiones miembros del equipo de salud y los funcionarios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba, en tanto empleadores de dicha profesión.

Planteamiento del Problema

La elección del tema y la posterior definición del problema de investigación, obedeció a intereses que provienen principalmente de mi posicionamiento en la intervención profesional, a partir de los cuales fui construyendo los propósitos de la investigación.

En los últimos trece años he desarrollado mi ejercicio profesional en el campo de la salud pública, desde la pertenencia a equipos de trabajo conformados por diferentes disciplinas y en los cuales ha sido importante (y continúa siéndolo) la disputa por definir prioridades de intervención, investigación y/o capacitación, entre las diversas profesiones² portadoras de capitales desiguales. En este sentido, el modelo clínico predominante,

²La totalidad de los equipos de salud de la DAPS están conformados por personal administrativo, profesionales de medicina y enfermería. Algunos de ellos, cuentan además con psicología, kinesiología, nutrición y trabajo social.

frecuentemente ligado a concepciones reduccionistas de causalidad, hegemonizó el saber y la acción en el campo de la salud, constituyendo un paradigma curativo-biológico-individual, que deposita expectativas sobre la profesión de Trabajo Social, ligadas a tareas de control y disciplinamiento de la población y de colaboración con servicios definidos por los profesionales médicos.

Además, el análisis del tema que planteo permite identificar recorridos realizados por el trabajo social al interior de los equipos de salud y aportar a un debate que considero aún pendiente e inconcluso en el colectivo profesional al que pertenezco. Estos recorridos posibilitan el reconocimiento de nuestra intervención profesional y de la definición de posicionamientos en relación con los sujetos de nuestra acción profesional, con los demás miembros del equipo de trabajo y con el empleador. Dichos posicionamientos fueron configurando el espacio disciplinar del trabajo social al interior de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba.

Comprender el recorrido de la configuración de ese espacio disciplinar otorga, además, fundamentos para comprender rupturas y recuperar continuidades que han consolidado tendencias en la profesión. Ello se realiza –principalmente- tomando las categorías elaboradas por Montaña (1998), cuando construye el trípede génesis-legitimación-políticas sociales, al preguntarse sobre los fundamentos de legitimación de la profesión y cómo son interpretadas las funciones de las políticas sociales dentro de un orden socio-económico y político determinado.

En este sentido, planteo como interrogante central de la investigación:

¿Qué aspectos de la producción del área de trabajo social es reconocida como producto de los agentes del campo?

Justificación

La presente investigación pretende ser una contribución a problematizar la posición ocupada por el trabajo social al interior de equipos de salud, a partir de identificar estrategias colectivas llevadas a cabo por los profesionales que promueven u obturan el mejoramiento de la estructura de distribución del capital específico entre las diferentes profesiones que componen el equipo de salud.

Probablemente la génesis del trabajo social dejó marcas singulares en los profesionales que intervenimos en el campo de la salud, y posiblemente, a partir de cómo se configuran las relaciones con otras profesiones y actores en este campo, y de cómo se constituyen las posiciones de éstos, se torna más o menos compleja la construcción de una identidad

profesional propia no ligada a un tipo de intervención “para-médica”. En palabras de Aquín (1994, p. 22) “En su trayectoria histórica, el campo –estructura objetiva- va estructurando representaciones de los agentes comprometidos en el campo de que se trate. Desde esas representaciones los agentes aprecian sus prácticas, las argumentan, las legitiman o las critican”.

Por ello, realizo una lectura histórica del proceso de constitución del campo profesional en salud, entendiendo que la misma permite analizar críticamente rupturas y continuidades del ejercicio profesional. En este sentido

Hobsbawn, planteará que no existe ejercicio más enriquecedor de futuro que la reivención crítica de las tradiciones y Habermas nos colocará en camino a sostener que si bien no podemos elegir nuestras tradiciones, tenemos no sólo el derecho sino el deber de construir críticamente el cómo deseamos seguirlas (Aylwin, Forttes y Matus, 2004, p.6).

Asimismo, para el trabajo social resulta necesario profundizar la tarea de desarrollar nuestra especificidad profesional en tanto nos permite:

Un reposicionamiento más simétrico de nuestros profesionales respecto de los representantes de otras profesiones, un mayor estatus de nuestra profesión en la medida en que se logre una actuación cada vez más precisa, eficaz y fundamentada frente a los problemas que constituyen su objeto, una mayor incidencia de la intervención profesional en la dinámica social en su conjunto y en la conflictiva social que abordamos, y como consecuencia de ello, mejores condiciones para negociar espacios, salarios, decisiones, cuestiones éstas ineludibles si nos reconocemos como profesionales mayoritariamente asalariados, y por tanto, subordinados. (Aquín, 1994, p. 20)

Por ello, avanzar en este sentido se constituye permite a mi criterio mejorar la posición del trabajo social en equipos de salud interdisciplinarios, ya que en lugares institucionales donde las misiones profesionales están establecidas por “otros”³, “el trabajo social debe

³ Ese “otros” en el presente trabajo se refiere principalmente a los profesionales médicos. Algunos indicadores de ello son:

- a) sobre un total de 98 centros de salud que hay en la municipalidad de Córdoba, 96 tienen como jefe a un profesional médico;
- b) sobre un total de ocho programas preventivos y promocionales que funcionan en la institución, siete han sido escritos por comités conformados exclusivamente por médicos;
- c) En la zona sanitaria N° 1, donde me desempeño laboralmente, sobre un total de 127 trabajadores, el 48% corresponde a médicos, el 28.5% a enfermeros, el 12.6% a administrativos, el 4% a psicólogos, el 3.15 % a kinesiólogos, el 1.6% a nutricionistas, el 1.6% a profesionales de laboratorio y el 0.8 % a trabajo social. Si

desarrollar los conocimientos teóricos necesarios a fin de expresar con claridad una mirada particular que permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes y conocimientos” (Cazzaniga, 2002, párr. 34).

Objetivos

Generales:

- Indagar la configuración del espacio disciplinar del trabajo social en la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba, a partir del reconocimiento de trayectorias y posicionamientos de estos profesionales.
- Analizar el posicionamiento del trabajo social en equipos de salud interdisciplinarios de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba, que permitió/permite legitimar la intervención profesional en la política sanitaria municipal definida para el primer nivel de atención⁴.

Específicos:

- Describir la génesis del trabajo social en la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba y la permanencia de núcleos significativos en la historia institucional.
- Caracterizar los momentos históricos que posibilitaron la incorporación de profesionales de servicio social para el primer nivel de atención en salud de la Municipalidad de Córdoba.
- Reconocer particularidades de las estrategias desarrolladas desde el trabajo social, tendientes a la legitimación de su acción profesional.
- Identificar percepciones, valoraciones y expectativas que tienen diferentes miembros del equipo de salud en relación al trabajo social.
- Analizar las acciones previstas para el trabajo social en los programas preventivos y promocionales de la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Estado de la cuestión

Desde el campo del Trabajo Social, es Susana Cazzaniga una de las autoras que más ha profundizado en este tema. Cazzaniga (2010a) realiza un rastreo sobre el concepto de

bien esta distribución no es idéntica en las otras 5 zonas sanitarias de la ciudad de Córdoba, los porcentajes presentados sirven para ilustrar la conformación actual de los equipos de salud por ser similares.

⁴ El campo de la salud se encuentra dividido en tres niveles de atención, a partir de lo que define estrategias, recursos y establecimientos diferenciados, dependientes de niveles de complejidad a las que debe atender. La totalidad de los equipos de salud de la DAPS pertenecen al primer nivel de atención, teniendo como acciones principales las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

legitimidad, tomando para el trabajo social la “*legitimidad de origen*” vinculada a lo legal, que “queda al resguardo de un entramado institucional sostenido por normas y reglamentaciones que juegan en el par habilitación-restricción, donde las instituciones que participan en el mismo son parte a la vez de reglas de juego específicas” (Cazzaniga, 2010a) y la “*legitimidad de proceso*” ligada al “bien hacer” en la práctica profesional. Además, la autora identifica estrategias de legitimación desarrolladas desde el trabajo social que resultan interesantes para mirar el espacio socio-ocupacional en el que desarrollé la investigación.

Carlos Montaña (1998) construye el trípode génesis-legitimación-políticas sociales, al preguntarse sobre los fundamentos de legitimación del trabajo social y cómo son interpretadas las funciones de las políticas sociales dentro de un orden socio-económico y político determinado. A partir de allí, desarrolla dos tesis explicativas sobre la naturaleza del trabajo social que coexisten en la actualidad, diferenciando posiciones por él llamadas “endogenistas” de las histórico-críticas. Además, para pensar este lugar del trabajo social, el autor propone distinguir la *legitimidad funcional* de la *legitimación social*.

Recuperando algunos elementos de esta perspectiva, Morera (2010) plantea que la herencia del conocimiento positivista en el trabajo social, ha promovido un conocimiento segmentado de la realidad. Además, la autora reconoce que buscando legitimar el Trabajo Social y revertir la subalternidad generada por la separación positivista entre ciencia y técnica, algunos autores intentan encontrar la especificidad del trabajo social pensando en la existencia de un saber específico, una metodología propia y una propia población-meta. La autora discute con esta pretensión, ya que afirma que no hay una especificidad del trabajo social, hay apenas características que atribuyen cierta identificación, cultura y particularidad, y que reducir el análisis del trabajo social a la búsqueda de elementos comunes internos, significa extraer a la profesión de las condiciones y relaciones sociales generales.

Entre aquellos autores que analizan la intervención en el campo de la salud desde equipos de trabajo interdisciplinarios, De Sousa Minayo (2008) plantea una propuesta metodológica en la que epidemiólogos y científicos sociales –reconociendo las especificidades de cada área- trabajen juntos o en coordinación interdisciplinaria o triangulación de métodos consiguiendo construir abordajes y resultados transdisciplinarios. Reconoce que los temas de salud reúnen un nivel de complejidad muy grande que exige diversas miradas para explicarlo y entenderlo. Para ello, plantea la necesidad de producir cambios epistemológicos, transformar actitudes y posturas de investigadores, para poder construir una ciencia de la salud más rica y más profunda.

Por otro lado, Loch-Neckel y otros (2009) refieren que el programa de salud familiar, en tanto estrategia de atención de la salud, es una experiencia de transformación del modelo

asistencial con énfasis en la promoción de la salud de la familia, desarrollado en quince municipios de Brasil. Reconocen factores que dificultan el trabajo interdisciplinario, entre los que se encuentran: priorización de conocimientos técnicos y desconsideración de las prácticas populares de las comunidades donde se insertan, privilegio del trabajo individual sobre el trabajo colectivo, falta de claridad de los miembros del equipo de salud del núcleo (conceptualizado como lo específico de cada profesión) y del campo (lo común) como así también de las fronteras entre su núcleo y el de los demás, y falta de otras profesiones que conformen el equipo de salud. Rescatan las potencialidades del trabajo en equipo y el trabajo interdisciplinario afirmando que cada profesional precisa desempeñar su tarea comprendida en el marco de un trabajo colectivo, cuyo resultado debe ser la consecuencia de un trabajo que ha realizado de manera completa a partir de la contribución específica de diversas áreas profesionales o del conocimiento. Esta transformación, afirman, acarrea el fin de la hegemonía de algunos conocimientos, especialmente el médico, tan valorizada en la concepción biológica del proceso salud-enfermedad. Por último, reconocen que en todos los servicios de salud el abordaje debe ser interdisciplinario para alcanzar un abordaje integral de los fenómenos que interfieren en la salud de los pueblos.

Rojas (2010) reconoce que los asuntos de la salud humana han estado por muchos siglos en manos (y cabezas, menciona) de la profesión médica que han sido hegemónica y celosa cuidadora de las prerrogativas que la sociedad les daba. El autor identifica indicadores que expresan que esto ha cambiado en las últimas décadas, ya que particularizando en aquellos que muestran que médicos e instituciones del sector de la salud aceptan la participación de otros en la búsqueda de soluciones a problemas que son de todos y que se llaman “de los médicos” o de salud. Manifiesta que una contribución especial para el avance de estas ideas de integración radica en el trabajo de los centros formadores de los profesionales de la salud, desde el pregrado hasta el más alto posgrado.

Una producción que contempla al trabajo social inserto en equipos de salud interdisciplinarias, lo ha realizado Susana Cazzaniga (2002). La autora desarrolla el surgimiento y necesidad de las profesiones, diferenciando procesos llevados a cabo desde los conocimientos producidos por las ciencias naturales y por las ciencias sociales. Refiere la constitución del campo de intervención del trabajo social y a “nudos” de complejidad que tensionan la práctica cotidiana. Además, conceptualiza interdisciplina e identifica dificultades de tipo epistemológicas, administrativas y políticas para su concreción.

Además, resulta interesante mencionar como antecedente la tesis de Maestría en Trabajo Social de Silvia de Dios (2011), quién si bien se propuso reconstruir los espacios de inserción laboral que fueron ocupando las Visitadoras y /o Asistentes Sociales en las

instituciones de salud dependientes de la provincia de Córdoba, en el período comprendido entre 1930 y 1955, otorga indicios importantes para pensar la génesis del trabajo social cordobés en el campo de la salud, las características, la identidad y las modalidades que fue asumiendo la intervención de los trabajadores sociales insertos en el mismo.

Este breve recorrido por diversos autores –algunos de los cuales operarán como sustento del análisis, particularmente, quienes argumentan desde el trabajo social- da cuenta de una heterogeneidad de posiciones en torno a la cuestión, sin embargo es posible diferenciar dos perspectivas: una que estudia el proceso del trabajo social y su constitución como campo disciplinar y otra que miran al equipo de salud desde un planteo de intervención interdisciplinaria.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

En el presente capítulo abordo los conceptos clave involucrados en el tema de estudio. Inicialmente me refiero a debates desarrollados por diferentes autores sobre la legitimidad de las profesiones, por lo que posteriormente considero necesario profundizar construcciones teóricas sobre el concepto de legitimidad. Seguidamente, recupero análisis y perspectivas particulares sobre la legitimidad del trabajo social.

En segundo lugar, y como es de mi interés el estudio de la legitimidad de la profesión en el marco de su inserción en equipos de trabajo constituidos por varias profesiones, reconstruyo conceptualmente diferentes modos de vinculación entre diversos campos del conocimiento, deteniéndome particularmente en el concepto de interdisciplina. Por último, hago una referencia especial a las características y dificultades que adquiere ésta en el campo de la salud.

La legitimación de las profesiones

Diversas teorías sociológicas sobre las profesiones aportan al conocimiento del modo en que se construyen los objetos y campos de intervención profesional. Si bien resulta complejo construir una definición única y unívoca del concepto de profesión, encontramos en general consenso en la identificación de los elementos que la constituyen: formación educativa de nivel superior, reconocimiento público, organización corporativa, remuneración, autonomía y regulación de la actividad a través de un código de ética (Aquín, 2008).

Particularmente Aguayo Cuevas (2006) plantea que existe un consenso entre los especialistas en reconocer ciertas características generales de las profesiones modernas, a saber: las profesiones tratan de operaciones intelectuales asociadas a responsabilidades individuales; el material de base es extraído y recreado de las ciencias y del saber teórico; este material conlleva aplicaciones prácticas y útiles; son transmitidas por una enseñanza formalizada (institutos y universidades); tienden a su autorregulación en asociaciones; los miembros tienen una motivación altruista. También señala que en las profesiones modernas existen elementos centrales que vinculan estrechamente el quehacer de las ciencias, las instituciones formadoras y el mercado.

Desde un enfoque denominado *de poder* (Schapira, 2003), se considera que los procesos de profesionalización están íntimamente ligados con la capacidad de una ocupación para controlar su propio trabajo, para definir el objeto de su actividad y para organizarse en un

conjunto de instituciones en contextos históricos particulares en los que adquiere importancia la relación profesión-Estado. Desde este último aspecto, el Estado es el que -conforme a criterios políticos, sociales y económicos- otorga ubicaciones diferenciales a los profesionales en el mercado ocupacional, reconociendo que en distintos marcos sociopolíticos, el Estado ha participado de manera diferente en los procesos de legitimación y organización de las profesiones. De este modo, se establece una conflictiva relación de poder en el proceso de construcción de la profesión, en el que se juegan procesos de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación que los grupos profesionales despliegan hacia otras profesiones y ocupaciones, a fin de asegurarse un nicho exclusivo del mercado.

Para pensar en procesos de legitimación de las profesiones, resulta fundamental el estudio de la autonomía profesional y el monopolio de la actividad, los que serán alcanzados -según lo plantea Aquín (2008, p.13)-

...a partir de articulaciones diferenciadas entre la posesión de saber especializado certificado por instituciones legitimadas por el Estado, la capacidad de invocación de un ideal de servicio al que se liga la actividad, el volumen del capital simbólico de la profesión y el interés individual y colectivo por el prestigio social.

Si se logra esta demarcación, se logra el monopolio; de lo contrario, se generan procesos de usurpación por parte de otras profesiones o de otras prácticas sociales no profesionales. A su vez, las prácticas de usurpación producen procesos encadenados de denuncias de ejercentes irregulares, persecuciones, exclusiones, subordinaciones y hegemonías.

Por su parte, Aguayo Cuevas (2006, p. 111) refiere que “el proceso de legitimación laboral, influirá decididamente en el control de un segmento laboral”, lo que se logra a partir de diversas regulaciones que realizan los profesionales con usuarios, con colegas y con las instituciones empleadoras como modo de supervisión formal administrativa. A ello agrega que “... estas relaciones no tienen solamente un carácter técnico, sino que también son relaciones de poder, de legitimación y de construcciones simbólicas...” (Aguayo Cuevas, 2006, p.113) por lo que la autonomía profesional no puede ser analizada solo en un marco académico de reconocimiento otorgado por las universidades, sino considerando también el poder económico y social que se le confiere a la profesión de que se trate. En términos de Bourdieu (2012, p.14):

Un análisis que tratara de aislar una dimensión puramente “política” en los conflictos por la dominación en el campo científico sería tan radicalmente falso

como su contraparte, más frecuente, el análisis que no considera sino las determinaciones “puras” y puramente intelectuales de los conflictos científicos.

Las relaciones de poder en el proceso de construcción de las distintas profesiones, resultan en distribuciones diferenciales tanto materiales como simbólicas para ellas. Al respecto, Sarfatti (1989) analiza la base del poder político de las profesiones comprendiendo dos aspectos: la configuración de un mercado profesional y la capacidad de la profesión de demostrar la superioridad en el manejo de la cuestión que aborda. Así, profesión es la denominación que se da a un “conjunto de formas históricas concretas que establecen vínculos estructurales entre niveles de educación formal relativamente altos y posiciones y/o recompensas en la división social del trabajo relativamente deseables” (Sarfatti, 1989, p.209).

En este sentido, la autora se interroga sobre qué tipo de poder consiguen los expertos cuando se apropian de un campo del discurso para sí mismos. Para dar respuesta a ello, plantea que no se trata del tipo de poder que limita la libertad individual, la capacidad de imponer una voluntad, de aplicar obediencia mediante el mandato, de amenazar a los transgresores con la coerción y la compulsión física, sino de un poder cuyas consecuencias se miden en la obligación no-física de aceptar las definiciones, de internalizar las normas morales y epistemológicas, ya que es un poder que se aplica mediante un discurso monopolizado que ejerce una influencia eficaz, silenciosa e invisible (Sarfatti, 1988). En la misma línea de este razonamiento, Heler (2001) afirma que somos individuos *fabricados socialmente* para funcionar dentro de dispositivos, lo que se logra sin violencia y coerción explícita sino a partir de la interiorización de mandatos sociales y de grupos que nos hacen percibir nuestro comportamiento como espontáneo.

Este poder es caracterizado como impersonal, ya que formula pretensiones de conocimiento generales; pero a la vez es profundamente personal, ya que los individuos que internalizan los discursos generales y concretos de su cultura los experimentan como expresiones naturales de su propia voluntad y razón.

Los estratos profesionales e intelectuales intentan aprehender este tipo de poder coercitivo impersonal, tanto por su propio interés como por los demás beneficios que puede proporcionar. Estos estratos intelectuales son quienes elaboran todas las legitimaciones y todas las críticas, tanto limitadas como radicales, del poder humano; no es, por tanto, sorprendente que no hayan denunciado como una acción política de importantes consecuencias la pretensión de un conocimiento objetivo a través del cual se fue estableciendo su propio poder colectivo sobre determinados discursos (Sarfatti, 1988, p.156-157).

Según Aquín (2008) se podría establecer como expresión de los procesos específicos de construcción de las profesiones, la existencia de algunas hegemónicas y otras subalternas, y la pertenencia a una u otra de estas categorías incide fuertemente en el tipo de inserción en el concierto universitario, en la capacidad de accionar de las organizaciones gremiales, en las relaciones que se entablan con el Estado y con otras profesiones. A su vez, este conjunto de relaciones permite situar y comprender las tensiones que se producen en el proceso de consolidación de una profesión: intereses en juego, relaciones de poder, alianzas, conflictos, concepciones teóricas y políticas sobre la profesión, sus relaciones con la sociedad, con el Estado, con otras profesiones.

Retomando las contribuciones de Bourdieu, Danani (2006, p.191) afirma que “todo campo se distingue (y distingue a los agentes que lo ocupan) por el tipo específico de capital que constituye y que *contribuye a constituir*”. En el caso del campo científico, su capital es el capital científico, que es una forma singular de capital simbólico; y lo que tiene de específico es que adopta la forma de un reconocimiento brindado por los agentes del campo, que son considerados pares; tener o no una competencia que confiere autoridad a quienes se les atribuye: la autoridad de hablar, de hablar en nombre de, de hacer. Si el capital de un campo es aquello por lo que se disputa, en el caso del campo científico el objeto de esa lucha es el reconocimiento de que se posee una competencia que da autoridad para hablar y hacer.

El máximo de autonomía de un campo, según Danani (2006), residirá en las siguientes condiciones: a) que el reconocimiento del producto como producto del campo sea una atribución de los agentes reconocidos como competentes en su interior; b) que la construcción del campo esté regida por reglas vigentes propias, distintas de las que rigen el mundo social; c) que el trabajo del que surge haya sido desplegado como actividad distintiva; d) que produzca, reproduzca y distribuya capital simbólico (es decir, autoridad).

En cambio, podrá hablarse de un mínimo de autonomía, o afirmarse que se está frente a un *campo heterónimo*, cuando “[...] los problemas exteriores, en especial los políticos, se expresan directamente en él” (BOURDIEU, 2000, p.76), pues ello manifiesta la *incapacidad* de regularse por leyes propias (e incluso la inexistencia de éstas), de designar/seleccionar agentes, temas y resultados posibles; y, por lo tanto, de constituir un capital distinto de aquel que caracteriza a otros campos (sea económico, político, etc.) (Danani, 2006, p.191).

Dice Bourdieu (2012, p.85):

Cuanto más heterónimo es un campo, más imperfecta es la competencia y más legítimo resulta que los agentes hagan intervenir fuerzas no científicas en las

luchas científicas. Al contrario, cuanto más autónomo es un campo y más cerca está de una competencia pura y perfecta, más puramente científica es la censura que excluye la intervención de fuerzas meramente sociales [...] hay que hacer valer razones, y para triunfar, hay que hacer triunfar argumentos, demostraciones y refutaciones.

La posibilidad de construir autonomía, entonces, consiste en *conquistar el objeto*, vale decir, en delimitar aquella parte del mismo que es propia y fundadora del campo, del campo científico en general y de *cada campo o disciplina* en particular.

Desde la perspectiva de Fernández Soto (2002), las intervenciones profesionales se encuentran condicionadas por situaciones sociales objetivas, las cuales imprimen procesos de sobre-determinación que van más allá de las voluntades de los agentes profesionales. Sin embargo, la autora advierte que “es necesario no caer en miradas deterministas que clausuran las posibilidades de cambio y transformación” (citado en Aquín, Custo y Zamarbide, 2012, p.14). La profesión es una actividad socialmente determinada, pero es al mismo tiempo una estrategia que produce el agente social. Como plantea Aquín *et al* (2012) considerar al profesional como un sujeto activo, producto y a la vez productor, equivale a afirmar que la práctica profesional concreta es expresión y resultado tanto de las estructuras en que se inscribe como de la acción consciente de sus agentes.

Danani (2006, p.190), quien recupera los aportes que Hasenfeld ha desarrollado hace alrededor de 30 años, señala que los agentes institucionales construyen y acceden a posiciones de poder relativo según desarrollen la capacidad, individual y colectiva, de generar “[...] eslabones con fuentes externas de legitimación, prestigio y reputación y un cierto control sobre un cuerpo de conocimientos y de aptitudes que no puede ser sustituido así como así”.

Considerando el tema desde otro ángulo, Lorente (2002) propone la incorporación de las variables género y religión al estudio de la conformación de culturas profesionales, las que proporcionan elementos adicionales interesantes en la disposición para comprender el modo en que se han constituido y adquirido autoridades de saberes. En este sentido, saber y poder son nociones clave que no pueden ser analizadas en forma unidimensional o independiente, sino que ambas permiten la comprensión del desarrollo de la identidad y del status profesional, “el cual reside en la relación existente entre saber especializado y el poder que este saber otorga a un grupo ocupacional para imponerlo a otros” (Lorente, 2002, p.141).

Según precisa la autora, la feminización trata de la asignación de valores femeninos a las relaciones sociales y por esta vía, a las profesiones. De esta manera, se perfila la interpretación acerca de la identidad de aquellas disciplinas que en la actualidad se

desempeñan como aparatos profesionales destinados a la protección directa de las personas e identifica que el trabajo social, el magisterio y la enfermería, constituyen una trilogíapreciada socialmente, pero menospreciada académicamente. “Las tres se ubican en el ámbito de la asistencia, ayuda y protección que garantiza la reproducción social...” (Lorente, 2002, p.138). Lo hace en base a las afirmaciones de Etzioni (1969) quien propone el término “semiprofesiones” para calificar a aquellas que son predominantemente femeninas, y que coinciden exactamente con las citadas. Además, recupera los aportes de Wilensky (1964) quien establece que una semiprofesión es una ocupación que no ha completado su proceso de profesionalización, su práctica y su conocimiento necesitan ser supervisados por otros y depende de una profesión con un status superior.

Aguayo (2006) postula que la denominación de semiprofesiones se establece desde una lógica positivista, y manifiesta que la legitimidad legal-racional de las profesiones así consideradas las lleva a asumir pequeñas cuotas de poder y conocimiento, y -aunque contando con conocimientos especializados sobre las problemáticas que abordan- no logran el impacto social de las profesiones más legitimadas.

En las sociedades que otorgan un gran precio a los conocimientos de los expertos y que tienen igualmente una estructura desigual, la rareza o el monopolio implica dos tipos de recompensas interdependientes: por una parte, las ventajas sobre el mercado de los servicios o del trabajo, por otra, un estatus y privilegios en la jerarquía de los empleos, e incluido un rango en la burocracia. Se pueden sacar ventajas especiales de estas formas de protección (Aguayo, 2006, p.121).

El paradigma profesional, plantea Aguayo (2006), niega el estatus profesional a estas actividades llamadas semi-profesiones por cuanto contienen en su mayoría profesionales críticos y reflexivos frente a las contradicciones que se viven en la sociedad moderna. El hecho de estar cerca de las injusticias sociales, del dolor y el sufrimiento de los seres humanos, en una acción cara a cara, en la vida cotidiana, les impiden tener características de las así llamadas profesiones tradicionales, explícita.

Sobre el concepto de legitimidad

Para elucidar con rigurosidad los problemas de legitimación en las profesiones es ineludible recuperar el concepto de legitimidad desde el pensador que proporcionó las bases argumentativas sobre el mismo y que ningún desarrollo teórico posterior ha podido soslayar: se trata de Max Weber (1969). El autor remite a la existencia de un *orden legítimo*, cuya *validez* está garantizada por la probabilidad significativa de que “una conducta discordante

habrá de tropezar con una (relativa) reprobación general y prácticamente sensible” (Weber, 1969, p.27); es decir, por la costumbre devenida en *convención* de que, dentro del círculo de personas se considera como válida y está garantizada por el repudio a la manifestación de alguna práctica divergente.

Su aporte permite analizar el problema de la distribución desigual de recursos en espacios organizativos o institucionales, referenciando el establecimiento de relaciones de dominación, ya que trabaja la idea de legitimidad como dominación ejercida desde adhesiones recibidas en términos de mandatos para poder ejercer, y distingue diferentes tipos de dominación –por lo que hay diferentes tipos de obediencia, cuadros administrativos destinados a garantizarla y características que toma el ejercicio de la dominación-.

De acuerdo con la experiencia, precisa Weber (1969, p.170), “ninguna dominación se contenta voluntariamente con tener como probabilidad de su persistencia motivos puramente materiales, efectivos o racionales con arreglos a valores. Antes bien, todas procuran despertar y fomentar la creencia en su ‘legitimidad’”.

Por ello, parece adecuado distinguir las tres clases de dominación según sus *pretensiones típicas de legitimidad* desarrolladas por el autor:

De carácter *racional*: que descansa en la creencia de la legalidad de ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por esas ordenaciones a ejercer la autoridad (autoridad legal). “Se obedece, no a la persona en virtud de su derecho propio sino a la *regla* estatuida, la cual establece al propio tiempo a quién y en qué medida se deba obedecer”. (Weber, 1969, p.707). En la dominación legal, su tipo más puro es la dominación burocrática, aunque nunca se expresa de manera exclusiva.

Además, el derecho de mando está legitimado por una *regla* estatuida, en el marco de una “competencia” *concreta*, cuya delimitación y especialización se fundan en la utilidad objetiva y en las exigencias profesionales puestas a la actividad del funcionario. Se trata de un funcionario de formación *profesional*, cuyas condiciones de servicio se basan en contrato, con sueldo fijo, graduado según el rango del cargo y no según la cantidad de trabajo, y derecho de ascenso conforme a reglas fijas, explica Weber (1969).

La segunda clase de dominación es la de carácter *tradicional*, que descansa en la creencia cotidiana en la santidad de las tradiciones que rigieron desde lejanos tiempos y en la legitimidad de los señalados por esa tradición para ejercer la autoridad (autoridad tradicional). En este aspecto, el autor refiere a la *gerontocracia*, “situación en que, en la medida que existe una autoridad en la asociación, ésta se ejerce por los más viejos (...) en cuanto son los mejores conocedores de la sagrada tradición” (Weber, 1969, p.184)

Y la última, de carácter *carismático*, que descansa en la entrega extra-cotidiana a la santidad, el heroísmo o ejemplaridad de una persona y a las ordenaciones por ella creadas o reveladas, llamada autoridad carismática. Se obedece exclusivamente y personalmente al caudillo a causa de sus cualidades excepcionales, y no en virtud de su posición estatuida o de su dignidad tradicional.

En el caso de la autoridad legal se obedecen las *ordenaciones impersonales* y objetivas legalmente estatuidas y las *personas por ellas designadas*, en mérito éstas de la legalidad formal de sus disposiciones dentro del círculo de su competencia. En el caso de la autoridad tradicional se obedece a la *persona* del señor llamado por la tradición y vinculado por ella (en su ámbito) por motivos de *piEDAD (pietas)*, en el círculo de lo que es consuetudinario. En el caso de la autoridad carismática se obedece al *caudillo* carismáticamente calificado por razones de confianza personal en la revelación, heroicidad o ejemplaridad, dentro del círculo en que la fe en su carisma tiene validez (Weber, 1969, p. 172-173).

Desde otra perspectiva, Habermas (1999) sostiene que la legitimidad significa la capacidad que tiene un orden político de ser reconocido y apoyado por sus buenos argumentos. Por legitimidad entiende el hecho de que un orden político es merecedor de reconocimiento.

Para este autor, la pretensión de legitimidad hace referencia a la garantía —en el plano de la integración social— de una identidad social determinada por vías normativas. Las legitimaciones sirven para hacer efectiva esa pretensión, esto es: para mostrar cómo y por qué las instituciones existentes (o las recomendadas) son adecuadas para emplear el poder político en forma tal que lleguen a realizarse los valores constitutivos de la identidad de la sociedad. La legitimidad, la creencia en la legitimidad y la predisposición a acatar un orden legítimo tiene algo que ver con la motivación en base a lo que denomina *buenas razones*.

Entonces, la legitimidad es posible a través de la legalidad si ésta se basa en una teoría procedimental de la justicia, con la cual el derecho y la moral se entremezclan para producir un sistema político con ciertos caracteres.

Ahora bien, plantea Habermas (1999, p. 164-165),

...si la creencia en la legitimidad se concibe como un fenómeno empírico sin referencia inmanente a la verdad, las razones en que explícitamente se basa poseen solo significación psicológica; y el hecho de que esas razones resulten suficientes para estabilizar una determinada creencia de legitimidad depende de

los prejuicios institucionalizados y de las disposiciones de conducta observables en los grupos respectivos.

Desde otra perspectiva, Bourdieu (1988, p.138) manifiesta que la legitimación del orden social no es el producto de una acción deliberadamente orientada de imposición simbólica, sino que resulta del hecho de que “los agentes aplican a las estructuras objetivas del mundo social estructuras de percepción y de apreciación que salen de las estructuras objetivas y tienden, por eso mismo a percibir el mundo como evidente”, incuestionable y – aparentemente- inmodificable.

El mundo social puede ser dicho y construido de diferentes modos según diferentes principios de visión y de división del espacio social, construcción que realizan los agentes desde una captación activa del mundo, pero al mismo tiempo bajo coacciones estructurales, ya que estos diferentes puntos de vista “son vistas tomadas a partir de un punto, es decir de una posición determinada en el espacio social.” (Bourdieu, 1988, p.133)

Además, Bourdieu (1988, p.138) plantea que

...en la determinación de la clasificación objetiva y de la jerarquía de los valores acordados a los individuos y a los grupos, todos los juicios no tienen el mismo peso y los poseedores de una fuente de capital simbólico, (...) aquellos que son conocidos y reconocidos, están en condiciones de imponer la escala de valores más favorable a sus productos, especialmente porque en nuestras sociedades tienen un casi monopolio de hecho sobre las instituciones que establecen y garantizan oficialmente rangos.

Pese a ello, el autor advierte que siempre hay conflictos entre los poderes simbólicos que tienden a imponer la visión de las divisiones legítimas y que construyen grupos, ya que en “...la lucha por la producción y la imposición de la visión legítima del mundo social, los poseedores de una autoridad burocrática no tienen nunca un monopolio absoluto, aún cuando unen la autoridad de la ciencia... a la autoridad burocrática.” (Bourdieu, 1988, p.139-140)

Dahrendorf, citado por Rocher (1985), considerado a menudo como uno de los principales referentes de la sociología de los conflictos, sostiene que la principal fuente estructural de conflictos sociales es la *desigual distribución de autoridad* entre las personas y entre los grupos. Según Dahrendorf es impensable una organización sin conflictos, e insiste en la necesidad de indagar las fuentes estructurales de ellos, precisando que “en la estructura de la organización social, en su modo de funcionar, hay que buscar la fuente permanente que provoca y nutre los conflictos” (citado en Rocher, 1985, p. 497). En este sentido, identifica que éstos son consecuencia de la distribución desigual de autoridad entre las personas y los

grupos, a la que define como “la probabilidad de que un orden poseedor de un cierto contenido específico obtenga obediencia de un grupo dado de personas” (citado en Rocher, 1985, p. 497); esta autoridad se encuentra estrechamente vinculada al puesto ocupado o al rol desempeñado en una organización social, puede ejercerse conforme a diferentes modalidades y puede revestir diferentes formas. Pero como la distribución de la autoridad es siempre desigual, se producen necesariamente conflictos de intereses entre quienes detentan la autoridad y quienes están sujetos a la misma, ya que sus intereses divergentes son –además– intereses contrarios.

Pese a ello, la autoridad analizada por Dahrendorf es simultáneamente un factor de integración social y un factor de conflicto. “Más aún: *precisamente por ser un factor de integración, la autoridad es un factor de conflicto*. La teoría del conflicto no puede prescindir de la teoría de la integración y viceversa” (citado por Rocher, 1985, p.505).

La legitimidad del trabajo social

Iamamoto (1997) propone realizar el esfuerzo de *comprender la profesión* históricamente situada, configurada como un tipo de especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo, ya que “la reproducción de las relaciones sociales alcanza la totalidad de la vida cotidiana, expresándose tanto en el trabajo, en la familia, en el esparcimiento, en la escuela, en el poder, etc., como también en la *profesión*”. Ello supone, como directriz de trabajo, considerar la profesión bajo dos ángulos, no disociables entre sí, y como dos expresiones del mismo fenómeno:

como realidad vivida y realidad presentada en y por la conciencia de sus agentes expresada por el discurso teórico-ideológico sobre el ejercicio profesional; y la actuación profesional como actividad socialmente determinada por las circunstancias sociales objetivas que confieren una dirección social a la práctica profesional, lo que condiciona y mismo sobrepasa la voluntad y/o conciencia de sus agentes individuales (Iamamoto, 1997, p.85).

La autora advierte que la unidad entre esas dos dimensiones es contradictoria, pudiendo presentarse un desfase entre las condiciones y efectos sociales objetivos de la profesión y las representaciones que legitiman ese quehacer, es decir, “un desfase entre intenciones expresadas en el discurso que ratifica ese quehacer y el propio ejercicio de esa actividad”. (Iamamoto 1997, p.87)

Un núcleo de debate que recupera lamamoto (1997) es la condición de trabajador asalariado del asistente social⁵, quien debe responder a las exigencias básicas de la entidad que contrata sus servicios, por lo que dispone de una relativa autonomía en el ejercicio de sus funciones institucionales, siendo corresponsable por los rumbos impresos a sus actividades y por las formas de conducirlos.

Al respecto, Britos (2005) quien identifica al trabajo social como *trabajo de servicios*, plantea que la intervención de los trabajadores sociales no es remunerada por la persona a quien se le aplica y que ésta, en la gran mayoría de los casos, no solicitó la intervención. En este sentido, recupera las observaciones de Verdés-Leroux, quien define como estructura particular del campo de Trabajo Social “la ausencia casi completa de una demanda social solvente” (citada por Britos, 2005, p.12) ya que es el Estado u otras instancias público-sociales o privadas quienes pagan el servicio.

Por su parte, Aquín *et al* (2012, p.8) plantean

la labor de los trabajadores sociales se debate permanentemente entre aquello que les es instituido desde las estructuras de dominación –Estado, iglesia o los organismos multinacionales, por una parte-, y la relación con los sujetos junto a los cuales ejerce la intervención, interpretando y mediando para contribuir a la resolución de los problemas que se presentan... Además, si bien los profesionales que vehiculizan políticas sociales desarrollan su ejercicio profesional mayoritariamente bajo condiciones de asalariado, no obstante las tareas atribuidas y el mandato conferido no pueden ser enteramente definidos ni codificados, lo cual deja a los profesionales una parte de autonomía y de iniciativa en la producción de lo que de ellos se espera.

Cazzaniga (2010a) realiza un rastreo sobre el concepto de legitimidad, tomando para el trabajo social la *legitimidad de origen* vinculada a lo legal, que “queda al resguardo de un entramado institucional sostenido por normas y reglamentaciones que juegan en el par habilitación-restricción, donde las instituciones que participan en el mismo son parte a la vez de reglas de juego específicas” (Cazzaniga, 2010a) y la *“legitimidad de proceso”* ligada al “bien hacer”, a la eficacia y resultados en la práctica profesional, a la publicación autónoma, a la naturaleza científica de la intervención, al desarrollo de la investigación. La autora identifica, además, estrategias de legitimación desarrolladas desde trabajo social que resultan

⁵ En países como Brasil, se mantiene la denominación de la carrera como Servicio Social y de los profesionales como asistentes sociales, por lo que autores como lamamoto, Montañó, Netto que se mencionan en el presente trabajo, lo refieren de esta manera.

interesantes para mirar en el espacio socio-ocupacional: diferenciarse de otras prácticas y de otras profesiones, demostrar la eficacia metodológica frente a otras profesiones y mirar la inclusión del trabajo social al interior de las ciencias sociales.

En relación a la palabra legitimación Cazzaniga (2010a) señala que la misma participa del grupo de palabras que designan acción y resultado simultáneamente. Así, hablar de la legitimación como problema remite a la mirada histórica, esto es reconociendo lo que está presente hoy pero que tiene su proceso de constitución que se expresa en cada momento histórico con sus particularidades, o en todo caso desde un espacio de experiencias y horizonte de expectativas.

Por su parte, Montaña (1998), construye el trípode génesis-legitimación-políticas sociales, al preguntarse sobre los fundamentos de legitimación del trabajo social y cómo son interpretadas las funciones de las políticas sociales dentro de un orden socio-económico y político determinado. A partir de ese interrogante, desarrolla dos tesis explicativas sobre la naturaleza del trabajo social que coexisten en la actualidad, diferenciando entre posiciones *endogenistas* e *histórico-críticas*. Según Montaña, las posiciones *endogenistas* sostienen que el Trabajo Social se origina en la evolución organizativa y profesional de formas de ayuda, de caridad y de filantropía, vinculadas ahora a la intervención en la “cuestión social”. En este sentido, el trabajo social se concibe como la profesionalización, organización y sistematización de la caridad y de la filantropía. Según esta tesis, la profesión es vista a partir de sí misma, sin considerar la historia de la sociedad, la realidad como el fundamento y causalidad de la génesis y desarrollo profesional y le confiere al trabajo social una autonomía histórica respecto a la sociedad, las clases y las luchas sociales. Desde la denominada *perspectiva histórico-crítica*, se entiende al surgimiento del Trabajo Social como un subproducto de la síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando en la fase monopólica del capitalismo el Estado toma para sí las respuestas a la cuestión social.

Retomando los aportes de Bourdieu, la primera concepción podría denominarse *internalista*, ya que deriva de la idea de que una obra, un producto científico o artístico es absoluto y puede ser conocido en sí mismo, con independencia de todo otro contenido que no se encuentre directamente incluido en sus límites; mientras que a la segunda concepción (*externalista*) se asocia a su simétrico inverso: una definición que remite “el texto al contexto” (Bourdieu, 2012, p.74), que entiende la obra o producto como un resultado directo (inmediato) del mundo social y de las relaciones sociales de las cuales, en sentido amplio, forma parte. En este segundo caso, entonces, podríamos decir que la idea fundamental podría

enunciarse en términos de que conocer el producto (y también producir conocimiento acerca del producto) y conocer el mundo social son uno y el mismo acto.

Bourdieu propone salir de la disyuntiva entre ambas concepciones y postular la existencia de un espacio de doble y contradictoria constitución: un espacio que está inscripto en aquel mundo social, y en el que por lo tanto se expresan las leyes del mismo, pero que sin embargo se constituye como espacio particular y diferenciado porque también “obedece a leyes más o menos específicas” (Bourdieu, 2012, p.74).

Desde esta perspectiva, Danani (2006) analiza la autonomía y heteronomía profesional, y precisa al espacio de intervención del trabajo social, al igual que Bourdieu, como un espacio de doble y contradictoria constitución: está inscripto en el mundo social y por lo tanto expresa las leyes del mismo, pero como se constituye en un espacio particular y diferenciado también obedece a leyes más o menos específicas. La autora refiere que la mayor o menor autonomía profesional (siempre relativa) en relación a lo definido en el espacio institucional más general, estará vinculado a la posibilidad o dificultad de los trabajadores sociales de desarrollar y regirse por leyes particulares, de clausurar el campo profesional, de acumular ese capital simbólico que le otorga el conocimiento científico y que le confiere legitimidad y autoridad para decir, hacer, construir, proponer.

Danani (2006, p.194) reconoce que el Trabajo Social no construyó un cuerpo de procesos y relaciones específicos respecto de los cuales predicar autoridad, por ello,

...no disputa hegemonía, porque no disputa en torno a la construcción epistemológica y metodológica de un objeto de conocimiento: sólo pretende ser reconocido sin preocupación por los fundamentos de sus principios de verificación y métodos de convalidación, desentendiéndose de los mismos también para el conjunto.

Para pensar este lugar del trabajo social, se retoman los aportes de Montaña (1998) cuando propone distinguir la *legitimidad funcional* de la *legitimidad social*. La primera remite a la relación asistente social-empleador, la que es explicada por Netto cuando afirma que “el servicio social se constituye en profesión [legítima], insertándose *en el mercado de trabajo...*” (citado por Montaña, 1998, p.47) a través de un contrato de compra y venta de su fuerza de trabajo profesional. La *legitimidad social*, por el contrario, refiere a la *relación asistente social-usuario*. Estas relaciones constituyen dos tipos de demandas que interrelacionadas, parten de actores diferentes y requieren cuestiones distintas. Primeramente, la población demanda al Estado servicios sociales y asistenciales; en el segundo tipo de demanda, “el Estado y los organismos oficiales del capital, demandan la intervención de los asistentes sociales para

implementar las políticas sociales, las cuales irán a responder a algunas de aquellas demandas sociales” (Montaño, 1998, p. 49).

Recuperando algunos elementos de esta perspectiva, Morera (2010) plantea que la herencia del conocimiento positivista en el trabajo social, ha promovido un conocimiento segmentado de la realidad, por lo que las manifestaciones de la “cuestión social” asumen la forma de problemas sociales y son autonomizados unos de otros y de la estructura general, auto- responsabilizando a quienes los padecen. En este orden de ideas, Montaño (1998) precisa que esta segmentación muchas veces está marcada por la reproducción de la separación entre el profesional que conoce, el “científico” (sociólogo, economista, etc.) y el que actúa, o profesional de campo (trabajador social, educador, etc.). En este sentido, se separa la profesión que investiga/conoce (profesión científica) de la que actúa (la profesión técnica).

Desde otro posicionamiento, Rozas (2001) precisa que la configuración del campo profesional implica problematizar respecto a la legitimidad de la intervención y que el trabajo social se legitima por el espacio socio-ocupacional instituido fundamentalmente en el Estado y por la identidad atribuida explicitada en las funciones asignadas a este tipo de profesional. Plantea la necesidad de pensar la construcción de nuevas legitimidades en el marco de la dimensión ético-política de la intervención, contemplando diversos espacios que la resignifiquen y le den un reconocimiento social: a nivel universitario, a nivel del ejercicio profesional y a través de la necesaria vinculación con otras organizaciones profesionales.

Por su parte, Krmpotic (2009) aporta en relación a lo que denomina identidad profesional –directamente vinculado a la legitimidad-, la que plantea puede concebirse como resultante de:

- a) una trayectoria definida a partir de los orígenes de la profesión, en la interfaz de predecesores y sucesores.
- b) la definición de una especificidad profesional bajo las coordenadas del Estado social o de bienestar con el despliegue de los mecanismos de regulación estatal.
- c) del papel que juegan los mecanismos de regulación profesional en la construcción y sostenimiento de un núcleo identitario.
- d) los encuentros intersubjetivos a través de los cuales se internaliza un conjunto de saberes, habilidades y principios, y que luego de objetivan en las acciones profesionales.
- e) del grado de concientización y asunción del carácter femenino de la profesión en la creación de una autoimagen profesional.

- f) de las formas de resolución de los conflictos de legitimidad, como de control de las divergencias y de renovación.
- g) de las formas en que se ha asumido la autonomía profesional y el sentido de la expertez como criterio básico de distinción en el conjunto de prácticas sociales.

Vinculaciones entre diferentes campos del conocimiento

La ciencia es la producción de determinado tipo de conocimiento, el que se impone para cada época y cultura en particular como el mejor y más valioso. De ahí la necesidad de inscribir la producción científica en el contexto histórico, político y sociocultural en que se desarrolla. Por lo tanto, se desprende que a cada época corresponde un determinado tipo de ciencia y un determinado tipo de producción de conocimiento. Es decir que la ciencia, a la vez que es producto y productora de una época en particular, lo que genera un determinado modo de percibir, pensar, interpretar, agrupar y definir los objetos de estudio. En la perspectiva de Foucault (1979), cada sociedad tiene su régimen de verdad y su política general de la verdad; es decir, tipos de discursos que toma y hace funcionar como verdaderos, mecanismos e instancias que emplea para permitir distinguir enunciados verdaderos de falsos, modos de sanción de unos y otros, técnicas y procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad, encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero y qué no.

Cazzaniga (2002, párr. 3) plantea que

Si bien las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, van adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención. En torno a ellas se constituye además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura, y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción.

El proceso de génesis, de construcción de las distintas disciplinas, implica que poseen un nivel de estructuración, diferenciación y complejidad diferente, y hace muchas veces difícil el deslinde entre la especificidad y no especificidad de unas y otras, lo que nos conduce a un tránsito en y entre los territorios, entre las fronteras de las disciplinas, y más allá de ellas, reconociendo la permeabilidad de las fronteras, pero como bien plantea Médici (citado por Scocozza, 2002, p.7), “existen límites y zonas compactas y límites y zonas porosas en toda disciplina”.

El programa de la ciencia moderna, explica Cazzaniga (2002), en el que las ciencias naturales han ejercido y aún ejercen hegemonía, apelando a un status diferente y superior en relación con las ciencias sociales, favorece el parcelamiento de las profesiones, marcando territorios de conocimiento y de ejercicios profesionales. Najmanovich (1998, p.52) también refiere al proyecto científico de la modernidad, que “en nombre de la pureza, y esperando alcanzar el paraíso de la verdad, eliminó al sujeto del mundo del conocimiento, y dividió al mundo en compartimentos estancos, claramente delimitados y disciplinados”.

La disciplinariedad, precisa Gozzer (1982, p.307),

...se configura como una sectorización que resulta de la necesidad de conocer a fondo los diversos aspectos de cada área cognoscitiva; se van determinando por lo tanto normas de reflexión y de estudio que caracterizan a cada sector, al tiempo que aparece una cierta cristalización de los diversos campos de investigación, los cuales se definen en función de sus propias características de observabilidad, de método y de aplicación.

La disciplina, por lo tanto, sólo tendría un estatuto de *división parcelaria* destinada a fragmentar la realidad en campos restringidos, y a determinar campos operativos específicos dentro de los cuales se elaboran estilos de pensamiento, métodos y procedimientos.

Por su parte, para Foucault (1992) una disciplina no es todo lo que puede ser dicho de cierto a propósito de alguna cosa como así tampoco todo lo que puede ser, a propósito de un mismo tema, aceptado en virtud de un principio de coherencia o de sistematicidad, sino que es un principio de control de la producción del discurso. “Ella le fija sus límites por el juego de una identidad que tiene la forma de una reactualización permanente de las reglas” (Foucault, 1992, p.22) distinguiendo procedimientos de clasificación, distribución y ordenación.

Si bien los problemas a abordar por las disciplinas tienen una existencia objetiva, la constitución de los mismos como objeto de intervención depende de la posibilidad de interrogar la realidad y del posicionamiento desde el que se lo hace, teniendo las profesiones importantes instrumentos que permiten formularlos. “Así cada problema, a medida que se va profundizando en él, determina una diferenciación de tareas relacionada con las competencias propias de cada campo del conocimiento” (Gozzer, 1989, p.307). De esta manera, agrega Gozzer (1989), cuanto más se afirma una disciplina en su propia especificidad, más se manifiesta la exigencia de establecer enlaces, conexiones, relaciones; “pero esto no debe hacerse por medio de manipulaciones artificiales o, lo que es peor, por medio de una desnaturalización del carácter específico del campo disciplinario propiamente dicho” (p.312).

En el mismo sentido, De Sousa Minayo (2008) plantea que no hay dudas de que cada disciplina genera conocimientos propios, los que son importantes tanto para el avance de la ciencia como para iluminar determinados aspectos de la realidad, “pero me gustaría revalorizar el diálogo, el intercambio y la combinación entre diferentes saberes” (p. 5).

Por su parte, Follari (1982) recupera la importancia de la distinción de disciplinas en el campo del conocimiento científico; señala que esta diferenciación no ha sido simple, ya que se ha conquistado contra el obstáculo epistemológico de la unidad del conocimiento. La diferencia de puntos de vista teóricos –que no reproduce la división empírica real, plantea el autor- surge de advertir que quedan aspectos por resolver que requieren esa diferenciación.

También resulta interesante recuperar los aportes de Stolkiner (1987) quien debate la perspectiva de poder encasillar los problemas sociales y definir especificidades, y plantea que “Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (p. 315), que requieren del necesario entrecruzamiento de las disciplinas.

A partir de lo recuperado en este debate, se identifican tres grandes modalidades de vinculación entre las disciplinas, distinguidas según se produzcan o no modificaciones de esquemas conceptuales en ese encuentro: multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria.

Cuando se hace referencia a *multidisciplinaria*, se está convocando al menos a dos disciplinas, cada una de ellas con su cuerpo teórico y metodológico específico, para abordar un objeto empírico compartido. En esta modalidad de vínculo, las disciplinas que participan no se modifican, ni se enriquecen al hacerlo, ya que no se producen cambios en sus esquemas conceptuales, referenciales y operativos. No hay un verdadero intercambio recíproco, sino que simplemente surge lo que habitualmente se denomina como *enfoque multidisciplinario*, cuyas respuestas no expresan nuevas alternativas de acción para la resolución de la problemática que las convoca, ya que cada disciplina aporta individualmente una respuesta, modalidad que recibe el nombre de *derivación*.

Desde esta óptica multidisciplinaria, podríamos pensar que cada disciplina continúa con su proceso de especialización hacia el interior de la misma, tratando de acercarse cada vez más a la esencia de su objeto de estudio, sin la necesidad de un encuentro diferente. Según Follari (1982) esta modalidad no implica un vínculo entre las disciplinas, ya que no se produce una interrelación entre ellas.

La *interdisciplinaria*, implica el uso de categorías, leyes, métodos, etc. de dos o más disciplinas para producir un nuevo conocimiento que no estaba en los anteriores. Desde esta perspectiva, obliga a las disciplinas a posicionarse diferente en relación no solo al objeto de

estudio, sino también en cuanto a la visión que tienen de sí mismas, de otras disciplinas y de los objetivos de encuentro con esas disciplinas. Esta modalidad de relación es una construcción, una conjunción problemática que utiliza como insumo los aportes disciplinares y supone un trabajo grupal. En este sentido, Follari (1982) realiza una crítica a esa “unidad simple”, a partir de la cual la interdisciplina es entendida ingenuamente como que las disciplinas son partes de un rompecabezas.

La *transdisciplina* hace referencia a la posibilidad de que leyes, categorías, teorías, etc. de una disciplina puedan ser utilizadas por otra, y posibilita “un nuevo registro, una realidad diferente donde se trascendería las interacciones y reciprocidades, situándose esas conexiones en lo interno de un sistema global con la especificidad de que se desdibujarían muchísimo – cuando no desaparecerían- las fronteras entre las disciplinas participantes” (Scocozza, 2002, p.11) para lograr la construcción de un saber mega-explicativo.

Otro aporte lo realiza Dogan (citado en Scocozza, 2002, p.10) quien recupera el concepto de *hibridación*, reconociendo que “lo que se hace es combinar segmentos de disciplinas y de especialidades, no disciplinas completas”, ya que las mismas disciplinas difieren en su interior, no son unívocas y sin fragmentaciones en su mismo seno.

En torno al concepto de interdisciplina

Según Scocozza (2002, p.8)

...la palabra interdisciplinariedad aparece por primera vez en 1937, y su inventor es el sociólogo Wirtz. Antes, la Academia Nacional de Ciencia de los Estados Unidos había empleado la expresión *cruce de disciplinas*, y el Instituto de Relaciones Humanas de la Universidad de Yale había propuesto el término *demolición de las fronteras disciplinarias*.

Por su parte, Follari (1992) y Domínguez (1990) coinciden en reconocer que la idea de interdisciplina se difundió en Francia a partir de 1968, como una propuesta de modernización de los claustros universitarios para paliar la parcelación excesiva de las disciplinas entre sí, derivada de la marcada especialización dentro de cada ciencia y profesión, lo cual llevó a crear un funcionamiento despersonalizado.

En el año 1970, se produce en Niza una reunión de OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) que se define como Congreso sobre Interdisciplina, ya que importaba mantenerlo como política de Estado y era una manera de moderar los reclamos del movimiento estudiantil en tanto crítica a la hiper-especialización y a la falta de práctica en las universidades. En esa instancia, Piaget presenta una ponencia que se tituló “La

epistemología de las relaciones interdisciplinarias”, incluyendo allí al conjunto de las ciencias en un “Círculo epistemológico interdisciplinario”, en el que afirma: “El círculo de la ciencia debe hacer desaparecer la especificidad del objeto teórico de cada disciplina o de cada una de ellas” (citado por Domínguez, 1990, p.313). Según Follari (1982), aparece la idea de que si sumamos todas las disciplinas recuperamos la visión de la totalidad; y se le da a la interdisciplina un contenido ideológico, vinculado en sí mismo a la teoría crítica.

En este contexto, desde el campo de la pedagogía, Gozzer (1989, p.311) reconstruye que en los primeros años de la década del ‘70 surgió una tendencia hacia la desaparición de las asignaturas; “los ‘dinamiteros’ de las asignaturas se llamó a quienes propusieron su eliminación del contexto escolar, aplicando el principio radical y marxista de la lucha contra el orden establecido, en este caso el ‘propietario’ de las áreas disciplinarias tradicionales”.

Según referencias de Scocozza (2002, p.8)

...etimológicamente, interdisciplina viene del latín *inter*, que implica *entre, en medio, entre varios*, y disciplina. Interdisciplina exige pues, un encuentro entre varios, necesariamente con una apertura y postura problematizadora, crítica y autocrítica, por donde hacer pasar también la problemática del poder no solo entre las disciplinas, sino también al interior de cada disciplina.

Al respecto, Stolkner (2007, p.6) precisa que para esta construcción “Es fundamental que los profesionales en equipos interdisciplinarios, puedan sostener un posicionamiento ‘indisciplinado’ con sus disciplinas y con los modelos hegemónicos de práctica profesional en que se formaron”. Si bien en la formación y ejercicio profesional, cada quien se ampara inevitable y necesariamente en una disciplina formal, es necesario contar con la posibilidad de descentrarnos de nuestras *disciplinas de origen*, a través del abandono momentáneo del lugar del supuesto saber, permitiendo así el tránsito entre y más allá de las fronteras de las disciplinas, facilitando la reciprocidad e intercambio en el encuentro que permite constituir el verdadero trabajo interdisciplinario, con la construcción paulatina de un *habla* novedoso, síntesis de los distintos lenguajes empleados.

Follari (1992) realiza una crítica a esta perspectiva, planteando que en la retórica, en el discurso, a menudo la interdisciplina aparece como anti-disciplina, siendo que la disciplina es un requisito para su construcción. “Es decir, la interdisciplina continúa lo disciplinar, no lo niega; y lo hace no en nombre de totalidades, sino de articulaciones” (p. 125). Además postula que es tan errado hacer disciplinariamente algo que debe ser interdisciplinario, como viceversa.

En relación al debate que busca restringir la hegemonía de algunas disciplinas a partir de propuestas que promueven su disolución, Foucault (1979, p. 152) expresa que

...no es recurriendo a la soberanía en contra de las disciplinas como se podrán limitar los efectos del poder disciplinario, porque soberanía y disciplina, derecho de soberanía y mecanismos disciplinarios son las dos caras constitutivas de los mecanismos generales del poder en nuestra sociedad.

La simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina, como así tampoco la existencia de ciencias auxiliares de otras. Para que pueda funcionar como tal, un equipo interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de sus actividades, de los dispositivos necesarios para su construcción, ya que este proceso no es espontáneo. Según Stolkiner (1999), 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, para poder arribar a una construcción conceptual común del problema.

Una perspectiva diferente, plantea la idea de interdisciplina como “proceso intersubjetivo que produce una serie de efectos sobre la aplicación de conocimientos, sobre la integración de saberes y cuya eficacia proviene de la especificidad de los conocimientos disciplinarios”... (Follari, 1992, p.125). Por ello, es ilusorio y hasta peligroso confundir a la interdisciplina con una mezcla discursiva de enfoques teóricos de diversas disciplinas. La interdisciplina, concibe el autor, sólo es válida como modalidad de abordaje de un objeto empírico común, desde distintos puntos de vista teóricos; no como una sumatoria de disciplinas, desde la indiferenciación entre las mismas o como una etapa superadora de las disciplinas. Por ello, si bien las intervenciones interdisciplinarias implican el trabajo en relación con un objeto empírico compartido entre las disciplinas, la definición del objeto de intervención, conlleva construcciones teóricas particulares a cada una de ellas.

Ello es advertido por Danani (2006, p.192), cuando precisa que

...se enfrenta el *posible* riesgo de reducir el objeto de conocimiento al *objeto real* (aquel que constituye el campo político y el campo del poder); es decir, de *identificar inmediatamente* el objeto del campo disciplinario (y sus leyes, capital, etc., [...]) con el del mundo social, como si éste fuera un *objeto verdadero*, sin mediaciones, dado, con existencia en sí mismo.

Diversas posturas sostienen que para que un equipo pueda llegar a la interdisciplinariedad, es imprescindible afirmar su constitución como *grupo*. Así Stolkiner

(1999) plantea que como las disciplinas no existen de manera separada a los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas, la interdisciplina, debe ser pensada desde una lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a resolver. Scocozza (2002) coincide con este planteo y advierte sobre las dificultades de sostener de manera constante el trabajo interdisciplinario. Por ello, propone la denominación de *momento de interdisciplina o momentos interdisciplinarios*, “ya que ello le da un carácter de tránsito más fluido de los contenidos necesariamente implicados de cada disciplina, evitando la rigidez y/o imposición que puede denotar la obligación de constituirse en un equipo interdisciplinario” (p. 11).

Fraser (1986), quien elabora una teoría sobre la interpretación de las necesidades, considera que el surgimiento de interpretaciones hegemónicas sobre determinadas necesidades que se presentan como estables y autorizadas son “producto de un intercambio contestatario entre interpretaciones en competencia” (p. 176-177). A partir de ello, plantea que *quien* define las necesidades es una cuestión política y se interroga sobre “¿cuál es el lugar o sitio institucional donde se desarrollan las interpretaciones autorizadas de las necesidades? y ¿cuál es el carácter de las relaciones de comunicación entre los intérpretes?”, precisando que estos actos interpretativos constituyen intervenciones.

Retomando a Aquín *et al* (2012, p. 43) se propone el análisis de formas de interacción y relación que generan modelos de alteridad conscientes e inconscientes.

Si nos pensamos como sujetos con determinadas posiciones en el campo social, podemos entender que las relaciones que hay entre unos y otros existen más allá de las individualidades (no son sólo interacción o vínculo), esa relación se trama a partir de los lugares que ocupamos, lugares construidos sobre la base de nuestros capitales desigualmente distribuidos. (...) Lo que proponemos como acción al otro dice de qué cosas lo creemos capaz o no, qué cosas le son propias o impropias, y designamos, por lo tanto, cuál es su lugar (y en consecuencia el lugar propio).

Ante ello, una cuestión que también se plantea en el debate, es la incorporación de una amplia gama de saberes que no son disciplinarios. Esto es particularmente notable en el caso de equipos que trabajan con comunidades, pero es igualmente necesario en todos ellos, a menos que aborden su práctica desde una representación fuertemente tecnocrática. Un aporte importante en este sentido, lo realiza De Sousa Santos (2006, p. 20) quien plantea la “crítica a la razón indolente, perezosa, que se considera única, exclusiva, y que no se ejercita lo suficiente como para poder mirar la riqueza inagotable del mundo y que se manifiesta de

diferentes formas". Frente a ello, el autor plantea la necesidad de enfrentar la monocultura del saber y del rigor fundada en la idea de que el único saber riguroso es el saber científico con una "ecología de los saberes, donde el saber científico pueda dialogar con el saber laico, con el saber popular, con el saber de los indígenas, con el saber de las poblaciones marginales, con el saber campesino".

Desde la perspectiva del pensamiento de Foucault (1979), estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder y no podemos ejercitar el poder más que a través de la producción de la verdad. A partir de lo cual se interroga sobre qué tipo de poder es susceptible de producir discursos de verdad en una sociedad, y manifiesta que las relaciones de poder múltiples atraviesan, caracterizan y constituyen el cuerpo social; y estas relaciones de poder no pueden disociarse, ni establecerse, ni funcionar sin una producción, una acumulación, una circulación, un funcionamiento del discurso.

Interdisciplina en equipos de salud

Los autores citados reconocen que un importante obstáculo en las relaciones entre las disciplinas, sea cual fuere su modalidad, es la puja por imponer hegemonías entre los distintos saberes disciplinarios; en palabras de Follari (1992) nunca es simétrica la interdisciplina. Por ello, para reflexionar sobre las relaciones entre las disciplinas, es necesario conectar la diversidad de experiencias relacionales con las posiciones estructurales de las profesiones, ya que no se trata de sustituir un análisis estructural basado en posiciones por un análisis exclusivamente basado en modalidades de relaciones.

Particularmente en el campo de la salud pública, las políticas sanitarias son diseñadas, en su mayoría, por profesionales médicos. De esta manera, definen -para el equipo de salud- intervenciones *médico-centristas*, colocando al quehacer de las otras profesiones en términos de *colaboración* a sus prescripciones. En relación a este planteamiento, Cazzaniga (2002, párr. 36) afirma que

No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía.

La autora desarrolla, además, la diferencia –en la constitución de campos disciplinares- entre las profesiones que se enmarcan en las ciencias naturales y aquellas que lo hacen en las

ciencias sociales. Reconoce que las primeras, por su carácter hegemónico disputan un status diferente y superior en relación con las ciencias sociales, llegándoles a negar su carácter científico. Los diferentes procesos de consolidación que las disciplinas y las profesiones presentan en los campos de intervención, “se encuentran en relación con los status adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las ‘presentaciones’ que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas” (Cazzaniga, 2002, párr. 24). Al interior de los equipos de salud constituidos por diversas disciplinas, estas diferencias aparecen como verdaderas asimetrías en el ejercicio del poder.

En relación a este aspecto, Bourdieu (2012, p. 12) precisa que

El campo científico, como sistema de relaciones objetivas entre posiciones adquiridas (en luchas anteriores), es el lugar (es decir, el espacio de juego) de una lucha competitiva que tiene por desafío *específico* el monopolio de la *autoridad científica*, inseparablemente definida como capacidad técnica y como poder social, o, si se prefiere, el monopolio de la competencia científica que es socialmente reconocida a un agente determinado, entendida en el sentido de capacidad de hablar e intervenir legítimamente (es decir, de manera autorizada y con autoridad) en materia de ciencia.

Por otra parte,

En tanto que campo de fuerzas actuales y potenciales, el campo es igualmente campo de luchas por la conservación o la transformación de dichas fuerzas. Además, como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza, el campo subyace y orienta las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones intentan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus propios productos. Dicho de otra manera, las estrategias de los agentes dependen de su posición en el campo es decir, en la distribución del capital específico, así como en la percepción que tienen del campo... (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.68)

Las posiciones al interior del campo sanitario y la cristalización de las mismas en políticas y programas de salud, corresponden a procesos históricos de disputas entre actores que pugnan por el monopolio de la verdad; lo cual se manifiesta en una lucha discursiva entre paradigmas que expresan no sólo distintos puntos de vista teóricos y distintos aportes disciplinares, sino también distintos intereses sociales. Disputa que se desarrolla alrededor de un núcleo central: la definición de qué son y cómo satisfacer las necesidades. Lograr ciertas

definiciones, acuerdos, estrategias de intervención entre diferentes profesiones, implica la puesta en juego de complejas discusiones acerca de cuáles son las necesidades de diferentes personas, familias y organizaciones de la comunidad, y acerca de quién debe tener la última palabra en estos asuntos; como plantea Fraser (1986, p.176) “el discurso sobre las necesidades se presenta como un espacio donde los grupos con recursos discursivos (y no discursivos) desiguales luchan por establecer como hegemónicas sus respectivas interpretaciones sobre lo que son las legítimas necesidades sociales”.

La autora sostiene que la lucha por las necesidades –que se inicia en la disputa por otorgar o no estatuto público a una necesidad- es también lucha por la interpretación, la definición de la necesidad y la determinación de con qué satisfacerla; implicando al mismo tiempo la lucha por la satisfacción de la necesidad, por asegurar o impedir la disposición correspondiente. Las profesiones que pugnan por establecer como hegemónica su interpretación sobre las necesidades en el campo sanitario, tienen relaciones sociales, constituyen fuerzas que tratan de producir cambios o detener cambios propuestos por otros. Entonces, entre ellos hay tensiones que conducen a predominios y dominaciones.

Por ello, las posibilidades de construcción interdisciplinaria en el campo de la salud dependen claramente de las posiciones ocupadas por las diferentes profesiones y los capitales específicos que se encuentren en disputa en un momento determinado. En esta construcción, aquellas profesiones provenientes de las ciencias naturales cuyo capital se encuentra más legitimado, desarrollan estrategias de tipo más conservadoras o menos arriesgadas del capital que portan, de su posición en el campo y del poder que esto les implica; mientras que otras profesiones más alejadas del capital en disputa, y particularmente el trabajo social, desarrollan estrategias más arriesgadas o subversivas, intentando aumentar su capital simbólico y mejorar su posición en el campo.

Además, estas diferencias en el plano conceptual o teórico se registran también en el plano organizacional, ya que las disciplinas toman forma institucional en los departamentos y las especialidades en términos de agrupamientos profesionales organizados; como describe Cazzaniga (2002, párr. 23)

La organización administrativa de las instituciones públicas donde en los organigramas, que responden a las lógicas tayloristas (separación y jerarquización) encontramos generalmente la división en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc.), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. El "nexo" aparece entonces como derivaciones. Estamos

frente a un problema administrativo, que articula concepciones epistemológicas y políticas.

Desde otra perspectiva, autores como Almeida (2006), Samaja (2004), De Sousa Campos (2001) y De Sousa Minayo (2008), entre otros, adhieren a la corriente de pensamiento de la “Salud Colectiva” y refieren la pertinencia de la categoría de complejidad para resumir el conjunto de propiedades de los objetos de conocimiento de efectivo interés para la ciencia contemporánea. Estos autores reflejan en sus diferentes aportes conceptuales su preocupación por modificar un abordaje restringido de la salud, más que por profundizar en la desigualdad en la que se encuentran las profesiones. Almeida (2006) argumenta este posicionamiento expresando que la investigación científica que promueven dentro de un paradigma de salud colectiva pretende respetar la complejidad propia de los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia, contrariamente al “abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad” (p. 125). Para construir ese objeto complejo de conocimiento, son precisas operaciones transdisciplinarias como síntesis, produciendo modelos sintéticos, y recurriendo a la polisemia resultante del entrecruzamiento de distintos discursos disciplinares. En este sentido, Almeida propone que la noción de *fractalidad* “sería justamente la interpenetración entre lo biológico y lo social, repetida en todos los niveles, del subcelular al societario” (p. 131). En esta posición, los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado pueden ser interpretados “como parte de una dimensión fractal que atraviesa los diversos niveles del sistema, de las moléculas y de las células a los órganos, a los sistemas fisiológicos, a los cuerpos, a los grupos, a las poblaciones, a las sociedades” (p. 131).

Si bien los autores mencionados precedentemente promueven el abordaje de la salud desde una concepción integral, en la que incorporan dimensiones políticas y determinantes sociales que trascienden la mirada bio-médica que históricamente ha hegemonizado el campo sanitario, lo hacen desconociendo construcciones históricas y trayectorias profesionales que implican un posicionamiento diferenciado –y muchas veces antagónico- al momento de reconocer la autoridad de decir y hacer de cada una de las diversas profesiones que componen los equipos de salud.

La indiferenciación entre el aporte específico del trabajo social y el de otros conocimientos científicos, o las dificultades en la clausura de nuestro campo ocupacional, conlleva –al menos- dos problemas. Por un lado, quedar subsumidos en una mirada restringida y biológica a partir de la cual lo social no es determinante sino accesorio en el desarrollo de procesos físicos de salud, por lo que trabajo social sería una profesión considerada subalterna

en relación a otras principales. Por otro lado, tanto Aquín (2009) como Cazzaniga (2002) coinciden en señalar el hábitus instituido en trabajo social, que asume en la práctica todo aquello que no asumen otras profesiones. Este camino, en simultáneo a aquel que sostiene que los profesionales de medicina o enfermería “ayudan a la gente” desvaloriza la necesidad de la incorporación de trabajadores sociales en los equipos de salud, por lo que esta profesión se constituiría en una profesión prescindible en el campo sanitario. Se puede afirmar, por tanto, que la lucha contra la intrusión en trabajo social, es aún inacabada.

En esta línea de pensamiento, y coincidiendo con la perspectiva de Foucault (1979) quien precisa que estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder, se identifica que las diferentes profesiones actúan más como competidoras en un mercado ocupacional concreto que como colaboradoras frente a un objeto común de trabajo.

Por lo dicho hasta aquí, resulta necesario un posicionamiento más simétrico del trabajo social en relación a otras profesiones. Esta jerarquización se encuentra vinculada principalmente a las estrategias que desarrollen sus miembros –individual y colectivamente– en defensa de la especificidad profesional, en la puesta en “juego” de capitales que permitan definir como hegemónica una interpretación sobre las necesidades de las poblaciones y sujetos con los que se trabaja, que incorpore el análisis y propuestas del trabajo social, siendo mediadores activos de las políticas sociales, constituyéndonos en interlocutores reconocidos que podemos dar respuestas calificadas a las demandas que se nos presentan; ya que como precisa Cazzaniga (2002, párr. 34) “La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir.” Al mismo tiempo es necesario “... que existan grupos interesados en hacerlo y que estén en una relación de fuerza favorable frente a aquellos otros grupos que pueden considerarlo innecesario o no les interese que tan delimitación se proponga” (García Salord, 2005, p.79).

CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La presente investigación tuvo como razón principal, indagar la legitimidad del espacio disciplinar del trabajo social en el campo institucional de la DAPS⁶, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba, reconstruyendo trayectorias de trabajo y posicionamientos profesionales desde la constitución de la institución –en el año 1974- hasta la actualidad.

Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo exploratorio y descriptivo, utilizando un enfoque cualitativo, con un diseño no experimental transversal. Tal diseño posibilitó construir los significados respecto al espacio disciplinar del trabajo social y la legitimidad de su intervención que tienen los mismos profesionales de servicio social, otras profesiones miembros del equipo de salud y los funcionarios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba, en tanto empleadores de dicha profesión.

A través del mismo se buscó comprender y analizar percepciones, valoraciones y expectativas en torno a la intervención del trabajo social tanto en la letra escrita (a partir de análisis de documentos y fuentes secundarias) como en las apreciaciones y significaciones de los agentes trabajadores de la institución y en funcionarios de la Secretaría de Salud, información ésta que fue recuperada textualmente. “En el caso del análisis cualitativo la aproximación metodológica permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición sobre la situación, la visión que tienen de su propia historia y de los condicionamientos estructurales” (Gallart, 1992, p.111) lo que lo hace particularmente rico para el análisis de los significados de los distintos actores en relación al problema planteado a la vez que aporta a la profundidad del análisis.

Para ello, resultaron de gran valor las contribuciones del método genealógico, en tanto estudia procesos de larga duración a fin de dar cuenta de regularidades y transformaciones de un campo. “Pero además trata de desentrañar la lógica interna de funcionamiento de dicho campo, los conceptos y operaciones que lo atraviesan, así como las relaciones que existen entre los discursos y el contexto material no discursivo” (Álvarez Uria y Varela, 1997, p. 63),

⁶ Esquemáticamente, y considerando sólo el nivel profesional, la DAPS está constituida por una dirección y subdirección; de esta última dependen 6 Equipos Zonales Interdisciplinarios, cada uno de los cuales coordina entre 14 y 17 centros de salud. A su vez, los Equipos Zonales son coordinados por lo que se denomina “nivel central” constituido por jefaturas de medicina, psicología, enfermería y trabajo social.

entre lo micro y lo macro, entre el saber y el poder, destacando la importancia de la presencia de los agentes que hicieron posible la historia a la que se hace referencia. Por ello, dicen Álvarez Uria y Varela (1997, p. 48) es un modelo “socio-histórico, procesual, anti-normativo”.

Por su parte, la variable histórica, desde la opción genealógica, permite comprender los significados de las diferentes prácticas profesionales en la actualidad, “del grado de legitimación de sus saberes frente a la comunidad académica, de su presencia social y de su capacidad de definición de la realidad, y para conceptualizar nuevos problemas sociales” (Lorente, 2002, p.139).

Además, la indagación acerca del proceso de configuración del campo disciplinar permitió la ubicación y posicionamiento argumentado de esa misma disciplina en el ahora; en este sentido, el reconocimiento de la trayectoria otorga fundamentos para recuperar continuidades, comprender momentos de ruptura y consolidar tendencias, considerando que existen núcleos significativos que se mantienen en el tiempo y que han sido nombrados y/o tratados desde diferentes perspectivas, y que constituyen aspectos necesarios de analizar.

Población y muestra

Para la recolección de la información se apeló a fuentes primarias y secundarias. Los sectores desde los cuales se seleccionaron los casos de la unidad de análisis son:

- Profesionales de trabajo social y visitadoras sociales⁷ miembros de equipos de salud de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba.
- Profesionales médicos, enfermeros y psicólogos de los equipos de salud de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba.
- Funcionarios de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba.

En relación a las fuentes primarias y con el objetivo de lograr la comprensión de los significados que los distintos actores tienen en relación al espacio disciplinar del trabajo social en la DAPS, alianzas y posiciones asumidas en diferentes momentos históricos de la institución, se privilegió la utilización de entrevistas semi-estructuradas, entendiendo que esta técnica favorece la interacción con los sujetos contando con la palabra de los diferentes miembros del equipo de salud en su propio terreno, captando el sentido de sus prácticas y verbalizaciones a su universo de significados. Así también los datos recopilados brindaron una riqueza de información de gran valor para el análisis y la comprensión de la problemática a describir.

Para la implementación de entrevistas a los distintos miembros del equipo de salud (trabajo social y otras profesiones) se seleccionaron de manera intencional personas con

⁷ En sus orígenes, quienes formaron parte del servicio social recibieron la denominación de visitadoras sociales.

diversidad en aquellas características de perfil consideradas más relevantes, entendiendo que ofrecían una gama más amplia y detallada sobre el asunto de interés de la investigación: edad, sexo, profesión, antigüedad en la institución, trayectoria laboral.

La muestra se estructuró considerando las siguientes propiedades:

- **Edad:** hasta 40 años, de 41 a 50 años, más de 50 años.
- **Sexo:** varón, mujer.
- **Profesión:** trabajo social, enfermería, medicina, psicología.
- **Antigüedad en la institución:** menos de 15 años, entre 16 y 25 años, más de 25 años.
- **Trayectoria laboral:** participación/no participación en espacios colectivos; profesional operativo/profesional jerárquico; trabajador activo/ trabajador jubilado.

Se realizó un muestreo por saturación, la que se alcanzó al no aparecer información relevante nueva. Esta modalidad de selección permitió recolectar diversidad de ideas y captar la complejidad del problema de estudio, posibilitando una profunda comprensión de procesos de legitimación del trabajo social en el campo de la salud municipal.

Para las entrevistas que se realizaron a funcionarios de la DAPS, se seleccionó uno por cada período: 2003 a 2006, 2008 a 2009 y 2012 al 2014. Este recorte se realizó considerando que fueron los únicos períodos en que se contrataron profesionales de trabajo social.

Entre las fuentes secundarias de información, se incorporaron:

- Programas preventivos y promocionales institucionales de la DAPS.
- Reglamento interno de la DAPS.
- Registros escritos elaborados por la Comisión de Capacitación Interdisciplinaria de DAPS en el marco de talleres llevados a cabo en el período 2007-2008, sobre el tema equipo de salud e interdisciplina.
- Audio de la Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 y 4 de diciembre de 2014.

En relación a la información de fuente secundaria

Complementando las entrevistas semi-estructuradas, se analizaron documentos institucionales como lo son los diferentes programas preventivos y promocionales que detallan las funciones y actividades que la institución espera de cada uno de los profesionales miembros del equipo de salud, en relación a diferentes sujetos y procesos de salud-

enfermedad, y el Reglamento interno de la institución que define objetivos y funciones para cada área y profesión. Tales documentos permitieron analizar el “desde punto de vista oficial” el espacio asignado para la intervención de trabajo social. En este sentido, es interesante retomar los aportes de Bourdieu (1988, p.139) cuando refiere al punto de vista oficial que se expresa como discurso oficial y

...cumple tres funciones: opera un diagnóstico, un acto de conocimiento que tiende a afirmar lo que una persona es y lo que es universalmente, por lo tanto objetivamente. En segundo lugar, el discurso administrativo dice lo que las personas tienen que hacer, siendo quienes son. En tercer lugar, dice lo que las personas han hecho realmente, como en los informes autorizados impone un punto de vista. Este punto de vista es instituido en tanto punto de vista legítimo, es decir en tanto punto de vista que todo el mundo debe reconocer por lo menos dentro de los límites de una sociedad determinada.

Para poder analizar cómo se distribuyen tareas y responsabilidades ante situaciones concretas de intervención, cuáles son las expectativas que los diferentes miembros del equipo de salud tienen en relación al desempeño del trabajo social en el campo de la salud y cómo trabajo social las asume y/o resignifica; el diseño inicial del proyecto proponía la consulta de libros de actas de las reuniones de equipo. En las primeras aproximaciones a este registro se valoró que no aportaba información relevante para la investigación ya que en muchos de ellos, sólo se enumeraban los temas abordados en reunión sin hacer referencia al proceso de tratamiento de los mismos, por lo que se descartó esta fuente de información.

Sabemos que el enfoque cualitativo plantea la flexibilidad en la captación de la información, aunque ello no impide “extenderlo a fuentes no previstas al iniciarlo si sobre la marcha de la investigación se descubren exigencias de ampliar el panorama” (Gallart, 1992, p.120). Así, durante el proceso de recolección de datos, se identificó otra fuente secundaria accesible y que podía aportar significativamente a la investigación, permitiendo profundizar la información disponible. Me refiero al registro de talleres en los que se abordó la temática de equipos de salud e interdisciplina, organizados y llevados a cabo por la Comisión de Capacitación Interdisciplinaria de DAPS en el período 2007-2008, en los que participaron trabajadores de diferentes profesiones y funciones del equipo de salud.

Del mismo modo, se decidió incorporar el audio de una mesa redonda denominada “*Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS*”, realizada en el marco de los festejos del 40 aniversario de DAPS, en la que participaron cinco ex – directores de la institución. Este registro aporta interesantes elementos tanto para reconstruir la génesis institucional como para caracterizar los contextos en los que hubo incorporación de

trabajadores sociales, ya que se encuentran pocos y discontinuos relatos escritos disponibles sobre el tema.

En relación a las entrevistas semi-estructuradas

Se realizaron doce entrevistas a miembros del servicio social, nueve entrevistas a otros profesionales del equipo de salud y tres entrevistas a funcionarios de la DAPS de la Municipalidad de Córdoba. Se llevaron a cabo durante el primer cuatrimestre del año 2014.

Es importante mencionar que la recolección de información a través de esta técnica, estuvo atravesada por mi posición simultánea de investigadora y de miembro de la institución donde realicé la investigación, lo que implicó facilidades y al mismo tiempo tensiones en el acceso a posibles entrevistados, condicionadas por características del lugar que ocupó dentro de la institución: vínculos previos de conocimiento y confianza con numerosos miembros de los equipos de salud, empleada de planta permanente, trabajadora social, miembro de un equipo de salud correspondiente a un lugar de jerarquía intermedia dentro de la estructura orgánica, posicionamientos teóricos y gremiales públicos. En este marco, fueron las trabajadoras sociales de nivel operativo quienes presentaron mayores resistencias a ser entrevistadas, que aquellas que ocuparon u ocupan cargos de conducción en el servicio social o miembros de otras profesiones que conforman el equipo de salud.

Además, mi pertenencia al campo de estudio al mismo tiempo que ofrece la posibilidad de orientar adecuadamente la investigación, presenta el riesgo de la ausencia de la distancia necesaria para establecer conclusiones válidas. El reconocimiento de esta posición conflictiva exigió una permanente vigilancia epistemológica.

Asimismo, resulta necesario referir el caso particular de una trabajadora social, que se desempeñó como profesional en el período 1978-2004, quien planteó dificultades particulares para “traer a la memoria” acontecimientos vividos por ella durante los primeros años de su ejercicio profesional en la DAPS. Si bien su testimonio hubiera resultado un importante aporte al conocimiento de la historia profesional en la institución, se comprende la dificultad de reconstruir aquellos momentos en que las historias personales y sociales fueron fuertemente atravesadas por el dolor y el miedo. Como mencionan Aylwin *et al* (2004, pág.11)

... en nuestros países vemos hoy operar un conflicto complejo en relación a la memoria y el olvido. La idea de no olvidar aparece ligada a la noción de nunca más, como tardío recurso del siglo XX y el olvido es visto como anti-ético o políticamente incorrecto, ya que se atribuye al recuerdo el carácter de garantía contra la repetición.

Debido al volumen y diversidad de la información, se diseñaron matrices de sistematización de contenidos que permitieron el análisis e interpretación de los datos en relación con el problema y los objetivos de la investigación, y a la luz de las perspectivas teóricas desarrolladas. Su uso facilitó la realización de comparaciones entre las situaciones expresadas por los entrevistados y las posiciones ocupadas por los profesionales de acuerdo con su función en la institución. Así, se identificaron tanto divergencias y semejanzas como constantes en las argumentaciones de los actores estudiados.

Algunos ejes que fueron surgiendo y que actuaron como organizadores de la información fueron: características de las demandas realizadas y/o asumidas por trabajo social como miembro de un equipo de salud, estrategias de legitimación llevadas a cabo por profesionales de trabajo social de manera individual y colectiva, posicionamientos profesionales en el campo institucional, posibilidades de trabajo en equipo, alianzas y confrontaciones en el diseño de proyectos sanitarios, problemáticas sanitarias consideradas prioritarias y profesionales necesarios para su abordaje.

Además de estrategias de categorización, se procuró también la utilización de estrategias de contextualización, a través de las cuales se intentó comprender la información recogida en el contexto, buscando para ello relaciones entre los relatos y eventos dentro de un contexto, en un todo coherente.

Por último, la redacción del informe final adquirió una modalidad de tipo narrativa, planteado según ejes ordenadores que actuaron como hilos conductores del relato, a través de los cuales se expusieron los argumentos centrales que resultaron del proceso investigativo y que dan respuesta a los objetivos planteados. Al hacer referencia a citas textuales de los entrevistados, se plantearon entre comillas y cursiva, colocando una letra mayúscula que permite identificar una lógica enunciativa de cada uno, resguardando su identidad.

Los resultados y las conclusiones alcanzadas tienen un carácter provisorio y pueden ser objeto de otras lecturas, de otras interpretaciones o aproximaciones desde otros puntos de vista. El carácter cualitativo del estudio, además, impide cualquier pretensión de generalización de sus resultados, de modo que, aunque resulte redundante, cabe acotar que los mismos se limitan a las fuentes, los datos y el contexto indagado.

CAPÍTULO IV

TRAYECTORIA Y CONSTITUCIÓN DE LA DAPS

En el presente capítulo me propongo reconstruir el proceso de constitución de la DAPS, situándola en la constitución del sistema de salud municipal. Para ello, recupero antecedentes de la salud pública cordobesa e identifico actores que se ocuparon del diseño y ejecución de estrategias tendientes a abordar la cuestión social vinculada a la atención sanitaria, lo que fue posibilitando la creación de la DAPS y el desarrollo de la misma. Asimismo, rescato las tareas desempeñadas por el Consejo de Higiene de la provincia de Córdoba. Tomo en consideración, además, el proceso simultáneo de constitución de la asistencia social – denominación antecesora del trabajo social- en el campo de la salud, lo que será profundizado en el capítulo siguiente.

La racionalización⁸ de las prácticas intervención social

Autores como Britos (2000), Parra (2001) y Cazzaniga (2010b), identifican al movimiento de los médicos higienistas como un sujeto relevante en el territorio argentino desde finales de siglo XIX y comienzos del XX en el campo social y político, particularmente en el terreno de la salud. Según estos autores, fue uno de los primeros movimientos en advertir las consecuencias de la cuestión social en el país y de proponer medidas concretas para enfrentarla, contemplando aspectos de las condiciones de vida y de trabajo de los sectores más pobres de la sociedad, además de estudiar sus hábitos y costumbres. “La complejidad de la sociedad argentina, producto de la incorporación de grandes masas de inmigrantes y el agravamiento de los problemas sociales existentes, llevaron a los médicos higienistas a criticar las tradicionales prácticas de intervención social” (Britos, 2000, p.29) y a demandar reiteradamente la participación del Estado en diferentes cuestiones. Entre las medidas más importantes se encuentran la racionalización de las prácticas asistenciales a través de la centralización de la asistencia privada y pública, y la exigencia de formación profesional para las personas que intervienen en “lo social”, desde un saber específico y racional, superando intervenciones con base en la intuición y preceptos morales.

En este sentido, en 1883 el médico higienista Ramos Mejía logra la creación de la Asistencia Pública, buscando así centralizar y racionalizar la atención sanitaria en los hospitales, oponiéndose a la Sociedad de Beneficencia como modelo de caridad privada y

⁸ Hablo de racionalización en el sentido weberiano del término, concepto que recupera los modos en que las sociedades han ido siendo sometidas a un proceso de ordenamiento y sistematización, con el objetivo de hacer controlable y predecible la vida del hombre.

discrecional. En 1893 se reorganiza la Dirección General de Administración Sanitaria y Asistencia pública, privilegiando la asistencia médica hospitalaria y domiciliaria, destinada a personas pobres, las cuales tenían derecho a la provisión de medicamentos, para lo que debían inscribirse en el registro de *pobres de solemnidad*⁹. En relación a esta organización en la ciudad de Córdoba, una entrevistada recuerda: “los médicos salían a ver a los pacientes que llamaban, llamaban como llamar al 136: ‘hay un enfermo que tiene tal cosa...’ una telefonista que no sé si tenía tercer grado tomaba los pedidos y los médicos partían con un chofer y una ambulancia, porque en ese momento lo que había era ambulancias y veían al paciente, le daban la medicación o decían hay que internarlo.” (J)

En la provincia de Córdoba, durante las primeras décadas del siglo XX, la Sociedad de Beneficencia –creada en 1856- administraba numerosas instituciones de protección social y de salud¹⁰; aunque todas ellas subsidiadas por el Estado, confiaban la dirección de los mismos a diversas órdenes religiosas. Tal fue la envergadura de las acciones desarrolladas, que en el año 1911 el Estado la reconoce como una institución estatal, otorgándole presupuesto y otros beneficios. En Julio de 1914, la Sociedad de Beneficencia solicita y obtiene el reconocimiento de status jurídico, para lo cual presenta un reglamento firmado por todas sus socias.

Los nombres que figuran en dicho reglamento dan cuenta del sector social de los miembros que integraban esta institución, pertenecientes en su mayoría, a los sectores dominantes de la sociedad cordobesa, muchas integrantes, además, casadas con médicos que actuaban dentro del Estado. (Carbonetti, 2005, p.108).

“Además, como del Consejo de Higiene¹¹ dependía también un área que se denominaba *Asistencia Social*, se subvencionaban una gran cantidad de instituciones benéficas, caritativas, asistenciales que atendían a los sectores pobres de la provincia” (De Dios, 2011, p.52). Según Carbonetti (2005), esta etapa se caracteriza por el crecimiento del

⁹ Según la Ordenanza del 12 de noviembre de 1902, “son pobres de solemnidad los enfermos que carezcan de todo recurso”. Esta designación se utilizó para denominar a aquellas personas que eran susceptibles de recibir ciertos beneficios sociales especiales por su condición de *notoria* pobreza, quienes -después de la correspondiente certificación y registro- eran reconocidos como “oficialmente pobres” y exceptuados del pago de su asistencia.

¹⁰ Se identifican entre ellas: Hospital de Niños, Asilo-Hospital de Alienadas, Asilo de Mendigos, Hospital-Sanatorio Antituberculoso de Nuestra Señora de la Misericordia, Hospital Vicente Agüero e institutos de enseñanza. Asimismo, la Sociedad de Damas de la Providencia gestionaba la Casa Cuna (actualmente Hospital Pediátrico) y Casa de Niños Expósitos en la capital provincial. También encontramos la Sociedad Vicentina de San Vicente de Paul, que administraba varias obras e instituciones: Asilo de Lazariantos de San Vicente, Asilo de Pobres Vergonzantes, un dispensario en la parroquia María Auxiliadora, y un taller de costura.

¹¹ Creado a partir de la aprobación de la Ley Provincial N° 822 del 04/07/1881. El gobernador Juárez Celman determina las funciones que debía tener el Consejo: preservar la salud pública por medio de “disposiciones generales (...) tenientes a combatir las causas inmediatas de las enfermedades” y vigilar el ejercicio de la medicina, la cirugía y la farmacia, así como las condiciones higiénicas de los establecimientos públicos y privados. El Consejo de Higiene, a partir de las palabras del gobernador se conformaba en el ente regulador de las prácticas de la salud, apuntalado por la incipiente elite médica vinculada a la universidad, y se constituía en el primer órgano pluripersonal del Estado provincial cuya conducción era monopolizada por médicos (Carbonetti, 2005, p. 96-97)

sistema sanitario a partir de la iniciativa de las sociedades de beneficencia que tenían un sesgo principalmente religioso, a la vez que importantes relaciones con el Estado. Este tipo de orientación estatal se caracterizó por controlar y regimentar los sistemas, sin intervenir directamente en los problemas de salud, dejando las iniciativas y la gestión a entidades no-estatales, sean sociedades de beneficencia sin fines de lucro o instituciones privadas con fines de lucro.

Si bien la creación del Consejo de Higiene fue un elemento fundamental para regular el desarrollo de las prácticas en salud y se constituyó en el primer órgano pluripersonal del Estado provincial, éste no asumió iniciativas propias tendientes a impulsar la conformación de una estructura asistencial destinada a la atención de la salud, cuestión que fue delegada mayoritariamente a otras jurisdicciones estatales o a las sociedades de beneficencia.

A comienzos de 1908, la Asistencia Pública creó un servicio de protección de la primera infancia. Dentro de éste funcionaron los distintos dispensarios de lactantes, diseminados en diversos puntos de la ciudad. El objetivo principal era prestar asistencia a todo niño enfermo que acudiera al mismo y guiar su alimentación, enseñándole a la madre la manera apropiada de criar a su hijo. Los servicios con los que contaban eran entrega de leche, puesto vacunatorio permanente, control periódico de niños y embarazadas y una pequeña cantidad de medicamentos básicos. Anexo al dispensario se hallaba la “Gota de Leche” que otorgaba alimentos a aquellos *pobres de solemnidad*.

En la provincia de Córdoba, Arturo M. Bas y Eloy de Igarzábal –ambos con importante participación en el ámbito de la política local, y específicamente en relación con la salud– presentaron el proyecto de creación de las Gotas de Leche, cuestión que se concretó en 1914 en Córdoba Capital y fue destinado a la atención de madres y niños de corta edad. Bas fue uno de los dirigentes más destacados desde 1919 en el radicalismo conservador, mientras que Igarzábal, junto con Cafferatta, fueron la fórmula presentada por el partido demócrata progresista para ocupar los cargos de gobernador y vice en la provincia en el año 1916.

Estos políticos son al mismo tiempo profesionales que formaron parte del movimiento de los médicos higienistas quienes otorgaban gran importancia a la prevención y divulgación de conocimientos acerca del cuidado del recién nacido. Las particularidades del momento y la imperante concepción positivista de salud en cuanto a la asistencia pública, demandaban un profesional con el status y formación diferencial que tuviera como rasgo común la ruptura con el voluntarismo y la acción improvisada, remarcando la necesidad de una mayor racionalización y tecnificación de la intervención social. De esta manera, también “la asistencia social se tecnificó y profesionalizó” (Grassi, 1989, p.14).

Asimismo, los médicos a cargo de la conducción de las instituciones de salud estatal, así como los legisladores, particularmente los de extracción socialista, cuestionaban la idea de caridad, alegando que la misma “ha llenado de obras el mundo, sin que haya impedido el pauperismo y la miseria, sólo ha servido para matar en el pueblo el espíritu de rebelión, haciendo tolerables todas las injusticias sociales”, como plantea Giménez (citado en De Dios, 2011, p.44). En esta línea de pensamiento, se inicia un proceso histórico consistente en el pasaje desde la caridad —inspirada, ejercida y controlada por el clero— a la filantropía —asumida, programada y ejecutada por las nuevas clases dominantes de manera directa, ya que “La política de salud pública al igual que la de seguridad social tiene sus antecedentes en las iniciativas privadas vinculadas a la Iglesia Católica, en un primer momento; luego en las acciones realizadas por la Sociedad de Beneficencia” (Rozas, 2001, p.109).

Si bien estas preocupaciones también eran compartidas por el Estado “que buscaba una respuesta más eficaz a los conflictos presentados por el movimiento obrero” (Britos, 2000, p.31) pasaron varios años hasta que estos intentos se organizaran como respuesta efectiva a tales conflictos. Al respecto, dice Parra (2001, p.125) que “hasta inicios de la década del '30 encontraron siempre oposición de una parte del poder político y económico que justificaba la estrategia de la caridad privada, si bien con subsidios del Estado”.

Una de las respuestas a estas demandas, fue la creación de los cursos de Visitadoras de Higiene Social inaugurados en 1924 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, los cuales fueron “considerados los antecedentes más directos e inmediatos de la profesionalización del trabajo social” (Britos, 2000, p.31). Estos cursos estaban dictados por los propios médicos higienistas y dirigidos exclusivamente a mujeres que debían constituirse en *auxiliares de los médicos*. Acerca de ello, Grassi (1989) analiza:

Toda esta nueva corriente filantrópica era orientada, al nivel de los lineamientos ideológicos, por médicos varones; en tanto, la ejecución quedaba en manos de mujeres. Se reeditaba, fuera de los marcos de la vida privada, la relación de poder entre un varón poseedor del saber y de la capacidad de decisión, y entre una mujer que asimilaba y ejecutaba las indicaciones de aquél (p.76).

A partir de esta configuración, en la ciudad de Córdoba, “había visitadoras de higiene, creo que el título lo daban en puericultura, el Instituto de puericultura que estaba en la calle Mariano Moreno al lado de la Maternidad Nacional, ahí les daban unos cursos (...) de seis meses, un año, no sé, y eran visitadoras de higiene, por supuesto con toda las recomendaciones para el niño sano, para el control...” (J). Al respecto, Rozas (2001) precisa que:

En 1933 se organiza la Conferencia Nacional de Asistencia Social; la misma es considerada como una etapa importante de organización de la Asistencia Social, pero al mismo tiempo es el inicio de la formación de otros profesionales de la acción social, como las visitadoras de higiene social, cuyas prácticas legitimadas en el ámbito del Estado constituyeron el antecedente más inmediato de lo que será la intervención profesional del trabajo social (p.116).

La autora reconoce que los ejes que se planteaban estaban basados en considerar a la Asistencia Social como acciones que deben lograr el ajuste del individuo a la sociedad, al mismo tiempo, este proceso de integración permitiría el mejoramiento social del individuo y la familia a través de aconsejar a la sociedad sobre la higiene física y mental.

Este es el marco general en el que se fue configurando el sistema sanitario en el territorio cordobés caracterizado por un Estado provincial poco activo en la conformación de instituciones de asistencia de salud y donde las escasas instituciones que se creaban se constituían como resultado de importantes negociaciones políticas donde los sectores católicos tuvieron una intervención trascendental, tanto desde la ocupación de lugares en el gobierno como desde las asociaciones de beneficencia (Carbonetti, 2005).

Además, la importante expansión demográfica de la ciudad de Córdoba -superior en términos relativos a la de otras ciudades como Rosario y Buenos Aires- se traducía en un importante crecimiento económico. Junto con ello, la aparición de organizaciones anarquistas y socialistas en todo el país, generadas principalmente a partir del pensamiento de grupos de inmigrantes, comenzaron a tener un fuerte ascendiente sobre los trabajadores, quienes fortalecían sus reclamos por mejoras en las condiciones de trabajo. La ciudad crecía desmesuradamente provocando el incremento de la pobreza en el medio urbano: hacinamiento, delincuencia y enfermedad comenzaban a tomar un significado que en períodos anteriores no poseían.

Fue entonces que la dirigencia política comenzó a preocuparse por los problemas relacionados con la salud de la población que provocaban el hacinamiento y la pobreza. Todos estos fenómenos se integraban dentro de la llamada *cuestión social*, que incluía fenómenos sociales, laborales e ideológicos, fruto de la industrialización y la urbanización que se llevaba a cabo en todo el país. En Córdoba, fue el liberal Ramón J. Cárcano, partidario de Sáenz Peña y dirigente del Partido Demócrata local, quien llevó a cabo una política destinada a generar una mayor intervención del Estado provincial, iniciándose así una nueva etapa en la política sanitaria del Estado cordobés (Carbonetti, 2005, p.113).

A ello se agrega la trayectoria de algunas décadas de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Córdoba, que proveyó de recursos humanos y materiales al proceso de conformación del sistema sanitario, y que a su vez “generó una elite médica que se fue insertando en el Estado provincial y municipal desde donde impuso políticas para impulsar la medicalización del sector salud” (Carbonetti, 2005, p.93). La dirigencia médica, desde las instancias gubernamentales como también desde los ámbitos académicos, reclamaba la organización y centralización del sistema de salud, de modo de tornarlo más eficiente en su accionar.

Por su parte, el municipio de la ciudad de Córdoba generó sus propias instituciones como el Hospital Rawson (ex Casa de Aislamiento) y la Asistencia Pública, de la cual dependían algunos “dispensarios” distribuidos en diferentes sectores de la ciudad. Cercanos territorialmente a éstos -como ya hemos puntualizado- se encontraban las “Gota de Leche”, cuya dependencia era provincial y complementaban la oferta sanitaria de aquellos: en los dispensarios había atención de clínica médica y enfermería, mientras que en las “Gotas de leche” de ginecología, obstetricia, pediatría, enfermería, y en varias de ellas, servicio social. Estas instituciones configuraron, en la ciudad de Córdoba, los inicios del primer nivel de atención en salud.

En la Asistencia Pública dependiente de la Municipalidad de Córdoba la atención era precaria, disponiendo de especialidades básicas e implementación de programas nacionales; contaba además con un servicio de emergencia a domicilio disponible las 24 hs; *“porque las guardias eran así, los lunes, los martes, eran guardias de 24 hs. (...) una actividad que estaba programada en ese momento que los médicos salían a ver a los pacientes que llamaban”* (J).

Hacia una política pública sanitaria

A partir de la década del '40, y particularmente durante la gestión de Ramón Carrillo en el Ministerio de Salud Nacional, comienzan a cambiar algunas concepciones de la salud y la enfermedad, y se definen propuestas de intervención que requerían una acción en la que el Estado articulara las políticas sociales con las económicas. En esta línea se expresaba Ramón Carrillo señalando que:

...hoy no se pueden afrontar los problemas de la medicina de las masas sin un criterio político y económico, sin un criterio de justicia social (...) el primer planteo es el de saber si existe una política sanitaria (...) es indudable que ella no existió hasta que no se tuvo una política social y económica. En cuanto a las orientaciones que debía adoptar la medicina en este contexto señalaba que es

evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social, y no puede haber medicina social sin una política social del Estado (citado en De Dios, 2011, p.102).

Durante las gestiones sabattinistas en la provincia de Córdoba el Consejo de Higiene adquirió nuevas dimensiones institucionales y políticas, intentando extender su intervención en pos del logro de la tan reclamada *centralización y organización sanitaria*, y tratando de hacer llegar la atención de la salud a los sectores más postergados de la provincia.

La Madre y el Niño, encuentran aseguradas su asistencia y consejo, y se ha podido constatar que, gracias a la acción de educación sanitaria que las Gotas de Leche y Cantinas Maternales realizan, como también los Dispensarios, esta acción ha adquirido un desarrollo tal, que es motivo de orgullo el mencionarlo (Sabattini, citado en De Dios, 2011, p.35).

Pero es recién a fines de la década de 1940 cuando se efectiviza la centralización y estatización de los servicios sanitarios provinciales, de la mano de los gobiernos peronistas que, por diferentes vías, lograrán poner bajo la órbita del Estado todas las instituciones administradas por las sociedades benéficas y caritativas. Como resultado, se requiere la incorporación de una gran cantidad de asistentes sociales en las instituciones provinciales; *“Nosotros rendimos un concurso en el año 60 y pico, 63, 64 fue. Llamaron para cubrir cargos de asistente social. Se hizo una prueba y se rindió. Éramos muchísimos, y ahí entré, entramos quince médicos y quince asistentes...”* refiere (R).

El nuevo ministerio tenía a su cargo, al igual que sucedía con el viejo Consejo de Higiene, las áreas de salud y de asistencia social, y su organigrama interno se ordenaba en tres grandes direcciones: Administrativa, de Asistencia Social y de Salud Pública. De la Dirección de Asistencia Social dependían las instituciones que se ocupaban de la salud materno-infantil (Gotas de leche, Dispensarios de Lactantes), los dispensarios antituberculosos y las instituciones dedicadas a lo que se denominaba “Higiene Social” (atención de enfermedades venéreas).

En este tiempo el debate sobre la salud-enfermedad fue central en el desarrollo del pensamiento positivista, que sostenía la importancia de construir un país sano como modo de garantizar el progreso social. Desde esa perspectiva, se consideraba que la cuestión social pasaba por eliminar patologías sociales de grupos humanos que por su situación de pobreza, se constituían en obstáculos para un desarrollo sano y normal de la sociedad (Rozas, 2001). En este sentido, explicitaban que la “asistencia preventiva consiste en combatir directamente las causas que originan los males sociales (entendidas como anomalías) para evitarlas (ej. las

enfermedades de tuberculosis, leprosos, alcoholismo, escuela para niños débiles, entre otros)” (Rozas, 2001, p.141). Relata una visitadora social *“Como equipo cada uno tenía un rol. Es decir el médico controlar, avisarme a mí cualquier cosa que veía, que el chico no avanzaba. Nos comunicábamos permanentemente. Armábamos, teníamos pautas para ver cómo hacer. Suponete de tuberculosis. Se hizo de parte del médico un test, preguntas, vacunación, se hizo seguimiento en el domicilio”* (R). En este relato, se identifica claramente lo expresado por Rodríguez Soto al referir que *“...las proposiciones siguen la aproximación científica de conocimiento centrada en el método positivista y como propuesta de intervención asumen la racionalidad tecnológica para el control de la realidad”* (citado en Quezada y otros, 2001, p.68).

Los acontecimientos mencionados se van constituyendo en un dispositivo que permite un lento y por momentos contradictorio proceso de conformación del sistema sanitario de la ciudad de Córdoba. Para su análisis, es importante retomar las afirmaciones de Cazzaniga (2010b, p.1) cuando precisa que

Los procesos históricos que van dando lugar a la conformación de las sociedades son conflictivos y contradictorios en tanto participan del mismo sobre-determinaciones económicas, políticas, culturales, ideológicas, entre otras. Sin jerarquizaciones entre las mismas -aunque sea posible que en cierto momento alguna de ellas adquiera mayor gravitación- se estructuran en un entramado que “modela” las características particulares de tal sociedad.

“Los periféricos”¹²

En el año 1973 y en consonancia con un proyecto político nacional, en la provincia de Córdoba y en la ciudad capital gana las elecciones democráticas el FREJULI (Frente Justicialista de Liberación), siendo electa en la provincia la fórmula de Ricardo Obregón Cano - Atilio López, y en la ciudad Juan Carlos Ávalos como intendente. Con la vuelta de Perón al país se inicia una ofensiva abierta de la derecha peronista contra los sectores más ligados a movimientos revolucionarios. Así es que el 28 de febrero de 1974 se produce el alzamiento policial conocido como el “Navarrazo”: el jefe de policía de la provincia de Córdoba, Antonio Navarro, depone al gobernador y a sus funcionarios imponiendo, de hecho, un estado de sitio garantizado por la policía con el auxilio de grupos armados civiles y que estableció un mayor control sobre el conjunto del movimiento obrero y otros movimientos populares. Ese mismo año fallece Ávalos

¹² De esta manera se llamó a los centros de salud en sus orígenes, denominación que aún es utilizada por algunos trabajadores.

y es el concejal Juan Domingo Coronel quien asume la conducción del municipio de la ciudad de Córdoba, siendo acompañado como secretario de gobierno por José Manuel de la Sota.

Mónica Gordillo (2001) precisa que el movimiento obrero cordobés apoyó mayoritariamente propuestas disruptivas, tanto en lo que se refiere al orden político como a la representación del orden económico deseable. En la coyuntura posterior a 1973, las respuestas de los trabajadores de los sectores dinámicos de Córdoba, combinaron acciones de resistencia, arraigadas en su experiencia de lucha, con estrategias que intentaban dar respuestas originales a las nuevas exigencias de las empresas y del gobierno, viendo limitados los espacios públicos para expresarse y produciendo fisuras en las identidades del movimiento.

En este contexto, el 3 de octubre de 1974 el Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Córdoba, mediante ordenanza N° 6.322 reorganiza la estructura municipal y a través del decreto del intendente N° 3.556 del 24 del mismo mes, se crea la Dirección de Atención Médica Periférica (cuya denominación cambiará en varias oportunidades hasta llegar a su nombre actual: Dirección de Atención Primaria de la Salud¹³), estableciendo como misión institucional “la de ser la puerta de entrada al Sistema de Salud y la de actuar como un facilitador de todas las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así como de la participación de la población en la gestión de todas sus acciones”¹⁴. Al respecto de esta creación, refiere una de las trabajadoras de servicio social de ese momento: *“cuando se crea... se ve esta situación de que los dispensarios no recibían el presupuesto necesario, iban creciendo, los barrios se hacían más, necesitaban más insumos y la asistencia pública como ente centralizado destinaba muchos recursos a la asistencia pública sola y a los dispensarios le llegaban migajas... entonces un director, Marcelo Chauvet, empieza la jerarquización de los dispensarios, así se llamó un tiempo, y como esto no encajaba en el sistema propone la separación de los dispensarios de la asistencia pública. Eso es en el 74, en la creación de la Dirección de Atención Médica Periférica, porque los periféricos, como los países periféricos, tenían una situación diferente al centro”* (J).

Gustavo Serra, quien en 1974 fuera designado como vice-director de la entonces Dirección de Atención Médica Periférica, refiere que en momentos previos a su estructuración *“me encontré con una serie de establecimientos sumamente precarios que dependían de la asistencia pública y prestaban escasos servicios con pocos recursos en humildes condiciones*

¹³ En 1981 “Dirección General de Atención Médica Periférica”, en 1992 “Dirección de Atención Primaria de la Salud”, en 2000 “Dirección de Coordinación de la Atención Primaria de la Salud”, en 2008 “Dirección Colegiada de Atención Primaria de la Salud” y en 2009 vuelve a denominarse “Dirección de Atención Primaria de la Salud”. Excepto el cambio de *“atención médica”* a *“atención de la salud”*, cuya modificación disputa un sentido diferente sobre la concepción de salud, el resto de los cambios de nominación responden a variaciones en la estructura organizativo-formal de la Dirección.

¹⁴ Extraído del reglamento interno vigente de DAPS.

edilicias y con un personal carente de estímulos y desorganizado. Para colmo se superponían acciones con centros materno-infantiles dependientes de la provincia. Estos dispensarios constituían un lugar de castigo para quienes merecieran algún tipo de sanción y cuanto mayor era la falta más lejos lo enviaban". A ello agrega –que junto al director Chauvet- “teníamos a nuestro cargo 46 dispensarios precarios, mal equipados y con personal casi olvidado. Nos planteamos entonces, hacer un plan que consistía en la reorganización de la dirección, basándonos en tres funciones a cumplir: prevención, asistencia y proyección social hacia la comunidad. La gratuidad de los servicios fue una determinación clave para eliminar la barrera económica de vastos sectores sociales, prohibiéndose bonos, rifas y cualquier otro acto que implicara erogación por parte de los pacientes.”¹⁵

La creación de la DAPS se da en el marco de un importante movimiento latinoamericano de medicina social y “la aparición de los primeros signos de ineficacia del modelo hospitalario-asistencial” (...) que permite “comprender cómo empezaron años propicios para el surgimiento de lo que Arouca denominó el modelo preventista” (Breilh, 2003, p.140), posicionado desde un patrón epidemiológico correspondiente a la lógica de la multicausalidad. En este período fue importante la crítica epistemológica al modelo empírico funcionalista imperante y se sentaron las bases organizativas de lo que más tarde se consolidaría como un movimiento contra-hegemónico, que defendía un paradigma general de la salud colectiva y la epidemiología crítica. Desde esta perspectiva, se comienza a explicar la salud como un proceso que tiene que ver con la historia, la política, la economía, la cultura, las emociones.

En la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollada en 1977, se planteó la necesidad de garantizar la "Salud para todos en el año 2000". En 1978, en la reunión cumbre de ministros llevada a cabo en Alma Atta (Rusia), quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una nueva estrategia capaz de organizar la atención desde niveles de complejidad diferenciados. Desde esta idea, y reconstruyendo la trayectoria institucional de la DAPS, es necesario precisar que la conferencia de Alma Atta se constituye en un hito para la superación de la *atención* en salud sólo desde la *demanda de la población* y se organiza el trabajo a partir de la implementación de programas preventivos y promocionales de la salud. “*En la etapa que pasa la dirección ya como política pública sanitaria, que va muy de la mano de esta famosa reunión de ministros en Alma Atta, donde se inicia todo un período de programación, (...) pasa a ser de una demanda espontánea a una oferta más programa desde el sistema, y empieza todo el período de los programas*” (P). Además, “*se empezó a*

¹⁵Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

poner en cuestión esta práctica en una institución del Estado tan líbera... Los pediatras tenían que entender que había pautas en el primer nivel de atención que tendrían que ir respondiendo a investigaciones, (...) esto de que vos no sos sólo vos, sino que sos miembro de una política pública para todos, donde también se estudia, se investiga y también se propone para implementar en lo colectivo. Esto del ejercicio de la profesión circunscripto a normas, a pautas que iban empezando a tomar forma en relación al espacio colectivo, yo me acuerdo que era una discusión fuerte....” (P), relata una de las entrevistadas.

La Declaración de Alma Atta, además, propone el trabajo vinculado a la promoción de la salud mediante la participación comunitaria activa y el desarrollo de las aptitudes y capacidades personales en la creación de oportunidades conducentes al logro de su salud. Para la obtención de la equidad sanitaria y la accesibilidad al sistema de salud, se constituye en necesario el trabajo intersectorial, interjurisdiccional e interdisciplinario de los equipos de salud. Al respecto, *“cuando leímos Alma Atta quedamos deslumbradas y resulta que cuando vos te ponés a hacer esto que estamos haciendo ahora, te das cuenta que lo que dice Alma Atta, la gente lo estaba haciendo, con mucho esfuerzo, con muchas dificultades, pero lo estaba haciendo, con una base. Así surge la DAPS con una base de lo que la Asistencia Pública tenía y no lo prestigiaba, no lo apreciaba”*, precisa (J).

Esta propuesta sanitaria encuentra importantes complejidades para su implementación en el contexto cordobés, ya que la realidad de la dictadura¹⁶ instaurada en 1976 restringe la posibilidad de poner en práctica el proyecto alrededor de ejes como *participación social* –condición por la que se atenúan las actividades comunitarias que se estaban desarrollando desde una perspectiva transformadora¹⁷- o *interdisciplina*—entre otras cuestiones, la carrera de trabajo social de la Universidad Católica de Córdoba fue cerrada en el año 1971, y en la Universidad Nacional de Córdoba fueron cesanteados y desaparecidos alumnos y docentes de esta unidad académica¹⁸. Éstos son sólo algunos de las *perplejidades* de la época, entre la política sanitaria implementada y movimientos populares más generales.

¹⁶ Al hacer referencia al contexto de la Dictadura Argentina de 1976-1983, es necesario precisar que no lo circunscribo al indiscutido y fundamental accionar de las Fuerzas Armadas, sino que incluyo en el mismo la participación necesaria de grupos económicos, políticos, eclesiásticos y en especial el Poder Judicial, como cómplices y garantes del terrorismo de Estado.

¹⁷ Según testimonios, durante la dictadura, la Dirección se limitó a brindar atención médica en los barrios. En algunos casos se dieron acciones de resistencia al régimen inconstitucional en forma mancomunada comunidad-equipo de salud. Valga como ejemplo de ello el Centro de Salud de Bº Comercial (institución con fuerte compromiso social en la época), donde incluso hubo allanamientos y represión. (Egidos y Greco, 2011)

¹⁸ Para considerar el impacto de la represión sobre la población de docentes, graduados y estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la UNC, resulta interesante tomar el informe producido por Gener sobre la evolución del número de alumnos inscriptos en el período 1976-1979. De él se desprende que “entre 1976 y 1977, se registra una caída de ingresantes de un 74% y la merma del total de estudiantes es de un 33%”. (Britos y Paviolo, 2014, p. 40)

Según manifiesta Serra¹⁹, dos espacios organizativos se constituyen también en los inicios de la repartición: el Consejo Técnico y la Gremial Médica²⁰. *“El primero estuvo integrado en un principio por los jefes zonales, jefe de departamento y el director. Poco tiempo después se amplió con la jefa de enfermería Rosita Villalba, la jefa de servicio social la Lic. Josefina Ferreira de Valdés y el Dr. Gustavo Martínez. Este consejo se reunía semanalmente y veía y se trabajaban asuntos vinculados a la marcha de los programas, las novedades producidas en la semana, los casos puntuales y aquellas decisiones de la dirección que merecían ser discutidas antes de llevarse a la práctica. La gremial médica se desarrolla en un comienzo junto con la de la Dirección de Asistencia Pública, independizándose poco después dependiendo de los intereses y derechos de los profesionales con verdadera vocación, participando de la revisión del organigrama, concursos médicos, etc.”* (Serra)

En los años subsiguientes se incrementa el número de efectores con la creación de centros cercanos a algunas poblaciones con dificultades de accesibilidad²¹ y que convivieron durante algunos años con efectores provinciales del primer nivel²². Su oferta prestacional privilegiaba la asistencia de la patología ambulatoria en consultorios más cercanos a la población. Esto se acompañaba de acciones preventivas como vacunación y entrega de leche con control mensual de niños de 0 a 2 años.

En 1981 se dispuso junto con el Ministerio de Salud de la provincia la transferencia del Instituto Municipal de Alcoholismo y Drogadicción a la provincia y el pase a la esfera municipal de 20 Centros Materno-Infantiles provinciales, con lo que quedó municipalizada la totalidad del primer nivel de atención en salud. Varios de los centros materno-infantiles ya trabajaban en edificios comunales, otros que estaban cercanos y competían entre sí se unificaron y unos pocos mantuvieron la localización original ampliándose sus funciones. *“No fue una acción sencilla ya que significó el traspaso de profesionales, edificios y equipamiento, pero este ordenamiento permitió la delimitación de las funciones y un ágil sistema de referencia y*

¹⁹ Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

²⁰ En el período de constitución de la DAPS, los médicos no se reconocían a sí mismos como asalariados, situación por la cual no formaron parte del SUOEM (Sindicato Único de Obreros y Empleados Municipales), sino que se referenciaban desde su condición de **profesionales** y **“doctores”** y constituyeron una asociación gremial aparte, sin reconocimiento legal de sindicato pero con un importante poder político por el capital simbólico que porta esta profesión, poder que les permitió a lo largo de toda la historia institucional incidir y definir políticas, jefaturas y funcionarios.

²¹ La accesibilidad refiere a la posibilidad de encuentro entre la población y los servicios de salud. Si bien cuando se hace mención a ella, se está contemplando aspectos geográficos, económicos, administrativos, culturales y/o simbólicos; en esta referencia particular, se señalan obstáculos geográficos, particularizados en la distancia entre el lugar donde residen los ciudadanos y donde se encuentra localizado el edificio del centro de salud.

²² Son estos efectores, como hemos manifestado anteriormente, los que se denominaban Gotas de Leche y centros Materno-infantil.

contrarreferencia. Mereció también una efectiva coordinación con instituciones barriales, como clubes, cooperativas y centros vecinales”, plantea Serra²³.

A partir del año 1982 y con mayor énfasis desde la recuperación del sistema democrático de gobierno en 1983, el discurso sanitario estatal sostiene que el primer nivel de atención es patrimonio exclusivo de la política de salud de los municipios y que sobre él deben concentrar sus recursos materiales, humanos y financieros. A este principio responde la transferencia a la Municipalidad de Córdoba de la totalidad de los efectores pertenecientes a la jurisdicción provincial y que correspondían al primer nivel de atención, en un intento de unificar lo que en el campo sanitario se denomina como *la puerta de entrada al sistema público de salud*. Al mismo tiempo, se consolidan los programas con énfasis en la promoción y la prevención.

²³Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

CAPÍTULO V

LOS PRIMEROS SERVICIOS SOCIALES: “... *para eso hubo que andar bastante*”

Los sucesos, acontecimientos y procesos de la estructura social general y de las políticas sanitarias en particular, fueron posibilitando y configurando diversas intervenciones producidas en los servicios sociales de salud, desde los orígenes del sistema sanitario en la ciudad de Córdoba.

La reconstrucción y análisis particular del origen del servicio social en salud y en la DAPS, se encuentra atravesada por dos núcleos de debate planteados por Cazzaniga (2010b), vinculados al surgimiento de la profesión: su nacimiento como profesión para-médica y para-jurídica, y por lo tanto subalterna a otras disciplinas, planteado por autores como Alayón (1980) y Grassi (1989); y en segundo lugar, el surgimiento del trabajo social como ejercicio científico de la asistencia social, en tanto racionalización y superación de prácticas de caridad y filantropía. Con respecto a lo primero, Grassi (1989, p.98) explica que “El médico —y posteriormente el abogado— poseedores del saber y del poder, encontraron en ella [en referencia a la asistente social, aclaración mía] su auxiliar eficaz, capaz de cumplir con ‘el mayor tino y delicadeza’ sus indicaciones”, lo que nos coloca en una ubicación subordinada respecto a estas otras profesiones. Con respecto al segundo núcleo de debate, Rozas (2001, p.99) analiza la influencia del positivismo en la profesión y plantea que “respecto al origen de la profesión (que, por cierto, sigue en debate), podemos señalar que existe la idea de que ella surge como evolución de las formas anteriores de intervención social, léase caridad, filantropía y asistencia organizada” y que “El carácter de profesionalización se da fundamentalmente por la modernización de sus métodos y técnicas.” (Rozas, 2001, p.100).

Por su parte, García Salord (1991, p.23) señala que la referencia histórica de la especificidad del Trabajo Social, “remite a las llamadas formas de ayuda y asistencia social, no como meros antecedentes, sino como las prácticas de donde se desprende Trabajo Social como una profesión”, ya que la especificidad profesional comienza a constituirse recuperando elementos de otras prácticas no profesionales, a través de las cuales se interviene en las necesidades y carencias para cumplir con las prescripciones de una doctrina.

Si bien estos postulados son fuertemente discutidos por diferentes desarrollos teóricos actuales (principalmente por autores cuyo pensamiento se encuentra vinculado al marxismo como Parra, Netto, Yamamoto y Montaña) -quienes sostienen que la aparición de un *nuevo* profesional especialmente calificado es producto del desarrollo de las fuerzas productivas en el capitalismo monopólico- la recuperación de relatos de quienes fueron protagonistas de estos

momentos históricos, están imbuidos de otras matrices epistemológicas y teóricas a partir de las cuales explican cómo fue configurándose el campo profesional de trabajo social en el área de la salud cordobesa.

A partir de ello, profundizar el campo –siempre contradictorio- de producción social de sentidos, permite adentrarse en el debate por el recuerdo de esa historia y su interpretación, teniendo en cuenta que los relatos sobre la memoria han sido riesgosamente monopolizados por grupos precisos para la defensa de intereses y puntos de vista y que existen interpretaciones autorizadas que construyen predominios y hegemonías.

Molina²⁴ precisa que concretamente en Córdoba, *“Los primeros servicios sociales hospitalarios, remontándose a la década del 40, venían casi todos de orígenes confesionales, concretamente de la Iglesia católica cuyo accionar dentro de los servicios se implementaba a través de lo que se llamaban sociedades de beneficencia”*. Además, reconoce que uno de los elementos más importantes para el análisis de las posibilidades de intervención desde los servicios sociales *“era el gran peso que tenía el modelo médico. Para nosotros en esa etapa – incluso más adelante cuando éramos muchos profesionales- había una impronta médica muy marcada; entonces el que existía era el médico y nosotras teníamos voz pero no voto, no teníamos posibilidades de decidir en las acciones, por lo menos en lo que queríamos hacer a partir de los servicios (...) porque la institución era un esquema de poder armada en torno al médico; y las otras disciplinas éramos ‘para-médicas’ o en un segundo momento ‘no-médicas’ y después ‘profesionales de la salud’; pero para eso hubo que andar bastante”*.

Aportando a esta perspectiva y a partir de los hallazgos de Olga Páez en su tesis doctoral (citada en De Dios, 2011, p.65), se identifica a la Escuela Nacional de Puericultura como una de las primeras instituciones oficiales de formación de trabajo social en Córdoba; la misma comenzó a funcionar en abril de 1943 dependiendo de la Dirección Nacional de Salud Pública, División Maternidad e Infancia. Funcionó en el Instituto de Maternidad de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y otorgaba el título de Enfermeras Visitadoras de Higiene Infantil²⁵ y su objetivo principal era la divulgación de los conocimientos de Puericultura en general. Las egresadas, en su ejercicio profesional eran denominadas simplemente *visitadoras* o *visitadoras de higiene*. Recién en 1957 se creó el *curso de Asistencia*

²⁴Panel “Historia del servicio social de salud en la Provincia de Córdoba”, organizado por la Cátedra Fundamentos y Constitución Histórica del Trabajo Social, ETS, UNC el 07/09/06.

²⁵Lorente (2002) realiza un importante aporte en relación a esta “híbrida” certificación. La autora menciona que tanto trabajo social como enfermería (incluye también al magisterio) comparten el ámbito de la asistencia, la ayuda y la protección que garantiza la reproducción social y son preferentemente profesiones femeninas. Además retoma el aporte de algunos autores que las denominan *semi-profesiones* porque necesitan de la supervisión de otras profesiones de status superior.

Social impulsado por el Dr. Horacio De Césarís, abogado comprometido con la Doctrina Social de la Iglesia Católica, quien se desempeñó como su director hasta 1971.

El curso dependía de la escuela de Auxiliares de la Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas y contaba con dos años de duración, 8 asignaturas y un cuerpo docente de 4 profesores. En 1963 este curso extiende su duración a 3 años y, en 1965, a 4 años. Finalmente, en 1966 se crea la *Escuela de Asistencia Social*, manteniendo la dependencia de la Facultad de Ciencias Médicas hasta el año 1968 que se independiza pasando a depender directamente del Rectorado de la Universidad Nacional de Córdoba (Britos y Paviolo, 2014, p. 37).

A partir del año 1950 se produjeron designaciones de asistentes sociales y visitadoras de higiene en los espacios institucionales surgidos desde la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1949. Se observa entonces que en la nueva estructura institucional a través de la que se plasmaban las nuevas orientaciones sanitarias que el gobierno promovía para la atención de la salud de la población, emergieron nuevos espacios ocupacionales para estos agentes. *“Las visitadoras de Higiene ¿Qué era lo que tenían que ver? Era todo lo referido a la higiene desde el punto de vista médico, no la higiene de lavarse las manos con agua y jabón, sino la del cumplimiento de las normas médicas (...) tenían que velar por el cumplimiento de las normas que el médico había dicho que se tenían que cumplir...”*, explica Molina²⁶; mientras que una trabajadora municipal contemporánea a ella, relata: *“Y eran visitadoras sociales porque se habían dedicado a eso y tenían la primaria completa. Había visitadoras que habían hecho los cursos que daban en la maternidad nacional, la dirección de puericultura creo que se llamaba, y tenían un diplomita de visitadoras sociales y estaban en los dispensarios, en las gotas de leche”* (J). Álvarez Uria (1995) dirá que las pioneras de la asistencia social eran las portadoras de los valores morales propios de la civilización en un medio desarraigado caracterizado por la enfermedad y la depravación, que aparecían como compañeras inseparables de la miseria; mientras que Donzelot (2008) precisará que fueron parte de la construcción de un complejo tutelar que magnificó elementos aparentemente menores de las familias, colocándolas en un circuito pato-genético que justifica intervenciones en las mismas, echando *“algo más que un vistazo sobre la familia a través de la tutela”* (Donzelot, 2008, p.30).

Muchas de las visitadoras sociales se desempeñaban en las llamadas *Gotas de Leche, Cantinas Maternales o Dispensarios de lactantes*, que estaban destinados a la atención de la

²⁶Panel “Historia del servicio social de salud en la Provincia de Córdoba”, organizado por la Cátedra Fundamentos y Constitución Histórica del Trabajo Social, ETS, UNC el 07/09/06.

madre y el niño de primera infancia. Verdès-Leroux reconoce que la acción de las pioneras de la asistencia social se centró en un primer momento y de un modo especial, en las mujeres y los niños de las clases trabajadoras, lo que explica la importancia que cobró la enseñanza de la puericultura y del hogar en su programa reformador (citado en Álvarez Uria, 1995). Según las autoridades del Consejo de Higiene,

la labor de estos Dispensarios ha sido considerable, contribuyendo a salvar un enorme número de vidas infantiles (...) Esta misión de los Dispensarios de lactantes ha sido completada en gran parte por las funciones de la Enfermera Visitadora con que cuenta cada uno de ellos y que en sus periódicas visitas domiciliarias lleva a cada hogar las imprescindibles nociones de higiene y dietética infantil, combatiendo así, in situ, prácticas perniciosas, tan arraigadas en las clases pobres²⁷ (citado en De Dios, 2011, p.59).

Una de las visitadoras sociales entrevistada, recuerda intervenciones en esta línea y llevadas a cabo no sólo en domicilio: *“Dábamos charlas en la sala. En un momento, en que había como cincuenta mujeres, cincuenta chicos suponte, era un hacinamiento, empezábamos con la higiene del bebé, teníamos bañaderas, chicos que no venían limpios, los bañábamos con la enfermera y le explicábamos a la madre, porque a veces no se veía la piel de no bañarlo nunca”*. (R)

De Dios (2011) analiza los cambios en los modos de designar a las portadoras de este oficio: la denominación *enfermera visitadora* fue reemplazada por la de *visitadoras de higiene* o *visitadoras sociales*, y estas últimas por la de *asistentes sociales*. Estos cambios tienen directa relación con lo consignado en los títulos habilitantes expedidos por las instituciones de formación. Al respecto, explica Molina²⁸ que *“Después se llamaron Visitadoras Sociales, era algo un poco más amplio, con una perspectiva diferente. Ahí incidió la creación de una carrera que funcionaba en el Instituto Nacional de Puericultura cuya sede está a la vuelta de la Maternidad Nacional (...) ahí también se formó ese recurso de las Visitadoras Sociales; su trabajo era afuera, una combinación de higiene y social, había que ir a la casa del paciente, conocer la familia, ayudarlo... la tarea siempre acompañada del tema de asistencialismo, ver si había necesidad de llevar ropa, leche en polvo...”*

A partir de la década del '50 es posible identificar dos procesos simultáneos en el campo de la salud cordobesa. Por un lado, un crecimiento cuantitativo de asistentes sociales y visitadoras de higiene contratadas por el Estado provincial en el área de salud; y por otro, la

²⁷ Archivo de Gobierno. Consejo de Higiene. Memoria del año 1935. Tomo 32. Folio 272.

²⁸ Panel “Historia del servicio social de salud en la Provincia de Córdoba”, organizado por la Cátedra Fundamentos y Constitución Histórica del Trabajo Social, ETS, UNC el 07/09/06.

delimitación progresiva de jerarquías y funciones, estableciéndose distinciones entre Asistentes Sociales y Visitadoras de Higiene. A partir del desarrollo de un campo de intervención para el Servicio Social en el ámbito sanitario se demanda de un número mayor de profesionales y se generan disputas respecto de quienes son los profesionales *habilitados* para desempeñarse en el mismo. Al respecto, recuerda Molina²⁹: “cuando llego al nivel central [año 1972, agregado mío] en los hospitales existía un número importante de personal formado por distintas instituciones que no eran las escuelas de trabajo social. Era gente que se había formado entre la década del '40 y el '50 y que –de alguna manera- eran quienes estaban ubicadas en los servicios, entonces llegábamos los nuevos que teníamos que ganar el espacio y –por supuesto- éramos vistos como la gran contra, la oposición, como que les íbamos a quitar los lugares. O sea que fue una época bastante conflictiva.”. Además, refiere que “del personal idóneo había gente que había sido formada y había otra que directamente se había hecho en la práctica de acuerdo a su buena voluntad, a su interés o a su preocupación por el necesitado, por el indigente o por el pobre...”

Pese a estas diferenciaciones, las visitadoras y asistentes sociales tuvieron que convivir durante varias décadas disputando y también compartiendo espacios ocupacionales, cuyas distinciones eran más identificadas por ellas que por miembros del equipo de salud, por los empleadores o por los mismos ciudadanos que concurrían a los servicios sociales. Además, la estructura administrativa de la que formaban parte en las instituciones, no definía incumbencias diferenciadas para unas y otras: “vos eras la única profesional coordinando el grupo de visitadoras...”, recuerda (P).

Las entidades sanitarias del momento orientaban su intervención al enfrentamiento de las denominadas *enfermedades sociales*, a las enfermedades infecciosas y al binomio madre-hijo. Desde esta perspectiva se fueron articulando estrategias de intervención que combinaban la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. Dentro de estas estrategias ocupaba un lugar privilegiado la educación, la transmisión de normas, de pautas de conducta y de higiene a la población, particularmente a quienes vivían en la pobreza, ya que se los consideraba expuesta a mayores *peligros sociales*. En este sentido, Donzelot (2008, p.31) distingue que las estrategias llevadas a cabo con las familias denominadas como *inestructuradas*³⁰ toman el carácter de un “cuerpo a cuerpo entre los servicios y los asistidos”, mientras que éstos últimos

²⁹ Panel “Historia del servicio social de salud en la Provincia de Córdoba”, organizado por la Cátedra Fundamentos y Constitución Histórica del Trabajo Social, ETS, UNC el 07/09/06.

³⁰ Según categoriza el mencionado autor, son aquellas que tienen como rasgos dominantes (a los ojos de los servicios del tribunal, en los casos que analiza) la inestabilidad profesional, la inmoralidad y la suciedad (Donzelot, 2008, p.30).

...se ponen a producir todos los signos externos de moralidad que se espera de ellos: cura de desintoxicación, limpieza de la casa los días en que se sospecha la visita de la asistente social, traslado a un nuevo apartamento (sopena de no poder pagarlo; lo esencial es mostrar su voluntad de cooperación), y sobre todo montones de cartas que atestiguaban un gran arrepentimiento, la firme determinación de vivir como se debe (Donzelot, 2008, p.31).

La visitadora social (R) recuerda: *“Suponete, yo veía a ella en su domicilio, yo la había visitado, controlado, veía las cosas, sabía las cosas y suponete a la directora se le ocurría que yo tenía que ir día por medio, yo no estaba de acuerdo con ella en eso porque lo que yo evaluaba en dos visitas a la semana me bastaba para lo que yo necesitaba”*. Con las familias normales, dice Donzelot (2008), había que garantizar la función educativa utilizando una medida disciplinaria, ya que el peligro estaba en la ociosidad.

Las prácticas institucionales de la Sociedad de beneficencia, y aquellas vinculadas a la salud pública, se estructuran sobre la visión que imponen los sectores dominantes desde el lugar que los legitima respecto a los sectores dominados (Rozas, 2001). En este marco, la intervención *científica* se entendía en el sentido del uso de conceptos que provenían de la sociología, definida ésta como la ciencia del *orden* o sistema de leyes que están direccionados a un fin, siendo los conceptos de mantenimiento y estabilidad centrales en el funcionamiento de la sociedad. Esta visión conlleva implícita la tesis de la estabilidad o equilibrio, “encontrándose que este modelo de análisis no da cuenta del dinamismo que en la realidad exhiben los sucesos y por lo tanto, aparece con limitaciones para capturar los hechos de manera real”, (Quezada, 2001, p.140) ya que el enfoque funcionalista reemplaza la característica del dinamismo de los fenómenos por el concepto de disfunción.

Resulta interesante la caracterización que hace Rozas (2001, p.113) de los años '60, teniendo en cuenta que se trata de la década previa a la constitución de la DAPS: “El espacio ocupacional para la profesión en el ámbito de la salud argentina, se convirtió en un espacio privilegiado, justamente porque el sistema de salud pública incorpora las tareas de prevención de la salud y relación con la acción comunitaria”, ampliando las intervenciones de los llamados *casos sociales*. En muchos abordajes, la preocupación por la intervención comunitaria estaba centrada en la necesidad de realizar acciones planificadas que orientaran la adaptación de la población a la nueva sociedad a partir de la modificación de conductas individuales. *“Teníamos cocina también. Entonces dábamos clase de cocina para dar, como te puedo decir, lo más sencillo, para dar la comida a un bebe, para evitar gastos y comidas que no le cayeran bien a*

un chico, porque así hacíamos un guiso y le dábamos a todos” (R), explica una de las entrevistadas.

La configuración del espacio profesional. Entre la heteronomía y la resistencia al modelo médico hegemónico

La DAPS y su servicio social se crearon de manera simultánea en el año 1974. Para conocer su configuración, *“Tenés que remontarte antes de los 70, porque yo creo que antes, en la década del 60 comienza este grupo que después se forma como división, es un grupo de visitadoras sociales que está en la asistencia pública. Eso no nos tenemos que olvidar, que la asistencia pública tenía dispensarios y esos mismos dispensarios son los que se usan para separarlos y crear una dirección nueva” (J) dice una trabajadora social, empleada de la DAPS en ese momento.*

Probablemente, las prácticas realizadas desde los diversos servicios sociales de salud cordobesa, se constituyeron en antecedentes importantes y legitimados por los distintos gobiernos y por la población, que permitieron la creación del servicio social en DAPS de manera simultánea a la fundación institucional, cuestión que no sucedió con otras profesiones, como por ejemplo psicología; *“yo pienso que posiblemente eso ha sido una opción de la gente que estaba en ese grupo, que nadie se hacía cargo de tener una figura administrativa con una responsabilidad diferente, como tenía enfermería y servicio social”, explica (J). Esta cuestión, sin lugar a dudas, se constituye en una fortaleza de la disciplina de trabajo social en relación a otras, ya que su existencia diferencial en la estructura administrativa desde sus orígenes, genera un posicionamiento particular que facilitó perspectivas más autónomas de desarrollo profesional.*

Lo dicho se evidencia en la inclusión de “lo social” en el primer reglamento interno que se formula en la DAPS; el mismo define la misión institucional en su Art. N° 1, precisando que *“Asegurará una adecuada atención médica, social y preventiva a quienes asisten en los centros de salud de su dependencia...”,* mientras que al establecer las funciones, refiere que en lo social *“Distribuirá gratuitamente medicamentos y brindará asistencia alimentaria en todos los centros de salud” (Art. N° 6),* así como también *“Coordinará su acción con los Centros Vecinales y otras instituciones y recogerá todas las iniciativas a favor de los Centros de Salud. Desarrollará el sector de Servicio Social, con el objeto de proyectar esta actividad a la comunidad” (Art. N° 7).* Asimismo, en el Art. N° 15.5 explicita que los efectores de salud deberán estar *“atendidos por un médico clínico, un Pediatra, un Ginecólogo, una Asistente Social, un Odontólogo, una Obstetra, una Enfermera y una Administrativa y, a medida que las*

posibilidades lo permitan y siempre y cuando las necesidades del sector lo exijan, se irán creando otras especialidades”.

Por otra parte, la política sanitaria vigente en el origen de la DAPS –algunos de cuyos rasgos aún perduran- demandaba al Servicio Social acciones con un importante contenido de control social y reproducción de lo instituido, las cuales tuvieron como ejes centrales el mantenimiento de la estabilidad o equilibrio, y el dinamismo que presentaban ciertos hechos sociales fueron tomados en términos de disfunción, en consonancia con las matrices desde las que se abordaban los problemas de salud. Como plantean Ponce de León Núñez y Paiva Zuaznábar,

En el Trabajo social, esta forma de enfocar la comprensión de los fenómenos ha puesto énfasis en la búsqueda de relaciones de dependencia e interdependencia entre diversos factores y en la identificación de las ‘funciones biológicas y socio-culturales’ para en definitiva, comprender la adaptación de los individuos en su entorno y consecuentemente, proyectar una acción profesional que permita el ajuste para la supervivencia y la satisfacción de las necesidades primarias de los sujetos de atención (citado por Quezada y otros, 2001, p.139).

En relación a las intervenciones profesionales que desarrollaban, una de las entrevistadas precisa que *“Muchas veces era buscar camas para las internaciones o alguna cosa que les parecía a los médicos y nos lo derivaban, o gente que ya las conocía a las chicas y las iba a consultar algo, problemas con un hijo o con el marido... empezaban así algunas intervenciones más que nada familiares”* (J). Además, reconoce que *“iban descubriendo esta actitud maternal que tenían todas de hacerse cargo de los problemas, más allá de la situación económica y contener un poco situaciones difíciles y de relaciones... económicas, laborales, un poco de asesoramiento para personas que manifestaban no se qué hacer, qué hago con esto, qué hago con este hijo, qué hago con este marido... y había una actitud maternal muy clara en las visitadoras, desde la entrevista por un antejo, podía llevarlas a una intervención a hacer algo más con la gente y por la gente”*. Sobre esta última caracterización, Grassi (1989) reflexiona en torno a la implementación de políticas dirigidas a la vida doméstica y cotidiana de los pobres, en las que las asistentes sociales *“están pagadas para saber, desde lo público, qué pasa en el espacio privado”* (Karsz, citado por Grassi, 1989, p. 41) y refiere que no es casual que la profesión sea ejercida mayoritariamente por mujeres ya que *“... para ser asistente social se requiere básicamente poder establecer comunicación afectiva con los demás y ser sensible a sus problemas cotidianos, y son mayormente mujeres las entrenadas en tales lides, es lógico que esta profesión sea ejercida mayormente por ellas...”* (Grassi, 1989,

p.36). En el mismo sentido, Álvarez Uria (1995, p.9) plantea que “las primeras trabajadoras sociales proyectaban fuera del hogar sentimientos maternales producidos y reproducidos en la privacidad para sentar las bases de las nuevas profesiones femeninas.”

Esta impronta propia de la profesión colisiona con la óptica eficientista de la política sanitaria de la DAPS que pretendía del servicio social la función de *reconstruir consenso*, pero al mismo tiempo el desarrollo del control social, dirigido principalmente a actitudes, aspiraciones y deseos de los sujetos de nuestra intervención. En este sentido, una de las protagonistas de ese momento explica que “*en ese entonces nosotros insistíamos mucho sobre la escolaridad, para nosotros era muy importante, el único medio que tenían de poder salir de ese ciclo que se repetía permanentemente*” (R). Donzelot (2008) dirá que la filantropía, albergada ahora por el Estado, adquiere otros rostros ya que comienza a ampararse políticamente en procedimientos administrativos, se organiza técnicamente la asistencia, dando lugar a la conformación de lo que llama *complejo tutelar*, cuyo intervencionismo incesante reemplaza la autarquía por la dependencia de las familias, siendo su principal preocupación la infancia en peligro y la infancia peligrosa.

Si bien (J) reconoce al colectivo “*siempre luchando, luchando por algún espacio en este modelo médico hegemónico*” y disputando sentidos que incorporen la mirada del trabajo social en el campo de la salud pública municipal, también se reconocen prácticas meramente instrumentales, desprovistas de fundamentos desde la teoría social y diseñadas por otras profesiones hegemónicas del equipo de salud. En relación a ello (J) menciona que muchas de las demandas que atendían era “*derivadas por los médicos... venían con un papelito a las chicas a que les busquen cama y ahí entraba la relación... porque después, además de buscar la cama, suponete una fractura de cadera, había que ir a buscar a la ambulancia*”. Mientras que (V) recuerda “*teníamos un lugar para hacer entrevistas y un lugar como con una ventanilla donde la gente venía para que le autoricen la receta, era un servicio para la farmacia, era para gente indigente, entonces había que anotarlos en unos libros enormes, se anotaba el nombre y no sé qué más y se le ponía un sello rectangular que decía ¡autorizado!*”

Estos planteos van confirmando el afianzamiento de una intervención de carácter pragmático y heterónomo en la DAPS, y las dificultades para legitimar un espacio profesional específico que venía siendo poblado por prácticas y representaciones extra-profesionales particularmente ligado al amor, la sensibilidad y los buenos sentimientos.

En el año 1981 se produce un importante cambio al interior de la DAPS y particularmente del servicio social. El Estado Municipal se responsabiliza del primer nivel de atención en salud, situación por la que se unifican los dispensarios municipales con las “Gotas de leche” provinciales. Esto significó, para el servicio social, un aumento importante en

recursos humanos y una modificación en la organización interna y en las prácticas que realizaban, ya que las visitadoras de higiene y las trabajadoras sociales que provenían de la administración provincial, se desempeñaban en efectores descentralizados y las municipales desarrollaban sus intervenciones en el nivel central. Al respecto, comenta una visitadora social *“Éramos muchas... yo no sé si decirte entre 15 o 18, éramos bastante, muchas éramos, y estábamos lo más bien y de golpe y porrazo en el 81 dijeron que pasábamos a la municipalidad. Para nosotros fue un golpe mirá, porque nosotros ganábamos mucho más que la Municipalidad en ese momento. Bueno lo que sirvió, cuando pasamos nosotros, al año siguiente, creo que había tres en el servicio, no más y no estaban en los periféricos...hacían trabajo de escritorio nada más”* (R).

Pese al descontento que ello generó en algunas trabajadoras, esta unificación permite al servicio social de la DAPS un salto de calidad al pasar de intervenciones estrictamente individuales a un abordaje colectivo de las demandas, práctica que se encontraba también legitimada por el Estado. Esta intervención a nivel comunitario, adquiere características similares a las de la etapa desarrollista, e implica el “desarrollo de las potencialidades individuales para el cambio” promovidas por organismos internacionales como ONU, OEA y la Unión Panamericana (Rozas, 2001, p.252). Para ello, la participación, el cooperativismo, la acción en comunidad, la ayuda mutua, deben ser inculcados desde la tarea educativa y psicosocial. Con respecto a las intervenciones desarrolladas en este sentido, *“estas mujeres que estaban en los centros maternos, en las gotas de leche y trabajaban con las madres y les enseñaban a tejer y a coser y cocinaban y hacían las lentejas en un calentador, polenta y demás... yo creo que muchas de las propuestas de Alma Atta, estas mujeres ya las desarrollaban antes: la defensa de la alimentación del niño, la educación de las madres, el tema de la vivienda, de las vinchucas, la erradicación del chagas...”* (J). Y una de las visitadoras sociales, al referir a sus prácticas, relata *“dábamos telar a máquina, teníamos corte y confección también a la tarde con distintas profesoras y nosotros estábamos ahí. Y después teníamos las actividades sociales para los chicos que era básquet, era handball”* (R).

Además, estas modificaciones al interior del servicio social de la DAPS implicaron el establecimiento de diferencias entre criterios de profesionales y no profesionales, siendo estas últimas quienes reivindican de manera positiva su práctica vinculada al compromiso, en desmedro de una práctica regida por fundamentos teóricos. Por ello, una Visitadora Social entrevistada afirma: *“el criterio de las asistentes sociales recibidas es totalmente diferente al nuestro. Y te voy a decir por qué. Ustedes tienen las pautas y las cosas, yo las entiendo. Pero en una comunidad como Las Violetas, tenés que estar permanentemente. Suponete tenés un chico distrófico, a las 12 del día que está la madre tenés que ir a ver ese chico, qué come, qué no*

come para salir de esa distrofia. Y si no lo haces, te quedás sentada detrás de un escritorio, eso no avanza”(R). Desde este razonamiento, la orientación de la intervención desprovista de conocimiento teórico, estaría dada por el carácter utilitario de las funciones asignadas, “entendidas como el rol asignado para trabajar en las problemáticas que la sociedad asume a partir del supuesto de la existencia de disfunciones que alteren el funcionamiento regular del cuerpo vivo” (Rozas, 2005, p.104). La misma entrevistada reconoce que las habilidades para el desarrollo de sus intervenciones no son producto de su proceso de formación, sino que “*Nosotros fue muy poco lo que estudiamos (...) la experiencia te la vas haciendo con la comunidad*”, por lo que “se puede afirmar que la intervención profesional está más sustentada desde la doctrina que desde una perspectiva teórica” (Rozas, 2001, p.84). En este discurso es marcada la ausencia de la interpretación como dimensión fundamental de una práctica profesional.

Además, y como las construcciones categoriales tienen consecuencias prácticas, desencadenan dispositivos institucionales e intervenciones profesionales, resulta importante destacar el diagnóstico de “*niño distrófico*” que fundamenta el abordaje de la visitadora social, argumentos propios de la biología organicista, que se encuentran centrados en la noción de sistema-ambiente. Refieren Ponce de León Núñez y Paiva Zuaznábar que “Es la inclusión del concepto de disfunción entendida como las consecuencias que obstaculizan la adaptación o ajuste al sistema, uno de los principales aportes de Merton a la matriz funcionalista...” (Citados por Quezada y otros, 2001, p.128). Estas perspectivas, refiere Torcigliani (2002, p.182)

necesariamente incluyen supuestos sobre la percepción del otro, suponen la construcción de entramados vinculares particulares, y sus correspondientes estilos (...), manejo de las relaciones de poder al interior de la relación, trabajador social –sujeto, manejo de las expectativas con relación a la demanda, manejo de la disponibilidad de recursos en cuanto a su cantidad como su calidad como satisfactor, tipo de satisfactores establecidos, encuadre programático, priorización de casos y temas, etc.

En los testimonios presentados se reconocen posiciones claramente vinculadas al empirismo. Rodríguez Soto (citada por Quezada y otros, 2001, p.52), advierte que “La observación sistemática distingue a la ciencia positiva de otras pretensiones de conocimiento y esa observación está basada o depende de la evidencia de la percepción sensorial, lo que imprime certidumbre a la ciencia”. Sin reconocer que lo real es capturado desde un lugar teórico, desde un modo de ver, una visitadora social plantea que “*Hacer una visita domiciliaria es muy necesario. Porque una cosa es que te digan detrás de un escritorio las cosas y otra es*

que vos la palpés en la casa. Me entendés. Es decir, la observación tuya es la que te da la pauta. Y fijate que yo no hacía una reseña social sin tener una entrevista porque el que te está mintiendo te cambia tanto las cosas, porque no puede retener lo que dijo anteriormente, vos te das cuenta” (R).

En este marco, la visita domiciliaria está concebida como una instancia privilegiada de acceso a los modos de vida y hábitos de los enfermos y sus familias, para mantener un contacto directo con la madre de los niños, o con los enfermos de manera directa, pero a la vez para detectar “verdades y mentiras”. La información recogida en estas visitas a domicilio debía ser registrada de manera minuciosa y se reconocía como un aporte al trabajo médico, que era quien realizaba el diagnóstico de salud. *“La reseña social era como un informe que le servía al médico”,* recuerda (R); mientras que el Art. 130º del Reglamento Interno de la DAPS, establecía que la trabajadora social *“Trabaja coordinadamente con los otros miembros del equipo de salud, aportando datos sociales que tengan interés para el diagnóstico médico”.* Para eso se confeccionaban fichas sociales con las que se recogía información acerca del paciente y su familia, su hábitat, sus costumbres, modos de vida, etc.; que luego se organizaban y ordenaban en un “fichero social”, siempre a disposición del médico.

Esta información sólo podía recogerse si se accedía a la vivienda de la familia, es decir si se realizaba una visita domiciliaria. Así se disponía de la entrevista codificada, del cuestionario o encuesta a domicilio, en tanto instrumento privilegiado de observación y objetivación. Tales eran las condiciones de valoración previas a la entrega de la ayuda personalizada. Mientras que una visitadora social recuerda que el registro se hacía en *“una ficha que la trajimos de la provincia y en esa ficha social hacíamos todo.; es completa te digo, porque te da una idea del panorama, sabés dónde vive” (R);* una trabajadora social refiere la elaboración de informes socio-económicos como otra modalidad operativa de registro de su intervención *“Hacíamos informes sociales con visita domiciliaria y demás, completos,... hacíamos esas hojas blancas grandes que todavía están, hacíamos el informe y conclusión”,* plantea (J). En este sentido, Donzelot (2008) identifica críticamente que la verificación práctica del modo de vida familiar es una de las reglas fundamentales del informe social.

Los argumentos de (J) muestran un momento de ruptura que desplazan aquellas viejas concepciones que se centraban en el amor, la voluntad y la caridad para ingresar paulatinamente a la puesta en práctica de los principios de intervención propios del momento desarrollista, más ligados por tanto al diagnóstico y planificación social. *“No obstante, fuera del ámbito estrictamente profesional, las instituciones demandantes no lograron transformar tan profundamente sus estructuras como para constituir un real espacio de implementación de las propuestas técnicas y metodológicas surgidas a la luz del desarrollismo” (Rozas, 2001,*

p.145). Si bien estos profesionales se formaron a instancias del propio Estado y en condiciones político-estructurales que hacían explicable su demanda, ésta no se hizo masiva y los antiguos criterios coexistieron en la acción social. Pero desde entonces, se inició la búsqueda de nuevos espacios profesionales y se generalizó el cuestionamiento al rol pasivo y auxiliar, que hasta entonces se demandaba de los profesionales de trabajo social.

Por lo dicho, es claro que el movimiento de reconceptualización que se produjo al interior del trabajo social en los años que analizamos, no tuvo ningún tipo de concreción en el servicio social de la DAPS al igual que en otros campos del ejercicio profesional. Quizá porque “Existe un reconocimiento de la distancia que estos procesos producen entre el Trabajo Social académico y el profesional, ya que en este último no existe la experiencia de un Trabajo Social reconceptualizado” (Quezada y otros, 2001, p. 19), no se reconocen acontecimientos ni relatos que vinculen al servicio social de DAPS como parte de un colectivo profesional preocupado y ocupado por constituir como hegemónica una perspectiva de intervención social que aporte a la transformación de la sociedad vinculada a los sectores más perjudicados de ella.

Contrariamente a los planteos del movimiento de reconceptualización y a aquellos impulsados principalmente por el grupo ECRO, que intentaban una ruptura con el trabajo social tradicional y una reflexión significativa sobre el carácter dependiente de la sociedad argentina, influenciados por la teoría de la dependencia y el marxismo. “... la intervención aparece puesta como acciones aisladas de la contextualización socio-histórica ineludible para entender las manifestaciones de la cuestión social” (Rozas, 2001, p.141) en aparente neutralidad y con una fuerte convicción respecto a los principios que guían su práctica. La visitadora social (R) confirma esta lectura, precisando que la dictadura *“No implicó cambios, lo que sí implicó (...) fue en la democracia, en el 83, cuando entraron mirá, se llenó el centro de gente que venía buscando lugares, no me olvido nunca. Y eso nos pasó en varios gobierno”*. Pese a ello, recuerda una situación vivida durante la dictadura en la que *“Nos dejaron heladeras, nos dejaron instrumental. Un día llegaron, no me olvido nunca, estaba yo y la auxiliar, y dicen: ‘venimos a dejarle esto’. Nosotros creíamos que eran de periférico, ¿quién nos va a traer una heladera? Traían un montón de instrumental para odontología. Y dice, ‘después le van a venir a hacer firmar’. Y se fueron. Y cuando vimos estaba la “V” en rojo, y estaban los montoneros. Y nos dejaron. ¿Qué hicimos? Inmediatamente llamamos a periférico y explicamos. Nunca vinieron a buscar la heladera o los instrumentales, los dejaron ahí. Esas son las experiencias...”*. Otra afirmación en este sentido lo aporta la trabajadora social (M), quien expresa que *“Maldonado fue una situación muy especial, la del Martínez Estévez. Ahí, más allá que era el proceso militar y que teníamos la fosa común y toda la historia, había cátedras de la Universidad Nacional y era una mezcla entre provincia y municipio, y fue la única experiencia*

en Córdoba de agentes de salud, entonces se podía trabajar de otra manera y por ese perfil, cuando vuelve la democracia, ahí se inauguran todas las residencias, la de Trabajo Social la inauguramos ahí que hicimos el programa, la de Nutrición, de Fisioterapia, la de Salud Mental y la de Medicina General. Era como una cosa muy particular ahí, era de mucha discusión, nosotros [los trabajadores sociales, el agregado es mío] *teníamos mucho peso*".

En otra línea de argumentación, otra de las entrevistadas (J) refiere que las prácticas de las visitadoras sociales en las Gotas de leche se consideraban "*subversivas*", aunque agrega, "*hay desaparecidos médicos, enfermeras municipales, pero no hemos tenido desaparecidos en nuestros... mucha cautela ¿no? Y eso es lo extraño porque la gente de la escuela sí estaba amenazada, estaba más en riesgo y desaparecía, y la gente que estaba en terreno no, no fue tan grave digamos*". Desde esta perspectiva, Travi (2008, p.1) incluirá a las visitadoras sociales, a quienes denomina *pioneras*, dentro del pensamiento del trabajo social crítico, ya que identifica en ellas "la pasión por un oficio a partir de su firme convicción sobre el aporte que el Trabajo Social podía realizar para construir una sociedad más justa, más libre, más democrática". La autora reconoce, además, la importancia de darle visibilidad al pensamiento y prácticas transformadoras que llevaron a cabo estas trabajadoras, que "sin estar exentas de críticas o cuestionamientos, forman parte de nuestras mejores tradiciones y acervo de conocimientos y que lamentablemente son sistemáticamente son negadas o tergiversadas en gran parte de las Unidades Académicas".

Los elementos hasta aquí desarrollados permiten aproximarnos a comprender las complejas condiciones del desarrollo de la profesión de servicio social en la DAPS como un subproducto histórico, "a partir de entender su vinculación a un orden socioeconómico y al proyecto político que viabiliza su instauración y desarrollo..." (Montaño, 1998, p.35) y nos invitan a pensar si existen otras determinaciones que ponen a trabajo social en un determinado lugar, como por ejemplo las configuraciones sociales del momento y los dispositivos de intervención social que se montan para dar respuesta a las manifestaciones de la cuestión social.

Por ello, se puede afirmar que muchas de las características y prácticas mencionadas en este capítulo no son exclusivas de trabajo social –y mucho menos de la DAPS- sino que son compartidas con otras profesiones, desarrollos del conocimiento científico, dispositivos institucionales y modelos estatales de la época, y a las que trabajo social tampoco se sustrajo. En este sentido, Deleuze le decía a Foucault en una entrevista realizada en 1972:

Todas las clases de categorías profesionales van a ser convidadas a ejercer funciones policiales cada vez más precisas: profesores, psiquiatras, educadores en

general, etc. (...) Entonces, frente a esta política global del poder, se hacen respuestas locales, cortafuegos, defensas activas y a veces preventivas (Foucault, 1979, p. 82-83).

Por eso, podemos entender que la génesis y desarrollo del trabajo social en la DAPS no fue ajena a los modelos de intervención social que han sido hegemónicos desde finales del siglo XIX, que han oscilado entre el control social y la integración, y que en nombre de la solidaridad proponían ejercer una estrecha tutela hacia las familias con las que trabajaban.

CAPITULO VI

TEXTO Y CONTEXTO DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL A LA DAPS

En este capítulo me propongo caracterizar los momentos históricos y modalidades de incorporación de profesionales de trabajo social a la DAPS, para lo cual es necesario distinguir dos modalidades: aquellas que se dieron a partir de decisiones impuestas por políticas externas al gobierno municipal y aquellas que se dieron como producto de la decisión política de funcionarios de la DAPS, de incluir este recurso profesional.

Entre las incorporaciones que se dieron con la primera modalidad, se encuentran dos procesos de descentralización llevados a cabo por el Gobierno de la Provincia de Córdoba hacia los municipios, uno en el año 1981 y el otro en el año 1995, como así también la implementación de dos Proyectos con financiamiento internacional (Proyecto Córdoba y Proyecto Italia) en los cuales la contrapartida municipal fue la incorporación del personal una vez que finalizara la implementación de los mismos. Las incorporaciones que se dieron con la segunda modalidad, se realizaron durante las intendencias de Luis Juez (nueve trabajadoras sociales contratadas de manera gradual en el período 2004-2006), de Daniel Giacomino (tres trabajadoras sociales contratadas de manera simultánea en el año 2008) y de Ramón Javier Mestre (dos trabajadoras sociales contratadas de manera sucesiva en los años 2013 y 2014)³¹. De esta última modalidad, se recuperarán argumentos esgrimidos por los funcionarios que ocuparon la dirección o sub-dirección de DAPS en el período en cuestión.

Asimismo, resulta importante distinguir los espacios jerárquicos dentro de la estructura institucional donde se producen las incorporaciones de profesionales de trabajo social: a nivel operativo en los centros de salud, en niveles intermedios de conducción en los Equipos Zonales Interdisciplinarios (de aquí en más EZI) y a nivel de la Dirección como espacio de conducción técnico-político. Esta cuestión expresa a la vez que delimita percepciones que tienen los diversos gobiernos sobre las incumbencias de la profesión: en el trabajo directo con la población, opinando e influyendo sobre la implementación de políticas sanitarias y/o en espacios de diseño de las mismas.

Reconociendo que “Los estados varían considerablemente con respecto a su énfasis en el bienestar social” (Esping-Andersen, 1993, p.17), las dos modalidades mencionadas corresponden a períodos históricos diferentes: la primera, vinculada al *Estado neoliberal*; la

³¹ En todos los casos, se trató de contratos por tiempo determinado que fueron renovados de manea consecutiva ante cada finalización. Sólo el intendente Juez realizó el nombramiento efectivo de estas trabajadoras al finalizar su gestión.

segunda, a un *Estado post-convertibilidad*. Si bien estos modelos de Estado Nacional adquieren particularidades en las jurisdicciones provinciales y municipales, es posible distinguir algunos elementos que permiten incluirlos en esta caracterización. En relación a ello, (C) identifica que *“tiene que ver con el contexto político general post 2001, donde se evidenció la necesidad de mejorar la política pública y donde se evidenciaron las problemáticas sociales como formando parte fuerte de lo que es la salud (...) como que antes había un discurso de APS, de la necesidad de la participación, de la necesidad de interdisciplinariedad y demás, pero no se traducían en la contratación, no se traducían en hechos específicos”*.

Las decisiones heterónomas: las incorporaciones de trabajadores sociales en el período neoliberal

Breilh (2003) plantea que el Estado neoliberal comenzó un proceso de deconstrucción de los derechos sociales y de la salud. El llamado capitalismo tardío presupone un nuevo orden en que las economías centrales abandonan el esquema fordista e implementan una reestructuración de redes de la organización empresarial que permiten la transformación de “instituciones universales en cuasimercados” (Soldano y Andrenacci, 2005, p.51). A partir de ello,

...se da un acelerado empobrecimiento ligado a la desvalorización de sus capitales, que produce el derrumbe de todos los rezagos de protección colectiva y solidaria como los de la seguridad social y la de los derechos sociales, que implican una masiva degradación de la calidad de vida y de la salud (Breilh, 2003, p.142).

Particularmente en la Argentina, existen importantes estudios³² que evidencian que la salud pública fue quizá el campo de la política social que permaneció más alejado de las prioridades de la agenda gubernamental neoliberal, siendo el tratamiento de la misma condicionado por las características que tuvo el proceso de reforma estatal general. En este caso particular, la reformulación de los proyectos estuvo bajo la fuerte influencia de los organismos multilaterales de crédito, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), principalmente para el campo de la salud. Según plantea Calcagno (2001, p.76) “el contenido de estas reformas (apertura, privatizaciones, desregulación del sistema financiero, de los mercados de bienes y del régimen laboral) figuraban muchas veces como condición para el apoyo financiero de que requirieron los países de la región”.

³² En reiterados trabajos de Ase y Burijovich (2000), Iriart (1997), Belmartino (1999), Laurell (1992), por mencionar algunos.

Esta modalidad de política sanitaria, estaría inscrita en lo que Esping-Andersen (1993) denomina *estado del bienestar liberal*, régimen que minimiza los efectos de desmercantilización³³, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y “construye un orden de estratificación que es una mezcla de una relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos” (Esping-Andersen, 1993, p.47). Asimismo, se produce la estigmatización de los beneficiarios, ya que las prestaciones no generan derechos, “sino que su concesión depende de criterios técnicos y políticos no siempre explícitos y muchas veces cambiantes” (Britos, 2003, p.104).

Sin desconocer las particularidades provinciales y municipales que implican tanto la adhesión como la implementación del proceso de reforma del subsector salud pública, en términos generales se puede identificar que durante el desarrollo neoliberal, la DAPS claramente fue parte de dos líneas características de este modelo: por un lado, las *transferencias interjurisdiccionales* enmarcadas en las políticas estatales de descentralización y la municipalización del primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud); y por el otro, el fortalecimiento de las acciones de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad bajo criterios de *focalización poblacional*, modalidad que se ejecutó en los dos proyectos de financiamiento internacional a los que se hará referencia.

Es decir, la reforma del sector salud ha estado vinculada a la descentralización de los servicios y los sistemas locales de salud (SILOS), bajo el argumento de pretender enfrentar las desigualdades de acceso mediante prestaciones básicas universales o focalizadas. Al respecto, dice Breilh (2003, p.142) que el proceso de destrucción del Estado benefactor y el argumento de racionalización del gasto ha demandado de la salud pública la investigación de niveles mínimos de supervivencia y cálculos de focalización, investigación de paquetes, pisos o planes mínimos de atención, cálculos de subsidios a la demanda, investigación de conjuntos de morbilidad manejable, reducible o evitable; “Todo hace parte de la episteme de los mínimos derechos con la máxima productividad”.

En el mismo sentido, Laurell precisa que el “recetario” neoliberal se instrumenta por medio de cuatro medidas: recorte del gasto social a partir de la eliminación de programas y beneficios; la focalización del gasto o su canalización a los grupos indigentes previa comprobación de su pobreza; la privatización de los servicios y la descentralización de los servicios públicos al nivel local (mencionado por Ase, 1995).

³³ Entendida como la sustitución del estatus de mercancía de los trabajadores por la vía de la asignación de derechos sociales, la desmercantilización se produce cuando se presta un servicio como un asunto de derecho.

Sin embargo, se pueden identificar algunos instrumentos legales y declaraciones internacionales que –de manera simultánea- adoptan una direccionalidad contraria a estas políticas y que refieren a la salud como un derecho ciudadano universal, promoviendo el fortalecimiento del Estado como su garante.

Por otro lado, es necesario explicitar que las reformas laborales aprobadas e implementadas sobre todo en la década de los '90, impactaron fuertemente en las políticas sanitarias por –al menos- dos motivos: por un lado, el crecimiento de la concurrencia a centros públicos de atención en salud debido al marcado aumento del desempleo y a la precarización laboral –que trajo como consecuencia que muchas personas y familias quedaran sin cobertura de obras sociales³⁴-; y por otro lado, el deterioro de las condiciones de trabajo y de las formas de contratación laboral de los trabajadores ejecutores de esas políticas sanitarias: “cayeron los salarios, se incrementaron la informalidad y la precarización del trabajo, y entraron en crisis las formas tradicionales de organización sindical y negociación colectiva” (Calcagno, 2001, p.80).

La descentralización de 1981³⁵

En 1981 se produce la primera transferencia desde el Gobierno de la Provincia a la Municipalidad de Córdoba, pasando a esta jurisdicción 20 Centros Materno-Infantiles con todo su personal, mientras que el Instituto de Alcoholismo y Drogadicción pasa a depender del Ministerio de Salud de la provincia. Como se precisó en el capítulo anterior, a partir de este momento se puntualiza como prioritario de la política de salud municipal el accionar sobre el primer nivel de atención, el que es considerado de exclusiva incumbencia municipal y sobre el que se deben concentrar sus recursos materiales, humanos y financieros. Pese a aquella definición, la Municipalidad de Córdoba no transfirió sus efectores de alta complejidad a la jurisdicción provincial (Hospital Municipal de Urgencias y Hospital Infantil Municipal).

A partir de esta decisión son trasladadas a los efectores de salud municipal un número importante de trabajadoras del servicio social, cuyo número resulta dificultoso precisar a partir de las fuentes consultadas: “*no sé si eran diez*” (J), enuncia quien entonces ocupaba el cargo de jefatura de trabajo social de la DAPS, mientras que “*yo no sé si decirte entre 15 o 18, éramos bastante, muchas éramos*” (R), expresa una de las entrevistadas.

³⁴ El sistema de obras sociales fue también desregulado, definiendo su gerenciamiento desde mega-empresas privadas. Asimismo, entra en auge el sistema de medicina pre-paga, desde una clara concepción de la salud como mercancía. Un indicador sensible es que la reforma del sistema de Obras Sociales formó parte de los compromisos de renegociación de la deuda externa y la reconversión del sistema de seguridad social, lo que figura en el Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial: 1993-Invertir en Salud (Pág. 366).

³⁵ Este proceso resulta complejo de reconstruir y caracterizar ya que no se han encontrado producciones ni documentos escritos que refieran al mismo. Se apeló, por lo tanto, a registros de la memoria oral de algunos protagonistas de la época.

Aunque en el año 1978 se abre la licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Córdoba, que lleva a cinco años el cursado de la carrera, resulta llamativo que el proceso de transferencia que venimos analizando aporta al servicio social de la DAPS mayoritariamente personal no profesional. *“Hubo un grupo importante (de visitadoras sociales) que pasó a los Centros Materno Infantiles, porque la municipalidad estaba mucho más atrasada en temas institucionales que la provincia, ahí es donde prácticamente nos despedimos de ese recurso”*, refiere Molina³⁶, quien en ese momento se desempeñaba como jefa del servicio social central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Según Serra³⁷, quien se desempeñaba como funcionario de la Secretaría de Salud Municipal, en este período se emprende *“la jerarquización de la atención médica periférica... En primer lugar se determinó que esta dirección se destacara como Dirección General atento a que se la consideró prioridad uno en el accionar de la secretaría de salud y luego se encaró una tarea conjunta con la secretaría de obras públicas que diseñó el modelo arquitectónico tipo para los nuevos dispensarios realizando una vasta tarea que incluyó 21 ampliaciones y refacciones y la creación de 14 nuevos establecimientos”*. Esta transferencia de jurisdicciones llevada a cabo en la provincia de Córdoba es coincidente con movimientos políticos que se producían en diversos países latinoamericanos en el campo específico de la salud pública, que demandaban –desde una perspectiva teórica crítica- la implementación de un modelo que contemplara las condiciones de existencia de los pobladores como determinantes del proceso salud-enfermedad.

A pesar de ello, la modalidad de abordaje de estas cuestiones desde el trabajo social, continúa siendo hegemonizada por perspectivas funcionalistas. En este sentido, en la Reunión Nacional de Servicio Social Hospitalario, llevada a cabo en la ciudad de Buenos Aires los días 13 y 14 de diciembre de 1982, y organizada por el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación, se define que para el “nivel de actuación de organización y desarrollo de la comunidad” el objetivo del servicio social para la época debía ser el de “promover la elevación de los niveles de vida de las comunidades mediante la educación social y la utilización adecuada de sus posibilidades y recursos”³⁸.

Asimismo, existe continuidad en lineamientos del campo de la salud pública vinculados al control social de las familias con las que se trabajaba, función que reiteradamente el equipo de salud depositó en el trabajo social. Al respecto, recuerda una de las entrevistadas: *“...una de*

³⁶ Panel “Historia del Servicio social de salud en la Provincia de Córdoba”, organizado por la Cátedra “Fundamentos y Constitución Histórica del Trabajo social” de Escuela de Trabajo Social, UNC, el 07 de septiembre de 2006.

³⁷ Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

³⁸ Extraído del documento final de la reunión, pág. 43. Documento inédito.

las cosas más fuertes a trabajar fue para la población de que uno no era saca chicos, ... ahí había habido trabajadores sociales y la población había tenido algunas historias con profesionales del Hospital de Niños o el Pediátrico, había dos o tres familias a las cuales les habían retirado niños... y a veces el equipo te usaba como cuco también, como amenaza y una vez que se vio que eso no era el eje se fue limpiando, pero costaba porque por ahí el equipo quería que yo haga funciones como policía...” (M)

En este contexto, se van consolidando los programas institucionales de la DAPS con énfasis en la promoción y la prevención, siendo los sujetos prioritarios la madre y el niño: en 1982 inicia el de Control de Crecimiento y Desarrollo y en 1985 el de Control de Embarazo y Puerperio. En este mismo período, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere denominar “Centros de Salud” a los por entonces llamados dispensarios.

La descentralización del Gobierno de Ramón Bautista Mestre

En el marco de la reforma de la Constitución provincial de 1987, y debido a las renovadas tendencias descentralizadoras de los servicios públicos, “nuevamente se comienza a plantear la necesidad de acotar la jurisdicción provincial en beneficio de los municipios, para lo cual se inicia el proceso de descentralización de todos los efectores sanitarios correspondientes al primer nivel de atención” (La Serna, Ase y Buriyovich, 2007, p. 95).

Esta modalidad de política pública se profundizó con el primer recambio de gobierno provincial desde la instauración de la democracia en la Argentina. Aunque de idéntico partido que el saliente (Unión Cívica Radical), quien asume el gobierno en el año 1995 lo hace con un discurso crítico en relación al modelo de Estado construido en la provincia en las últimas décadas. El nuevo gobierno electo pretende realizar una profunda transformación del sector que implicaba la aplicación de medidas de ajuste.

En relación al proceso de descentralización, el gobierno critica tanto la lentitud con que se venía implementando, como el hecho de que los municipios se estaban beneficiando con fondos específicos (FOFINDES) sin asumir las responsabilidades sanitarias que les correspondían. De esta forma, la nueva administración se propone profundizar y consumir el proceso progresivamente desarrollado hasta el momento, reconociendo expresamente los objetivos fiscales de la descentralización.

Bajo la modalidad de descentralización masiva (a todos los municipios y comunas), acelerada (en alrededor de seis meses) y forzosa (presión financiera y amenaza de cierre de servicios), se transfiere el efector y su personal con carácter

definitivo (Cingolani, M; 2001). En 1996, la provincia había transferido la totalidad de los efectores “descentralizables” (La Serna *et al*, 2007, p.103)

De esta manera, la provincia municipaliza en seis meses 526 efectores, en especial aquellos correspondientes al primer nivel de atención que –según el gobierno provincial– debían pasar a ser responsabilidad exclusiva de los gobiernos locales, mientras que la provincia se comprometía a garantizar el segundo y tercer nivel de complejidad. Particularmente en la ciudad de Córdoba pasan a la órbita municipal los centros de salud Albert Sabin, Renacimiento, Martínez Esteves y Benito Soria, con todo su personal entre los que se encontraban comprendidas cuatro trabajadoras sociales, *dos de las cuales pasan a ser empleadas de la DAPS*.

Esta etapa de reformas sectoriales que se inicia en 1995, se da en el contexto de una profunda crisis fiscal del estado provincial provocada por el denominado “efecto tequila”, crisis que hizo colapsar la totalidad de los servicios públicos. La declaración de la emergencia provincial fue el detonador de la profundización del proceso reformista.

Una fuerte racionalización del personal implicó una drástica reducción de la planta mediante el cese de contratos e interinatos, la absorción presupuestaria de cargos vacantes y la decisión de no cubrir interinatos ni suplencias. Se suspenden las residencias rentadas en los hospitales provinciales con el argumento de que en medio de la emergencia provincial el Estado no podía seguir destinando recursos para la formación de post-grado. A esto debe agregarse el recorte salarial y de horarios de trabajo que abarcó a la totalidad de empleados provinciales. Todo el proceso de transformación tuvo un alto grado de conflictividad social debido al estilo de gestión autoritario y las medidas anti-populares llevadas a cabo.

En este marco, hacia 1995 comienza la implementación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) financiado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), con eje puesto en la madre y el niño. En el marco de este programa se crean los Centros Regionales de Referencia (CRR) a los que se equipó para la atención de laboratorio, ecografía y rayos. El PROMIN, además de involucrar a distintos sectores institucionales estatales, tuvo como característica novedosa que en el plan nutricional destinado a la madre y el niño, además de la leche se agregaban otros nutrientes. Esto obligó a modificar instrumentos e indicadores con los que se venía trabajando para poder identificar a niños en riesgo de desnutrición.

Siendo la salud –junto con la educación– los dos derechos más universalmente reconocidos, sin embargo, en esta etapa –caracterizada por un proceso de vulneración de derechos por parte del Estado– se produjo una notable disminución presupuestaria en el

sector. El principal móvil para la adhesión de la Municipalidad a tales programas de salud con financiamiento externo, fue por tanto la obtención de recursos de algún tipo; es así que paradójicamente, este proceso de restricción de derechos permitió la remodelación y construcción de nuevos edificios para el funcionamiento de centros de salud, la adquisición de medios de movilidad para la asistencia y la oferta de capacitación a los equipos de salud, entre otros beneficios.

En el año 1995 se establecen modificaciones en la Carta Orgánica Municipal de la Ciudad de Córdoba, sancionada por la Convención Municipal Constituyente, que reconoce a la salud como un derecho ciudadano. Carlos Gatti³⁹, director de DAPS en el período 1991-1995, tensiona este avance legal-formal en relación al abordaje de la salud como un derecho: *“El planteo que siempre me hago es pensar a la salud como un derecho, entonces escuchar que se atiende a los pobres es pensar que hay otros que son ricos y que le dedican el tiempo a los pobres, es como un pensamiento dicotómico y no pensar a la salud como un derecho y que ese derecho es de todos, los que están acá, los que están allá, los que están en un lado, los que están en el otro. Además, antes de llamarse Dirección de Atención Primaria de la Salud, se llamó Dirección de Atención Periférica... o sea estaba referida a los que estaban afuera, en la periferia, en el margen, bueno allí estaba la gente que nosotros íbamos a atender, a servir... y como se decía era un castigo ir a atender en la periferia”*.

Los proyectos implementados con financiamiento internacional

Una de las claves con la que los pensadores neoliberales explican el “fracaso” del Estado de Bienestar, es la implementación de políticas sociales universales. Por ello, en el sector salud, esta posición ideológica apunta a que el Estado abandone propuestas integrales de atención de la salud y las reemplace por programas selectivos, sólo dirigidos a grupos considerados de alto riesgo sanitario, abandonando el principio de universalidad.

En principio, es posible decir que, para los neoliberales, la equidad consiste en hacerles llegar la asistencia del Estado a quienes efectivamente lo necesiten. Ello implica definir la población objetivo de los programas, en otras palabras, determinar quiénes son los merecedores de recibir apoyo estatal y constituir instancias no burocráticas y descentralizadas que garantizarán flexibilidad y eficiencia en la aplicación del gasto social (Ase, 1995, p.42).

³⁹Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

Florida⁴⁰, directora de la DAPS en el período diciembre 1983- diciembre 1991 expresa: *“Nosotros en esos años sectorizamos la ciudad en cuatro cuadrantes. Uno de ellos, el cuadrante suroeste se trabajó con el Proyecto Córdoba, un proyecto auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y financiado por la Fundación Kellogg , tenía 12 centros de salud, se trabajaba con el Hospital Misericordia, con la Maternidad Provincial y el Hospital de Niños; y en la zona noroeste de la ciudad con el Proyecto Italia, sectorizamos la zona con 19 centros, con el Benito Soria, el Hospital Pediátrico, la Maternidad Nacional y el Hospital San Roque, de tal manera que cuando nos fuimos en el 91 quedó la mitad de la ciudad regionalizada”.*

El llamado “Proyecto Córdoba”, iniciativa de la OPS con financiamiento de la fundación Kellogg, se implementó en el sureste de la ciudad de Córdoba en el período 1983-1987 y se propuso fortalecer el desarrollo de servicios de salud desde el enfoque de riesgo con énfasis en la madre y el niño. Los principales actores que articularon acciones en el mismo fueron: Municipalidad de Córdoba, Gobierno de la Provincia de Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Católica de Córdoba, profundizando la articulación capacitación-servicio. *“...tenía que ver con una experiencia absolutamente inédita en Córdoba, en el ámbito de la salud pública, cual era la de mezclar jurisdicciones, Municipalidad, Provincia y Universidad, entonces nosotros ingresamos a la DAPS pero dependíamos administrativamente de la Provincia”*, refiere una de las protagonistas (P).

La implementación del proyecto dispuso la ejecución de tres lineamientos sanitarios:

1) *Escalonamiento Asistencial*: Se implementa un sistema escalonado de atención materno infantil y perinatal con la participación de 13 centros de salud (nivel I), Hospital Misericordia (Nivel II), el Hospital de Niños (Nivel III pediátrico) y Maternidad Provincial de Córdoba (Nivel III perinatal); se realizó un censo de población, vivienda, salud y saneamiento del área; se pusieron en marcha normas técnicas y administrativas para la referencia bidireccional de pacientes en la atención perinatal y pediátrica; se implementó un sistema simplificado de registros médicos y estadísticas de salud que facilitaron la evaluación dinámica y la introducción de ajustes en el proceso de atención materno infantil; y se realizaron capacitaciones en servicio de los efectores del área en prevención y tratamiento de patologías prevalentes en el abordaje materno infantil.

⁴⁰Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

2) *Enfoque de Riesgo*: se elaboró un modelo predictivo perinatal con enfoque de riesgo a partir de un estudio retrospectivo y se capacitó al personal para la implementación de este modelo.

3) *Articulación Docente-Asistencial*: se implementó una estructura organizativa de actividad docente que incluyó distintas unidades académicas y organismos de capacitación de los efectores. Desde esta coordinación se pudieron elaborar documentos con contenidos curriculares a desarrollarse en el área del proyecto, se crearon instrumentos técnicos, administrativos y organizativos para que las distintas Facultades pudieran integrarse con continuidad en la articulación docente-asistencial, se elaboró un diagnóstico de situación de la actividad docente que se realizó en los distintos efectores del área programática, se capacitó a los docentes en programas de educación continua, los que participaron en la elaboración de normas y procedimientos de atención de salud materno-infantil.

Diversos documentos sobre la época y testimonios acuerdan en considerar que los aportes de este proyecto fueron: la consideración de la participación comunitaria a través de la formación de promotores de salud, la normativa acordada siendo el carnet perinatal uno de los principales instrumentos que –actualizado- se continúa utilizando, y el ingreso de doce trabajadores sociales a los equipos de los centros de salud incluidos en la zona del proyecto, que hasta ese momento sólo estaban integrados por médicos y enfermeros. Una de las entrevistadas, explica que *“la Municipalidad participaba poniendo los efectores de primer nivel de salud, entonces en cada efector estas eran condiciones que ponía el proyecto, en cada efector tenía que haber un trabajador social”* (P). Este último punto fue muy resistido por las autoridades municipales quienes se negaban a efectivizarlo, lo que implicó movilización de parte de las trabajadoras sociales; *“nosotras estábamos todas a los gritos peleando la incorporación por parte de la muni, entonces se hace una especie de negociación y acuerdo porque 12 éramos un batallón, entonces las autoridades políticas de la dirección acuerdan una evaluación por parte de nuestros responsables... una evaluación que dijera si se justificaba que nosotras quedáramos”*, recuerda (P).

Pese a que la formulación del Proyecto Córdoba promovía la participación comunitaria y la generación de espacios colectivos de abordaje de los problemas de salud, en relación a la intervención profesional del trabajo social, las demandas continúan siendo vinculadas a lo reparatorio-individual, al control de las familias que no cumplían con las prescripciones médicas, a *“resolver situaciones en términos de necesidad de recursos sobre todo materiales de la población que acudía a los centros de salud, desde la silla de ruedas, la radiografía, la*

prótesis, ir a buscar a alguien que no venía al centro de salud porque dormía, era vago y no sé qué, el trabajo social muy puesto en ese lugar”, recuerda (V). Además, “nos nombraban auxiliares de la medicina, paramédicas, además en femenino lo digo porque éramos todas mujeres, tanto las visitadoras que estaban como las profesionales que entraban, tenían que ver básicamente con aquello del orden de lo auxiliar y muy vinculado a lo reparatorio en el campo de la salud”, refiere (P) evidenciando cómo los procesos de construcción de las profesiones definen a algunas como hegemónicas y a otras como subalternas (Aquín, 2008), resultado de distribuciones diferenciales en el volumen del capital simbólico acumulado por cada una de ellas.

Entre 1989 y 1991, se desarrolló en el noroeste de la ciudad de Córdoba, el Programa de Salud Pública de la Ciudad de Córdoba, en cooperación con el Gobierno de Italia. El mismo se implementó en 20 Centros de Salud, el Centro de Atención Ambulatoria Benito Soria (en ese momento de jurisdicción provincial), Hospital de Niños, Hospital San Roque y Hospital Italiano.

El mencionado fue un programa intersectorial e interinstitucional, cuyos objetivos prioritarios fueron apoyar formas de integración y coordinación entre políticas sanitarias y políticas sociales y entre diferentes instituciones: públicas, privadas, de obras sociales y de distintas jurisdicciones, principalmente entre provincia y municipalidad de Córdoba.

A partir de su implementación se hizo eje en la promoción de la salud y el abordaje familiar y comunitario, se centró en la mirada epidemiológica (capacitación y generación de información) y se impulsó desde la provincia una renovada política de Salud Mental basada en el trabajo interdisciplinario y la creación de los Equipos de Atención Comunitaria (EAC) en salud mental. Asimismo, este Proyecto hizo hincapié en la informatización de los datos del sistema de salud (inclusión de computadoras y digitalización de los registros). Independientemente de la jurisdicción de pertenencia, en el espacio territorial-barrial se trabajaba con una historia clínica familiar como único instrumento de registro de las atenciones.

El Proyecto Italia también puso énfasis en el eje de la capacitación interdisciplinaria orientada a la estrategia de APS, aportes del orden de lo cualitativo que fueron complejos de capitalizar en DAPS. *“... en la conformación de la comisión interdisciplinaria de capacitación, una de las variables que teníamos que trabajar mucho era la percepción del trabajador del primer nivel, era absolutamente contradictorio un sistema que efectivamente mandaba a la gente que se portaba mal o que tenía problemas o que se yo, a formar parte de los centros de salud y nosotras desde la capacitación diciendo qué bueno que es el primer nivel y la gente sintiendo que estar en el primer nivel era estar en penitencia...”(P), recuerda una de las protagonistas.*

En 1991 se intentó fortalecer la estrategia de APS, favoreciendo el trabajo en terreno dentro de las áreas programáticas existentes, agregándose a esta última el área de responsabilidad que prioriza la población de riesgo, definida por necesidades básicas insatisfechas. El esquema programado establecía que los centros trabajarían por demanda en el área programática mientras que en el área de responsabilidad se actuaría bajo una modalidad preventiva y promocional, con participación comunitaria. En esta línea, se contrata una trabajadora social para intervenir en tres centros de salud de la DAPS definidos dentro del área del proyecto.

Otro aporte particular de este proyecto fue la incorporación del sector privado como actor, a través del Hospital Italiano, que se comprometió a atender pacientes no mutualizados, constituyéndose como primera experiencia de concertación intra-sectorial entre efectores públicos y privados.

Para la ejecución del programa se identificaron los siguientes niveles de coordinación prioritaria:

- a) **Político-administrativo:** se trata de vincular los diversos sistemas de información de salud jurisdiccionales, entre sí y con el nivel nacional, y con carácter normativo en lo que se refiere a los contenidos de los flujos informativos.
- b) **Intra-sectorial:** dada la diversidad del sistema sanitario es esencial fijar vínculos estables entre sus distintos sujetos activos (público, privado, obras sociales).
- c) **Intersectorial:** igualmente importante es la coordinación del sistema sanitario con otros sectores como trabajo, educación, acción social, entre otros, y la producción de información que puedan ser empleadas tanto en el sector sanitario como en otros sectores. Se trata de una lógica que reconoce el carácter social de la política sanitaria.

Si bien parte importante de los cambios producidos en la política sanitaria en este período guardan estrecha relación con los programas de financiamiento externo a los que adhiere la Municipalidad de Córdoba, resulta interesante identificar que una línea importante de trabajo fue la extensión de cobertura y accesibilidad a los servicios, en el marco de los principios formulados en la Declaración de Alma Atta. En relación a ello, recuerda la directora de la DAPS de ese momento: *"...cuando nosotros llegamos a la dirección sólo el 20% de los médicos tenía 36 hs de trabajo semanales y en el 91 cuando nos fuimos el 84% tenía 36 horas de trabajo. Esto nos permitió ampliar la cobertura horaria en todos los centros. Otra de las cosas que hicimos fue completar los equipos con las especialidades básicas, con pediatría, tocoginecología, clínica médica, enfermería y en donde podíamos poner asistentes sociales... este es un debe que tuvimos. Bueno, pero con esas especialidades básicas tratamos de cubrir todas las necesidades de la población en las medidas de las posibilidades de cada centro y*

aparte nosotros tratamos de cubrir esos bolsones sin cobertura que había en la ciudad de Córdoba y para eso creamos 6 nuevos centros y relocalizamos 7 centros que ya teníamos, remodelamos también muchísimos centros. También hicimos la primera posta de salud como extensión del centro de salud de San Roque y también hicimos un centro referencial, el de Las Flores, que contaba con rayos y laboratorio y que permitía la referencia de otros 6 centros de la zona, esto para facilitar un poco el tema de la referencia y contrarreferencia que siempre fue dificultoso”⁴¹.

En el planteo precedente se identifican –por lo menos- dos cuestiones que distingo con fines analíticos pero que en la práctica tienen implicancias mutuas: por un lado, la denominación “*especialidades básicas*”, que abarca a diversas especialidades de la medicina y a la enfermería, lo que expresa una concepción biologista en el abordaje de la salud. Por otro lado, se manifiesta que la presencia de esas disciplinas es suficiente para “*cubrir todas las necesidades de la población*”, lo que permite clarificar la omnipotencia desde la que sostienen sus intervenciones los profesionales médicos, tratándose de una omnipotencia fundada en la creencia del carácter absoluto de su saber. Es frecuente que quien se considera poseedor de un saber absoluto se crea al mismo tiempo autorizado a formular peticiones de obediencia. En relación a ello, una de las entrevistadas reflexiona: “*básicamente en los profesionales de la medicina, hay una dificultad enorme para reconocer el límite en relación al conocimiento, normalmente son profesionales que en el campo de la salud todo lo pueden porque todo lo saben*” (P). A partir de esta expresión, también se puede comprender que la afirmación de que a las “*asistentes sociales*” las designaban “*donde podíamos*”, refiere al sustento de que habría profesiones indispensables y otras prescindibles en el campo de la salud. Para un análisis de ello, resulta interesante recuperar las afirmaciones de Bourdieu (2012, p.19-20), cuando expresa:

En la lucha en la cual cada uno de los agentes debe comprometerse para imponer el valor de sus productos y de su propia autoridad como productor legítimo, está siempre presente el desafío de imponer la definición de la ciencia (i.e. la delimitación del campo de los problemas, las metodologías y las teorías que pueden considerarse científicas) más convenientes para sus intereses específicos, es decir, la más adecuada para permitirle ocupar con toda la legitimidad la posición dominante, asegurando la posición más alta de la jerarquía de los valores

⁴¹Susana Florida. Mesa Redonda de ex–directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

científicos, de las capacidades científicas que el agente detenta a título personal o institucional...

Otro de los pilares de la Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) que fue abordado en este período fue el de la participación comunitaria. Florida⁴² reconoce que “... los primeros años fue muy difícil implementar esto porque había mucho temor a hablar, mucho temor a participar, en esa época fue difícil...” situación que es confirmada por una trabajadora del servicio social de ese momento quien alude que “hasta el 83 y después del 83 estaban tan asustadas que no querían volver, no querían arriesgarse a nada” (J). A pesar de ello, desde la dirección se pudieron catastrar 75 programas de participación comunitaria que se implementaron en esa época, los que eran programados, ejecutados y evaluados de manera conjunta con la comunidad, a partir de la implementación de la planificación local participativa. Algunos de ellos fueron: ropero comunitario, correo comunitario para el control de crecimiento y desarrollo, huertas comunitarias y familiares, trabajo de prevención y control de la diarrea aguda y de las infecciones respiratorias con participación de la comunidad.

Decisiones autónomas: la incorporación de trabajadores sociales en el período post-convertibilidad

La política sanitaria post-convertibilidad tiene como base un paradigma de gestión diferente del paradigma predominante en los años '90. Esto implicó, -desde una perspectiva más vinculada a los teóricos del institucionalismo- un claro posicionamiento de **regular** el sistema de salud, proponiendo políticas estatales que pudieran establecer mecanismos de control de la intervención del mercado en esta materia, como así también imprimiendo a las mismas una concepción integral de salud que contempla aspectos políticos, económicos, sociales, culturales, psicológicos, como así también sus expresiones en “lo singular, lo particular y lo general”⁴³.

Este cambio de paradigma de la política sanitaria fue –y aún continúa siéndolo- un proceso reciente, contradictorio, lento, de modificaciones parciales e inacabadas, pero que constituye un avance en el sentido del planteo de Basualdo (2009, p.349) cuando afirma que “a partir de 2002 se diluye el bloque de poder anterior y se pone en marcha una compleja etapa de transición en la cual comienzan a delinearse nuevas alianzas y bloques sociales” sobre la base de una mayor autonomía del capital interno respecto al poder financiero internacional

⁴² Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

⁴³ Categorías desarrolladas por Breilh (2003, p.98) que hacen referencia a procesos individuales, modos o estilos de vida y a los principios de reproducción del sistema social, respectivamente, y que explican mediaciones en el proceso salud-enfermedad-atención.

y una mayor autonomía relativa del sistema político respecto a las fracciones del capital interno.

La política sanitaria post-convertibilidad puso hincapié en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la reorganización funcional del sector público, con el objetivo de dotar de mayor accesibilidad al sistema público de atención, y lograr un mejoramiento de la salud de la población, que podrían inscribirse en lo que Titmuss (1981, p.39) denomina “*modelo de la política social institucional redistributivo*” que “considera al bienestar social como una institución muy importante integrada en la sociedad, que proporciona servicios generales fuera del mercado basándose en el principio de la necesidad”.

Contrariamente a los planteos de las políticas de desregulación, cuya estrategia discursiva de despolitización permitía fundamentar una supuesta objetividad del mercado, esta nueva perspectiva renueva los debates sobre el derecho a la salud, particularmente si la cuestión se reduce al acceso a los servicios o si por el contrario, está directamente vinculada a la modificación de los determinantes sociales de la salud, si es posible crear un sistema de salud equitativo y solidario en una sociedad donde la inequidad persiste y se promueven valores como el individualismo, cuál es la responsabilidad del Estado con respecto a la salud pública y las condiciones de vida de los habitantes del territorio argentino. Por ello, la perspectiva institucional insiste en que “cualquier intento de aislar la economía de las instituciones sociales y políticas, destruirá la sociedad humana” (Esping-Andersen, 1993, p.33). Se puede fechar este intento de reorientación de las políticas sanitarias a partir de la implementación del Plan Federal de Salud (2004-2007)⁴⁴, el cual fijó pautas para los programas en el área sanitaria y orientó la acción del Ministerio de Salud de Nación, principalmente a través de programas temáticos transversales de aplicación nacional.

Desde una perspectiva nacional, la implementación de estas políticas implicó distintos grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia a lo largo del territorio argentino, coexistiendo diversas modalidades de organización en las provincias y municipios. La complejidad de cada proceso de descentralización realizado durante el período neoliberal, deriva en la existencia actual de significativas diferencias, donde se combinan disímiles grados de autonomía hospitalaria, niveles dispares de integración de sus redes de atención, políticas de recursos humanos heterogéneas, diversos programas médicos obligatorios, entre otras variables relevantes.

⁴⁴ Hoy se encuentra en vigencia el Plan Federal de Salud 2010-2016, el cual ha definido tres estrategias: 1) atención de personas, 2) prevención y minimización del daño, 3) participación social y determinantes. Entre sus definiciones, se encuentran priorizadas la población de niños/as, adolescentes, mujer embarazada y adultos/as mayores, y el fortalecimiento del COFESA.

En este sentido, resulta relevante mencionar que el Ministerio de Salud de la Nación realiza un importante aporte en términos de recursos necesarios para el funcionamiento de los diferentes efectores de salud de todo el territorio argentino; transfiriendo las vacunas, los medicamentos y la leche para embarazadas y niños de hasta 2 años, como así también el dinero por prestaciones del Plan Sumar⁴⁵ (que son utilizados por los ejecutores del plan para resolver cuestiones que los magros fondos destinados a salud, tanto por los gobiernos provinciales como municipales, no logran resolver).

Además, la aprobación en estos años de normas como la ley Nº 25.673 de Salud sexual y procreación responsable, la Nº 25.871 Ley de migraciones, la ley Nº 26.061 de Protección integral de niños, niñas y adolescentes, la ley Nº 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado -por mencionar algunas de las más relevantes-, se han constituido en importantes herramientas de exigibilidad de derechos humanos en el campo de la salud, aportando al debate sobre *quién* puede ejercer plenamente su derecho a la salud en el territorio nacional. Por ello, “Superar la injusticia significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como socios con pleno derecho a la interacción social” (Fraser, 2008, p.39).

Muchas de las características referidas en esta modalidad de política sanitaria, estarían comprendidas en lo que Esping-Andersen denomina “*régimen socialdemócrata*”, esto es, un Estado del bienestar que promueva “una igualdad en los estándares más elevados, no una igualdad en las necesidades mínimas...” (Esping-Andersen, 1993, p.48), con una elevada desmercantilización y programas universalistas. El régimen socialdemócrata, resume Britos (2003, p.102) “promueve la unificación de las diversas políticas, la uniformidad de las condiciones de adquisición de derechos, la cobertura total de la población en base al *status* de ciudadanía y la cobertura de todos los riesgos sociales”, predominando la prestación a través de instituciones estatales.

En lo que sigue, trato de analizar aspectos particulares en relación a la incorporación de profesionales de trabajo social de las distintas gestiones en lo que he denominado período post-convertibilidad.

Gestión de Luis Juez: la incorporación como decisión política

A días de iniciada la gestión municipal del intendente Juez (diciembre de 2003), se produce en barrios del sudoeste de la ciudad de Córdoba (Villa La Tela y B° San Roque) un

⁴⁵ El Plan Sumar es una política sanitaria nacional destinada a niños, niñas, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años sin obra social. Sus objetivos son: disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna, profundizar el cuidado de la salud de los niños en toda la etapa escolar y durante la adolescencia, mejorar el cuidado de la salud de la mujer a través de controles preventivos y reducir las muertes por cáncer cérvico uterino y por cáncer de mama. Para su ejecución, el Ministerio de Salud de Nación transfiere recursos monetarios a los respectivos ministerios provinciales por inscripción de beneficiarios y cumplimiento de metas sanitarias.

tornado de importante magnitud, por lo que diferentes actores estatales, no gubernamentales, comunitarios y voluntarios se articulan con el objetivo de asistir a los vecinos damnificados y reconstruir esa parte de la ciudad.

Quien asume la dirección de la DAPS, Liliana Porcheddú, homologa esta catástrofe climática con la situación en la que se encontraba la Municipalidad de Córdoba⁴⁶: *“Yo la consideré a esta gestión como el tornado, había que recuperar esta dirección porque esta dirección estaba en un caos. Y venía de direcciones que a lo mejor los directores le quisieron poner todo, pero desgraciadamente había una mirada de la salud muy fría, los centros estaban devastados, no teníamos insumos, salíamos a comprar la agujita, la novalgina... luchábamos por la agujita, por no desaparecer”*⁴⁷. Por ello, a partir del 2004 se inició un proceso de recuperación institucional con la provisión de insumos, leche, medicamentos, mobiliario e incorporación de personal. Asimismo, se le da nuevo impulso a la implementación de los programas preventivos y promocionales de salud y a la capacitación interna institucional.

Durante la gestión, se produjo una importante alianza entre el Frente Cívico (partido liderado por Luis Juez) con Movimientos Sociales locales, que en el campo de la salud se reflejó principalmente en resolución de servicios básicos necesarios en los lugares más alejados, desprotegidos y/o excluidos de las políticas públicas. Así, se crearon en la DAPS, ocho UPAS⁴⁸ (Unidad Primaria de Atención en Salud) de la mano de redes barriales y diversas organizaciones sociales-locales que venían trabajando a tal fin y que co-gestionaron junto a los trabajadores municipales esos centros de salud durante sus primeros años. Porcheddú recuerda: *“Yo tengo que reconocer que escuchar a las comunidades, también en este primer año de gestión nos llevó a inaugurar UPAS en lugares donde las necesidades... tiene que ver con una pobreza humana, en cómo viven ellos y nos necesitan en esos lugares... fueron experiencias muy enriquecedoras y donde la comunidad tuvo participación directa. En ese año y medio inauguramos Villa Bustos, inauguramos Cortaderos, Villa La Tela, Ituzaingó Anexo,*

⁴⁶ La gestión del intendente anterior, Germán Kamerath, se caracterizó por el desmantelamiento generalizado de los servicios públicos. En salud la implementación de los programas institucionales fue restringida por falta de insumos esenciales, escasez de personal y deterioro de los edificios. Mientras el gremio municipal motorizó una iniciativa popular que solicitaba su destitución, el poder legislativo evaluaba la realización de un juicio político por incumplimiento de sus deberes de funcionario. Son numerosas las denuncias vinculadas a negociados incompatibles con la función pública, tanto en su condición de intendente como de secretario de comunicaciones de la nación durante la presidencia de Carlos Menem.

⁴⁷ Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

⁴⁸ En sus inicios, las UPAS se crearon como una estrategia de extensión de cobertura y dependían administrativamente de un Centro de Salud de mayor tamaño. En su trayectoria, esta distinción se fue diluyendo, pasando a ser todos Centros de Salud.

*Parque Liceo III sección, Parque República, Cooperativa Las Arcas... con esa modalidad, sentaditos, hablando con la gente, y quizá políticamente teníamos un apoyo fuerte.*⁴⁹

En la misma línea, se produce la designación de profesionales de la salud de diferentes campos de conocimiento para integrar los equipos de trabajo, cuyos destinos serían los nuevos lugares de atención en salud. Esta incorporación, básicamente de trabajadores sociales, psicólogos y médicos generalistas, se constituye en respuesta a una larga lucha al interior de la institución, respecto a su necesaria inclusión para mejorar prácticas promocionales y preventivas desde el trabajo en los Centros de Salud y/o UPAS, que incorporaran un componente de **integralidad** a la intervención en salud requerida para el trabajo en el primer nivel de atención. Para el colectivo profesional de trabajo social esto implicó una ampliación del mercado ocupacional, en tanto se duplicó el número de profesionales que pasó de nueve a dieciocho. Quien se desempeñó como jefa de la División Servicio Social en ese período recuerda: *“en la época de la intendencia de Juez con el Dr. Jiménez en la Secretaría de Salud, me parece que acompañando ya toda una posición respecto al qué y para qué del primer nivel de atención, al qué y al para qué de los equipos, se incorporan profesionales”*. Además agrega que las designaciones *“venían de la mano de acuerdos políticos del juecismo sobre todo con movimientos sociales-barriales básicamente, entonces el equipo de la mano de esa propuesta política, en términos de política en salud era médico generalista como especialidad única, enfermero universitario, trabajador social y psicólogo, los cuatro iban a esos lugares que ya estaban acordados con estos movimientos”*.

En este contexto particular, el gobierno municipal –de acuerdo con criterios principalmente políticos y sociales- reconoce una ubicación más simétrica de diversas profesiones en el campo de la salud que sus antecesores, legitimando el accionar de aquellos trabajadores provenientes de las ciencias sociales. Esta decisión –según los argumentos de Porcheddú- estaría vinculada a lo que Habermas (1999) denomina como *las buenas razones*, sosteniendo que el reconocimiento y apoyo es consecuencia de los buenos argumentos, *“porque también aparte de trabajar en A.P.S. tenía también mis conocimientos, mis experiencias y mis vivencias que tienen absolutamente claro que la salud y la enfermedad, si no está visto desde lo social para mí, se cometen graves errores”*, esgrime la directora. Pese a ello, también admite que otros elementos se ponen en juego para sostener la decisión: *“Y yo también te decía lo político, y vuelvo a esto porque hay que animarse. ¿Por qué? Porque la gente reclama médicos, después de médicos reclama enfermeros y pocas veces reclama a la trabajadora social o a la psicóloga y se resigna a que no hay. Entonces como la gente se*

⁴⁹Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

resigna, la gente no reclama, al político le conviene, porque a mí me lo dijeron muchas veces en la cara, te voy a poner médico y enfermera y ya está. Porque eso soluciona". En este sentido, y tal como lo plantea Bourdieu (1988, p.138), "aquellos que son conocidos y reconocidos, están en condiciones de imponer la escala de valores más favorable a sus productos, especialmente porque en nuestras sociedades tienen un casi monopolio de hecho sobre las instituciones que establecen y garantizan oficialmente rangos".

Otro elemento distintivo de la gestión juecista, fue el reconocimiento de que trabajo social posee una competencia que le otorga autoridad para *hablar y hacer*. Ello se puso de manifiesto en la aceptación de los criterios establecidos desde servicio social para definir el perfil profesional de quienes ingresarán, cuestión que -hasta la actualidad- es valorado como una fortaleza del colectivo profesional. *"Otra fortaleza creo que es el modo de ingreso, esto de que haya habido criterios en general, (...) al menos para saber que hablamos de lo mismo, que es algo tan difícil en esta institución con tantos paradigmas diferentes, contradictorios, tan disímiles en como entran los profesionales a trabajar, que nuestro espacio no sea tan disímil, el requisito de tener un tránsito y una formación específica me parece que es una potencia"*, reconoce una de las entrevistadas (D). Los ingresos a los que se hace referencia, si bien no fueron realizados por concurso público y abierto (como lo dispone la legislación municipal), se efectuaron a partir de un orden de mérito establecido a través de dos mecanismos: valoración de antecedentes⁵⁰ y entrevista personal con la jefa del servicio social. Esta modalidad de incorporación fue también respetada con los siguientes ingresos en la gestión del intendente Giacomino y fueron soslayados para los ingresos en la gestión Mestre, cuyas nominaciones fueron hechas por funcionarios políticos.

Además, las demandas realizadas hacia trabajo social desde los funcionarios de la gestión juecista se construyeron desde un sentido diferente y superador respecto a los períodos anteriores: *"Sobre todo fijate vos, una de las cosas clave era poder abrir el camino hacia el trabajo intersectorial y hacia el trabajo comunitario, porque a nosotros nos cuesta mucho el trabajo, como médica yo lo reconozco, yo reconozco que nos falta experiencia en eso y que Trabajo Social lo tiene. Incluso también lo tengo muy claro, que la formación de ustedes no sé si los sensibiliza o les deja una veta, que por ahí a lo mejor al resto de las otras carreras no lo tienen,... es como que tienen una preparación que los sensibiliza de una manera especial"*, refiere la por entonces directora de DAPS. Estas definiciones no tienen solamente un carácter técnico, "sino que también son relaciones de poder, de legitimación y de construcciones simbólicas..." (Aguayo, 2006, p.113) que se logran a partir de diversas regulaciones que

⁵⁰ Para esta valoración se confeccionó una grilla, utilizando como base la construida por el Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba para otorgar la especialidad en salud

realizan los profesionales con usuarios, con compañeros de trabajo y con las instituciones empleadoras.

Diversos relatos de trabajadoras sociales que ingresaron a la DAPS en el período al que se hace referencia, confirman que el escenario de intervención favoreció el diseño de estrategias profesionales desde una perspectiva de promoción de la participación comunitaria. En esta línea, afirma (I): *“La inserción en la UPAS realmente tuvo mucha riqueza para mí, porque la comunidad venía pidiendo la apertura de la UPAS hacía muchos años y había un trabajo en red muy interesante que tenía que ver con una red de instituciones y organizaciones del sector y donde había tenido también mucha presencia y acompañamiento de distintos equipos de trabajo donde había trabajadores sociales”*.

En este contexto, el 14 de abril de 2005 la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba, aprueba la resolución N° 124, estableciendo la creación de seis EZI⁵¹ cuya existencia genera un proceso institucional de modificación de funciones (gestión de zona sanitaria) y metodologías de trabajo (equipos conformados por tres o cuatro profesionales de distintas disciplinas, entre ellas, trabajo social). Si bien la propuesta de conformación de EZI responde a la necesidad institucional de desarrollo de una estrategia de gestión en salud por Zonas Sanitarias con lineamientos técnicos y administrativos claros, esta conformación se da en condiciones de importante contradicción: por un lado, el antecedente era la existencia de un **jefe zonal médico** que venía desarrollando en los últimos treinta años, de manera individual, una tarea administrativa a nivel de cada Zona Sanitaria de la ciudad de Córdoba; y por otro lado, la asunción de una gestión política municipal⁵² que había dado señales de renovadas concepciones sobre salud, derechos, compromiso y participación en proyectos colectivos desde un pensamiento coherente a acuerdos internacionales. En relación a esta creación, la directora de DAPS refiere: *“Los equipos zonales tienen que estar completos porque la mirada tiene que ser absolutamente interdisciplinaria (...). Por lo menos un año estuvimos capacitándonos todos, que era todo nuevo y trajimos toda la bibliografía que podíamos tener para lograr escribir las funciones y para lograr avanzar en esto y bueno yo creo que el equipo*

⁵¹ La Secretaría de Salud divide la ciudad de Córdoba en seis zonas sanitarias. En cada una de ellas se encuentran aproximadamente 16 centros de salud, y un Equipo Zonal Interdisciplinario que coordina la gestión de todos ellos, disponiendo la modificación de aquellos factores que obstaculizan la oferta sanitaria, tarea que realiza principalmente con los miembros de los equipos de salud a cargo.

⁵² Durante su intendencia, Luis Juez reconocía públicamente como una virtud de su gestión el contener en el Frente Cívico funcionarios de diferentes extracciones ideológicas, referenciando que los de derecha se encontraban en economía y los de izquierda en salud. En estas definiciones, se materializa lo que Bourdieu denomina como “La mano izquierda del Estado”, conformado por el “conjunto de agentes de los ministerios llamados dispendiosos, que son la huella, en el seno del Estado, de las luchas sociales del pasado” y que se enfrentan al Estado de la mano derecha, ubicado en los Ministerio de Hacienda y Economía. (Bourdieu, 1999b, p. 12)

zonal en A.P.S. es muy importante porque es quien debe tener un conocimiento de toda el área y para mí son los puentes directos entre los equipos, la dirección y la secretaria de salud”.

A partir de ello, se establece una conflictiva relación de poder en el proceso de construcción de ese espacio de intervención entre las profesiones que conformaron los EZI, procesos de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación que los diferentes grupos profesionales desplegaron hacia otras profesiones, principalmente los médicos, quienes reclamaron continuar con un lugar de exclusividad en el mismo. Si bien ello se encuentra vinculado a lo que Sarfatti (1989) denomina como la **negociación de la exclusividad cognitiva**, y que se traduce en la capacidad de la profesión en demostrar superioridad en el manejo de la cuestión que aborda, las estrategias llevadas a cabo por los profesionales médicos no fueron restringidas a disputas académicas o desde el conocimiento científico, sino que llegaron a *“niveles de violencia y de ataque personal o que alguien no te dejara entrar a un Centro de Salud”* (M) y a enfrentamientos gremiales, ya que los médicos profundizaron su histórica alianza con el Sindicato Municipal, en nombre de la “defensa de los derechos adquiridos por los compañeros médicos”.

En este sentido, resultó complejo institucionalizar un modelo de trabajo en salud capaz de democratizar las relaciones entre los médicos y los otros miembros del equipo de salud, de incorporar aportes de diferentes saberes en el espacio de gestión y de cuestionar patrones culturales vigentes y compartidos por un importante número de trabajadores que valoran al conocimiento médico como superior al del resto de los profesionales del campo de la salud, asignándoles el monopolio de la autoridad.

En este proceso, la normativa no proporcionó argumentos para legitimar un nuevo modelo de gestión, sino que se presentaron interpretaciones en competencia que evidenciaron que *“nunca es simétrica la interdisciplina”* (Follari, 1992, p. 126). La simple yuxtaposición de disciplinas, su encuentro casual o la existencia de ciencias auxiliares de otras, no constituyen un equipo interdisciplinario. Para que pueda funcionar un equipo requiere la inclusión programada, dentro de sus actividades, de los dispositivos necesarios para su construcción, ya que este proceso no es espontáneo. En relación a ello, (M) refiere que *“Nos llevó mucho tiempo a nosotros conformar el equipo y haber entendido que nos teníamos que conformar como equipo para trabajar con otros, eso fue... una de las partes más importantes de la programación, eran acuerdos básicos.”*

Además de lo mencionado, la construcción de la intervención del trabajo social en este lugar de la estructura institucional, no fue sencilla por varias razones: por un lado, cuestiones internas al campo profesional en las que el sujeto “histórico” de la intervención es aquel que demanda de manera directa la política socio-sanitaria y no otros profesionales que ejecutan la

política, lo que obligó a un reposicionamiento en el campo sanitario; por otro lado, para los miembros de los equipos de salud fue complejo identificar a la profesión de trabajo social desde un lugar de jefatura intermedia, por lo que la construcción de la demanda fue compleja de situar. Una de las entrevistadas, trabajadora social designada en un EZI en este período, recuerda: *“Me parece que una de las grandes discusiones fue eso que nosotros no estábamos para la intervención con la población, sino para el acompañamiento y el asesoramiento a ellos, eso fue un tema grande, poder dirimir lo que era acompañar a un equipo, orientando y asesorando en su trabajo con la gente a que intentaran depositarnos una tarea, como si fuéramos el trabajador social de los centros”* (M).

En el último tramo de esta gestión, un grupo de odontólogos, bioquímicos y médicos municipales nucleados en la “Inter-gremial Médica”, presenta un proyecto para la modificación de la ordenanza 8023 (escalafón del personal municipal de la Ciudad de Córdoba), a partir del cual postulan un justo reclamo del agrupamiento sanidad (ascenso horizontal en la carrera administrativa para odontólogos, bioquímicos y médicos) pero donde también pretenden legalizar que los cargos de conducción en la gestión de la salud municipal solamente puedan ser ocupados por estas profesiones. Se desencadena así un importante conflicto interno que se hace público a partir de protestas callejeras y en el Honorable Concejo Deliberante, asambleas, y la participación y posicionamiento de organizaciones barriales, entidades deontológicas, unidades académicas, entre otras. Como consecuencia, se profundizan las disputas entre profesiones y paradigmas en salud que ya estaban instaladas en la Secretaría de Salud y particularmente en la DAPS; asimismo se tensionan perspectivas ingenuas en torno a la interdisciplina, que desconocen que “la verdad no está fuera del poder, ni sin poder” (Foucault, 1979, p. 187); por ejemplo de quienes tenían la responsabilidad de diseñar la política sanitaria: *“y cuando se generaron las luchas de poder, creo que terminó de desgastar más lo que podría haber sido algo muy hermoso porque estábamos pasando lo más difícil que fue mirarnos de una manera diferente: los médicos con una mirada mucho más amplia y el trabajador social no viendo el enemigo en sus propios compañeros”*, recuerda la directora de DAPS.

Gestión Giacomino: la Dirección Colegiada

El conflicto al que se hizo referencia recientemente, modificó los interlocutores reconocidos como “autorizados” para interpretar las necesidades sanitarias de la población de Córdoba. Por ello, el intendente electo en las elecciones de 2007, Daniel Giacomino, constituye la Dirección Colegiada de Atención Primaria de la Salud, integrada por una psicóloga, una trabajadora social, una enfermera y un médico, todos con idéntica jerarquía de co-directores.

Así, por primera vez en la historia de la DAPS, profesiones no-médicas ocuparon el lugar de la dirección política institucional; *“este nuevo esquema tiene que ver con un momento político dentro de la municipalidad y con un estado de los grupos sociales de todas las reparticiones de la secretaría de salud y muy especialmente en la Dirección de Atención Primaria de la Salud y tenía que ver con un espacio, con un momento en que se estaba discutiendo la ordenanza 8023 en relación a la conformación de los distintos grupos de trabajadores y las posibilidades de movilidad horizontal o vertical abiertas a todos. (...) Esto es acompañado por un crecimiento en el desarrollo de las diferentes disciplinas que estaban participando más activamente en lo que era la producción y la definición de políticas institucionales. Ante esto era inevitable pensar en que se generaba una necesidad de un nuevo modelo de gobierno pero también de esta instancia de gestión”*⁵³.

Apenas asumido, el equipo de la Dirección Colegiada⁵⁴ emitió un documento con conceptos básicos y lineamientos principales para la construcción participativa de una planificación de la DAPS basada en la estrategia de APS con perspectiva de derechos. *“Cuando hicimos los trabajos, las reuniones previas en las que participaban los integrantes de la colegiada con la secretaria de salud de aquel momento, la idea era ir incorporando y cambiando el modo de pensar, una utopía cambiar el modelo, pero bueno”*, refiere Gatti, co-director de DAPS. En dicho documento se dejó planteada la necesidad de cambio en la consideración de la población destinataria de los servicios: de personas con necesidades que deben ser asistidas a sujetos que abandonan su posición de beneficiarios pasivos para ser titulares de derechos. Allí también se establece que el Estado es el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos. En dicho documento se planteaba una propuesta político-sanitaria en tres dimensiones:

1. **La dimensión ética:** considerar a la salud como un derecho humano fundamental e incorporar un principio de justicia social (salud para todos).
2. **La dimensión política:** considerar a la salud como un espacio de construcción de ciudadanía, propiciando la participación ciudadana y el protagonismo social.
3. **La dimensión sistémica:** la organización de los servicios de salud a través de la reorientación de los mismos con criterio de promoción, un modelo de atención integral, calidad de la atención y sostenibilidad de las transformaciones.

⁵³ Juana Sigampa, co-directora. Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

⁵⁴ Resulta significativo que en el día de su asunción, la alianza instituida entre la gremial Médica y el SUOEM, expresó públicamente su rechazo a esta nueva modalidad de dirección, arrojando huevos a los co-directores. Traigo a colación este hecho como un indicador de las consecuencias de la falta de límites en la lucha por conservar intereses corporativos.

Sigampa refiere: *“comenzamos esta actividad pensando como política fundamental profundizar la estrategia de APS y también en avanzar en muchos de los cambios de paradigmas que llevarán desde lo que es la concepción de paciente-usuario a sujeto de derecho, de disciplina a equipo, de jefatura a coordinación, de verticalidad a horizontalidad, de dependencia a autonomía profesional”*⁵⁵. La conformación de la Dirección Colegiada, los lineamientos de trabajo definidos y la metodología de construcción participativa de la gestión, implicaban una interpelación sustancial del *habitus institucional*, por lo que fue *“una gestión muy resistida”*⁵⁶. A la luz de los aportes de Bourdieu y Wacquant (1995), las estrategias desarrolladas por los diferentes agentes pertenecientes al campo institucional de la DAPS para mantener o modificar el *“juego”* no sólo dependen del volumen y de la estructura de su capital en el momento considerado y de las posibilidades de juego que aquellas le aseguran, “sino también de la evolución en el tiempo del volumen y la estructura de su capital, es decir de su trayectoria social y de las disposiciones que son constituidas en la relación prolongada con cierta estructura objetiva de posibilidades” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.66).

Los médicos han logrado monopolizar un segmento del mercado de trabajo así como también han conseguido reconocer su competencia y legitimar sus privilegios, disputando un status diferente y superior en relación con otras profesiones, cuestión muy arraigada y naturalizada en la trayectoria institucional de DAPS. Por ello, la intención de modificación de ese orden de cosas legitimado institucionalmente implicó la adopción de estrategias de conservación⁵⁷ por parte de estos profesionales, así como la continuidad de los conflictos entre compañeros de trabajo y de algunos sectores corporativos con la conducción institucional. “... *creo que fue más difícil toda la época esta de la disputa tan grande dentro de la DAPS, toda esta época del enfrentamiento por la Dirección colegiada*”, refiere una de las entrevistadas (M).

Como plantea Bourdieu (2012, p.85)

La lucha científica es una lucha armada entre adversarios que poseen armas tanto más poderosas y eficaces cuanto más importante es el capital científico colectivamente acumulado en y por el campo (por lo tanto, incorporada en cada uno de los agentes), y que se ponen de acuerdo al menos para invocar, como una especie de árbitro final, el veredicto de la experiencia, es decir, de lo “real”.

⁵⁵ Esta cita corresponde a una enfermera que ocupó el cargo de co-directora. Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

⁵⁶ Juana Sigampa. Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

⁵⁷ Según Bourdieu (2012, p.33) las estrategias de conservación son aquellas “tendientes a perpetuar el orden científico establecido del cual son parte interesada”.

De alguna manera, la propuesta de la dirección colegiada implicaba una ruptura sustantiva en la cultura institucional legitimada en torno a las profesiones y a las identidades construidas y sostenidas sobre éstas: *“Proponíamos reforzar esta estrategia de trabajo en equipo, reconociendo las particularidades de cada una de las profesiones impulsando con más énfasis la interrelación entre las distintas profesiones y la horizontalidad, la flexibilidad y la interacción comunicativa”*⁵⁸. Pero como plantea Aguayo (2006, p.119), al preguntarse si la posesión de un conocimiento científico y técnico puede conferir un poder político a quienes lo poseen, es claro que el conocimiento científico le permite a las profesiones defender ciertos espacios de intervención, *“pero no es menos cierto que este tipo de análisis puede resultar infructuoso, cuando no se analizan las correlaciones de poder que ha ejercido la epistemología positiva en las ciencias humanas”*, porque la disputa por la legitimidad científica es *“inseparablemente política y científica”* (Bourdieu, 2012, p. 32).

En otro orden, durante una entrevista, Gatti expresa que fue una gestión caracterizada como de *“cuadros técnicos más que políticos”*. Por ello, *“si tuviésemos que marcar algunas dimensiones que atravesaron el proceso de gestión, sabemos muy bien que la viabilidad de los proyectos depende en primera instancia de los apoyos que debe haber de los niveles superiores y en realidad el apoyo político fue sólo inicial. Los gestos de apoyo fueron más simbólicos que concretos y esto lo podemos ver justamente en los presupuestos que fueron disponibles, en los insumos o con la incorporación de recurso humano crítico”*⁵⁹, plantea Sigampa.

Los elementos mencionados hasta aquí, vinculados a conflictos internos y escaso apoyo político desde la intendencia, permiten aproximarnos a comprender las razones por las que esta Dirección sólo funcionó algo más de un año.

Durante este corto período, se incorporaron profesionales de trabajo social a tres Centros de Salud y dos Equipos Zonales Interdisciplinarios. *“En la época de Giacomino... sobre, no sé, 25 propuestas que había y teóricamente acuerdos vinculados a políticas de salud en el primer nivel, de esos se incorporaron 3 colegas, digo y... se incorporaron estas colegas que no me parece poco de todas maneras, viéndolo en la historia, pero sí me parece absolutamente insignificante en términos de política pública, plantea una de las entrevistadas (P).*

Probablemente, la diferencia cuantitativa entre las propuestas y las que efectivamente se incorporaron estuvo condicionada por –al menos– dos elementos. Por un lado, *“las profesiones representan formas históricas de regulación de la organización social, de categorización de las actividades laborales, que constituyen desafíos políticos inseparables de*

⁵⁸Juana Sigampa. Mesa Redonda de ex–directores: *“Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”*, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

⁵⁹Mesa Redonda de ex–directores: *“Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”*, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

las relaciones entre el Estado y los individuos” (Sarfatti, 1989, p. 151), y por lo tanto, *“uno tiene que tratar de convencer a las autoridades políticas, de la importancia de un tipo de profesional que no está comprendido entre los cánones habituales, porque el impacto social de incorporar a un médico no es lo mismo que incorporar a un trabajador social”*, plantea Gatti en una entrevista. Por otro lado, *“no se entiende bien cuál es el rol del trabajador social: ¿Qué me soluciona el trabajador social? ¿Qué hace esta mujer o este muchacho por mi salud? Y me viene a visitar para ver si tengo... o me consigue documentos, o consigue que venga el registro civil, yo no sé, la salud se la ve como la no enfermedad, no como un proceso en el cual hay factores que no son solamente biológicos, incluso se entiende más un psicólogo, ¿no?”*, plantea el entrevistado.

Ante estos interrogantes, resultan significativos los aportes de Álvarez Uria (1995, párr. 6) al referir a la ambigüedad constitutiva y constituyente del trabajo social, que explica de la siguiente manera: *“Se trata de una ambigüedad múltiple, posicional y funcional, ya que el trabajo social nació en una especie de tierra de nadie, en un espacio neutro, entre la economía y la política, es decir, en el denominado espacio social”*.

Pese a las ambigüedades e imprecisiones expuestas, las demandas al colectivo profesional construidas desde el ejecutivo municipal, estuvieron vinculadas –al igual que en la gestión anterior- a la promoción de la participación como modo de abordaje de la salud colectiva, desde una perspectiva de integralidad de la misma: *“cuando se buscaron los perfiles que los trabajábamos con P.L.,⁶⁰(...) la idea era convencerlos de que en determinados lugares, por ejemplo la zona de los basurales había necesidad de que alguien trabajase esta problemática para ir ayudando... el trabajador social como un profesional que colabora o tiene las herramientas como para incentivar la participación”*, relata Gatti durante la entrevista realizada.

Por último, esta gestión asumió el costo de realizar innovaciones que no estaban circunscriptas a los límites autorizados, pero que de alguna manera permitieron una redefinición de algunos principios de legitimación institucional. *“Pensamos que esta experiencia marcó la constitución de las siguientes gestiones en el sentido de que desde que se terminó esta dirección colegiada, las diferentes direcciones han estado representadas por otros profesionales”*, plantea Sigampa⁶¹, mientras que –en la misma línea de pensamiento en una entrevista-, Gatti expresa que *“hay procesos históricos en la vida de la institución que son irreversibles, estos procesos irreversibles hacen que después, a la distancia podamos verlo con*

⁶⁰ Trabajadora Social, en ese momento co-directora de DAPS, anteriormente jefa de la División Servicio Social de DAPS.

⁶¹ Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.

otros ojos... quedó marcado de tal manera en la dirección que las posteriores direcciones siempre incorporaron otra profesión y no sólo la médica”.

Gestión de Mestre (h): nuevas reglas de juego

Así como es posible afirmar que existe una estrecha relación entre las modalidades establecidas para la prevención de enfermedades, su curación, la rehabilitación de los individuos, las posibilidades de enfermar, envejecer y morir, con los mecanismos de financiación de las acciones de atención en salud y el modelo de organización económica, política y social que una sociedad adquiere, se puede afirmar que el diseño de la política sanitaria, expresa la manera como es políticamente concebida la salud, la enfermedad y su abordaje. En consecuencia, sus contenidos, sentidos y objetivos son materia de interpretación y debate, tanto en el espacio público, como en el de los actos cotidianos.

Para el período de la gestión municipal de Ramón Javier Mestre, la definición del “quienes” implementan la política sanitaria, qué condiciones deben tener y particularmente la incorporación de trabajo social, estuvo definida por las demandas de grupos profesionales o poblacionales, más que por orientaciones propias de la conducción política de la DAPS. *“Lo que pesa digamos es la demanda, o sea la demanda desde el área de Trabajo Social, desde los equipos de salud, los jefes zonales, y por supuesto digamos de la gente del barrio o de la comunidad en que está inserto el centro de salud”*, sostiene Casadei, vice-directora de DAPS y responsable de toda cuestión vinculada con el recurso humano de la repartición durante la gestión. Desde esta argumentación, grupos con recursos discursivos autorizados se distinguen e imponen, haciéndose escuchar y logrando que se prioricen sus demandas.

Si bien *“La posesión de un conocimiento certificado, especializado y objetivado es el mecanismo clave de legitimación de las diferentes posiciones y rangos de la división social del trabajo”* (Sarfatti, 1988, p.166), los trabajadores sociales registran algunos indicadores en los que la gestión radical homologa a la profesión con aspectos negativos, aunque se las incorpore efectivamente en dos equipos de salud que no contaban con trabajadores sociales. Con respecto a ello, una de las entrevistadas afirma: *“me parece que en los últimos tiempos, en las últimas épocas, no sé el resto de las disciplinas, creo que trabajo social representada por mí en algunos espacios era básicamente una molestia, no era un aporte, era básicamente una molestia”* (P); mientras que otra expresa: *“Ese vínculo con la población, hay algunas direcciones (...) que lo ven como negativo. Las poblaciones que toman los Centros de Salud son donde están las Trabajadoras Sociales, quilomberos. Como que nosotros agitamos a la gente. Eso por ahí se ve de manera negativa, pero a su vez mejor no las tocamos porque están respaldadas por la gente”* (C). Desde estos posicionamientos es que se entiende a la profesión

como una actividad socialmente determinada pero al mismo tiempo una estrategia que produce el agente social. Como plantea Aquín *et al* (2012) considerar al profesional de trabajo social como un sujeto activo, producto y a la vez productor, equivale a afirmar que la práctica profesional concreta es expresión y resultado tanto de las estructuras en que se inscribe como de la acción consciente de sus agentes.

Quizá por ello, en esta oportunidad, perdieron validez los criterios trabajados en las últimas gestiones desde la División Servicio Social para la selección de trabajadores sociales a ser incorporados, ya que *“No se respetaron los perfiles y teníamos un orden de mérito... nos hicieron convocar a los colegas que estaban en orden de mérito, 1º, 2º y 3º lugar, hicimos una entrevista, se les pidió la actualización de currículum, y primó la existencia de un currículum en la Secretaría de Salud de una colega que por circunstancias su carpeta había llegado a la Secretaría de Salud”* (C). Esta particularidad es aceptada por la dirección de DAPS, desde la opción de una modalidad de organización verticalista y jerárquica, que permite -de alguna manera- poner la responsabilidad sobre lo realizado en **“otro” y superior**. En este sentido, Casadei explica en una entrevista *“Hicimos un par de entrevistas junto con C. A.⁶² de unos currículums que ella tenía, eso fue enviado para la secretaria de salud. Y después de esas entrevistas, más las que hicieron allá, vinieron estas directamente de secretaria”*. Además, en los concursos realizados durante esta gestión con el objetivo de estabilizar la situación laboral de los trabajadores contratados, los médicos, bioquímicos, odontólogos y enfermeros rindieron como profesionales mientras que el resto de las disciplinas –entre las que se encuentra trabajo social- rindieron como personal administrativo.

Pese a ello, hay opiniones coincidentes respecto de que quien ingrese debe tener un perfil particular, ya que el título habilitante de trabajo social no es suficiente para el desempeño en el primer nivel de atención de salud. Tal posición permite discutir desde otra perspectiva la legitimidad de trabajo social en la DAPS, no asociado principalmente con el reconocimiento formal de un diploma o un estatuto, sino más bien la legitimidad asociada con una habilidad en la acción, una formación particular y la reflexividad que ello implica. *“Convengamos que el trabajo en atención primaria yo creo que es una vocación aparte de la que vos puedas tener por ser Trabajador Social. No es lo mismo, no sé, me imagino, trabajar en promoción familiar, que trabajar en el centro de salud, en donde estas en contacto directo con la comunidad, con muchas problemáticas muy álgidas, tenés que dar respuestas desde un punto muy periférico, con otros organismos que no siempre tenés la accesibilidad ni el tiempo, ni las respuestas a los tiempos que uno quisiera, entonces me parece que es un perfil aparte*

⁶² Jefa del servicio social de DAPS en el período de referencia.

digamos del que tenés que tener más allá del título para atención primaria”, refiere la subdirectora de DAPS. En la misma línea de argumentación, pero cuestionando el accionar del ejecutivo municipal, afirma la colega (C): *“yo pongo a quien yo quiero y no entiendo la necesidad de un perfil específico, no entiendo que el primer nivel tiene su especificidad y no se la reconoce”*.

Los profesionales que implementan las políticas sanitarias están en posición de otorgar un lenguaje y un significado a las necesidades que identifican, de interpretarlas, de construir un discurso sobre las necesidades y de propiciar –o no- la distribución de satisfactores. En este sentido, otro debate se plantea con respecto a los lugares en la jerarquía institucional que pueden ocupar los profesionales de trabajo social, cuestión que se argumenta en términos de **necesidad de los equipos de salud**, pero que encubren una valoración sobre la **capacidad** de esta profesión para ocupar lugares de gestión. Por ello, sobre la designación de una trabajadora social en un lugar de conducción intermedia institucional como lo es un EZI⁶³, la Lic. Casadei relata: *“fue algo muy discutido porque digamos, ¿cuál es la postura? cubrimos el lugar que quedo en el EZI y descubro el espacio en el centro de salud donde estaba insertada la profesional, o la dejo en centro de salud, pero queda descubierto, o sea en esto siempre, algo quedaba descubierto... no dejamos de ver que cada cambio que haces a un EZI, deja un lugar descubierto...”*. Esta cuestión que remarca la sub-directora, sólo sucede con la disciplina de trabajo social, ya que cuando se ha producido la movilización de nivel operativo hacia el EZI con profesionales de medicina y enfermería, se ha contratado un nuevo trabajador que cubra el lugar vacante.

El trabajo social supone la existencia de un espacio específico de intervención que generalmente se designa *espacio social*. Este, como refiere Álvarez Uria (1995) surgió íntimamente ligado a la noción de *solidaridad* y la ambigüedad a la que se hizo referencia anteriormente, implicó imprecisiones también en relación al empleador, ya que “las propias Administraciones públicas no parecen tener, a su vez, muy claras las funciones de los trabajadores sociales” (Álvarez Uria, 1995, párr. 31). Al respecto, sirven de referencia las explicaciones de Casadei cuando argumenta por qué se designa a una trabajadora social en una determinada zona sanitaria: *“es un equipo zonal que tiene mucha problemática social y que las trabaja y las aborda, o sea que, sabíamos que iba a ser un gran aporte como fue la Trabajadora Social que estuvo anteriormente”*. Cabe preguntarse si en las zonas sanitarias que no se han incorporado trabajadores sociales no tendrían problemáticas sociales; y además,

⁶³ Sobre seis EZI, tres tienen incorporado trabajo social.

cabe interrogar quién/es definen cuáles son las problemáticas a abordar desde una gestión sanitaria.

Sin embargo, *“la jubilación de la colega tiene mucho que ver porque había una presencia importantísima en el equipo zonal de la colega y que al jubilarse se notó la falta de la disciplina, entonces ese equipo, específicamente el equipo zonal, insistentemente pedía que se cubra”* (C). Estas apreciaciones indican que la vacancia producida por jubilación visibilizó la importancia de la presencia del trabajador social en ese espacio de gestión zonal sanitaria, lo cual permitió configurar un particular proceso de legitimación del trabajo social en ese lugar de intervención, entendido como el reconocimiento público de un campo de saberes que resultan efectivos para la intervención social, y que produjeron una clausura del campo frente a otras prácticas y conocimientos.

En un recorrido histórico por la DAPS, se puede afirmar que las posibilidades de incorporación de trabajadores sociales ha sido producto de importantes disputas institucionales, evidenciándose una profundización de situaciones conflictivas en aquellas incorporaciones que se dieron por la efectiva decisión de los funcionarios locales. Decisión que ha puesto en juego diversas –y por momentos antagónicas- perspectivas sobre la salud, la enfermedad y su atención, como así también múltiples relaciones de poder en las que intervienen organismos del Estado, estructuras corporativas –y prácticas corporativistas que dañan u obstaculizan el logro de los objetivos institucionales-, organizaciones científicas, movimientos sociales, organizaciones comunitarias, entre otras, dando lugar a arreglos institucionales complejos.

Estas decisiones revelan particularidades en cada momento histórico, dependiendo además del estado de las relaciones de fuerza entre los actores institucionales, lo que se ha estructurado a partir de posicionamientos resultado de luchas anteriores objetivadas en la institución y de disposiciones y posibilidades en las luchas presentes.

Como plantea Bourdieu (2012, p. 32),

La forma que reviste la lucha, inseparablemente política y científica, por la legitimidad científica, depende de la estructura del campo, es decir, de la estructura de la distribución del capital específico de reconocimiento científico entre los participantes de la lucha. Esta estructura puede variar teóricamente (como es el caso de todo campo) entre dos límites teóricos en los hechos jamás alcanzados: por un lado la situación de monopolio del capital específico de

autoridad científica y, por el otro, la situación de competencia perfecta que supone la distribución equitativa de este capital entre todos los competidores.

Además, en el recorrido de la trayectoria de la DAPS, se puede identificar que las incorporaciones han sido mínimas en relación a las efectuadas con otras disciplinas como lo son medicina y enfermería, o con otras funciones como lo es el personal administrativo y en relación a la magnitud de la institución⁶⁴. En este sentido, y recuperando el análisis de Aquín (2008), podríamos ubicar al trabajo social en el plano de las profesiones subordinadas, que no ha completado aún el proceso la construcción de un monopolio profesional, lo cual puede comprenderse apelando brevemente a su génesis, pero también a la constitución actual de su campo.

⁶⁴La DAPS cuenta con 98 centros de salud, 6 EZI, 4 jefaturas de área profesional, dos áreas administrativas, una contable, una de estadística y una de mantenimiento. Un estudio realizado por Ase (1995, p.105) expresa que de los trabajadores de la DAPS el 75% eran médicos y enfermeros, distribuyéndose entre las otras profesiones y funciones el 25% restante de los trabajadores. Esta tendencia, lejos de modificarse con los años, fue profundizando un modelo de atención centrado en lo biológico.

CAPÍTULO VII

LA LEGITIMIDAD DEL TRABAJO SOCIAL

Procesos de legitimación al interior de la DAPS

Retomando aspectos mencionados en las consideraciones teóricas en torno a la legitimidad, Cazzaniga (2002) plantea que las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos que dan respuesta a necesidades y urgencias sociales, estructurando particulares objetos específicos de conocimiento e intervención. Los procesos de consolidación son diferenciales, y se encuentran en relación con las posiciones adquiridas en el campo científico, “los prestigios, las ‘presentaciones’ que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas” (Cazzaniga, 2002, párr.24), cuestión que en el campo de la salud significó importantes asimetrías y dominios entre aquellas profesiones provenientes de las ciencias naturales y los provenientes de las ciencias sociales.

Esto hace que, en relación a recursos culturales que circulan y se ponen en juego en el campo institucional de la DAPS, se hayan distinguido saberes y conocimientos que contienen un mayor volumen de capital simbólico, teniendo más reconocimiento que otros dentro de la institución y consolidando posiciones de sujetos y relaciones entre estas posiciones que ubican al saber médico en lugares jerárquicos, de conducción y de importante decisión expresado en normas, en discursos y en la ocupación de espacios. Ese capital simbólico, parte de una identidad socialmente atribuida y valorada, se encuentra vinculado a aquellos expertos en los que se deposita la curación de una dolencia, “*el salvar una vida*”, los que certifican el nacimiento y la muerte de las personas (es decir, su existencia o no), a los que se llama *doctores* aunque no posean tal título.

En este marco, y como se ha hecho referencia anteriormente, las posiciones al interior del campo institucional y la cristalización de las mismas en programas de trabajo y normas, son producto de procesos históricos de disputas entre actores que pugnan por imponer como hegemónica su interpretación sobre las necesidades en el primer nivel de atención en salud. Como plantea Fraser (1991), ésta es una lucha discursiva y política, pero es también una lucha por determinar con qué satisfacer las necesidades y quiénes son los expertos habilitados para enfrentarlas.

En la conformación particular del campo institucional de la DAPS, el tiempo -como regularidad cronológica, como temporalidad lineal- es el factor que, *desde lo explícito*, legitima, formaliza, justifica, explica conductas, normas, valores, decisiones, personas,

funciones, cargos (Barrionuevo, Becerra y otras, 2006). En este sentido, afirmaciones como *“hace más de treinta años que se hace así”, “siempre se hizo así” o “¿vos qué antigüedad tenés?”* -pregunta que se utiliza para acreditar o desacreditar opiniones-, son utilizadas con frecuencia por muchos trabajadores de la institución. Al respecto, dicen Bourdieu y Wacquant (1995, p. 66) que *“los participantes se esfuerzan por excluir del campo a una parte de colegas actuales o potenciales, aumentando por ejemplo, el valor del derecho de ingreso o poniendo cierta definición de pertenencia al mismo”,* lo que inhabilitaría a ciertos agentes a ser parte del *“juego”* ya que no poseerían ese capital o especie de capital que le permite existir en el campo institucional de la DAPS.

En este sentido, y tomando las contribuciones de Weber (1969, p.170), se puede afirmar que en la DAPS prima un tipo de dominación legitimada por lo tradicional. Este tipo de legitimidad *“descansa en la creencia cotidiana en la santidad de las tradiciones que rigieron desde lejanos tiempos y en la legitimidad de los señalados por esa tradición para ejercer la autoridad (autoridad tradicional)”*. *“En el tipo puro de dominación tradicional es imposible la ‘creación’ deliberada, por declaración, de nuevos principios jurídicos o administrativos”* (Weber, 1969, p.181), por vía del reconocimiento de un estatuto *“válido desde siempre”*. Un relato que ilustra este *orden legitimado* e indiscutible en relación a la composición de los equipos de salud, lo realiza la médica (H) cuando expresa: *“Bueno, es que teóricamente médicos y enfermeros ya está, hubo siempre,... porque médicos y enfermeros hay en todos los centros”,* cuestión que tampoco puede ser modificada en el futuro según las afirmaciones de la médica (L) *“Porque vos en un centro de salud no tenés un médico y es un drama. Entonces el médico tiene que estar siempre”*.

Por esta lógica, la antigüedad de los trabajadores en la DAPS se constituye en un elemento particularmente central a la hora de definir quién ocupa lugares decisivos, de jefatura de servicios, de espacios capacitadores, de conducción institucional. Si bien esta cuestión se dirime, generalmente, entre los profesionales médicos, dentro de este grupo profesional los criterios son vinculados a lo que Weber denomina como *gerontocracia*, *“situación en que, en la medida que existe una autoridad en la asociación, ésta se ejerce por los más viejos (...) en cuanto son los mejores conocedores de la sagrada tradición”* (Weber, 1969, p.184). *“Nosotros los más viejitos tenemos los recursos de decir, podemos gestionar, pero en los lugares adonde hay gente de estos últimos ingresos, que ni siquiera tienen a lo mejor la experiencia en gestión, no saben qué hacer”,* comenta (L).

Desde este posicionamiento la organización funciona *“correctamente”* a través de la repetición de procedimientos y el cumplimiento burocrático de pautas de orígenes inmemoriales, desligando la trayectoria que hubo entre la creación de un programa

institucional y el problema socio-sanitario que le dio origen, quedando los trabajadores enajenados y/o indiferentes del objetivo y del resultado de su trabajo. *“Los profesionales se apropian de esta parte que tiene que ver con no modificar, sostener, no cuestionar. Yo particularmente, creo que eso tiene sus beneficios secundarios obviamente”*, reflexiona la trabajadora social (P).

Los procesos de legitimación de la DAPS presentan importantes aspectos de los comprendidos dentro del modelo de dominación tradicional planteados por Weber. Pero como todo “tipo ideal” acentúa una dimensión y sintetiza fenómenos sociales complejos, los cuales se colocan enfatizados de manera unilateral en una construcción analítica unificada y puramente conceptual, es necesario referir que en el proceso de legitimación al que se hace referencia, también se encuentran elementos comprendidos en el tipo de dominación legal planteada por Weber (1969). En este sentido, los diferentes miembros del equipo de salud también obedecen mandatos de los profesionales médicos en virtud de una regla estatuida en el marco de una competencia concreta y que establece a quién y en qué medida obedecer. Esta regla no está comprendida dentro de las normas escritas de la institución, pero es una regla que se cumple y hay autoridades que la hacen cumplir, por lo que se halla dentro de un determinado orden jurídico. Además,

El tipo de funcionario es de formación profesional, cuyas condiciones de servicio se basan en un contrato, con un sueldo fijo, graduado según el rango del cargo y no según la cantidad de trabajo y derecho de ascenso según reglas fijas (Weber, 1969, p.707).

En relación a las normas no escritas pero establecidas y obedecidas, resulta significativo mencionar que –de acuerdo al estatuto del empleado municipal de la ciudad de Córdoba- la categoría administrativa que poseen médicos, bioquímicos y odontólogos, es la única que no puede acceder a los cargos de conducción; pero *de hecho* son quienes –casi en exclusividad- los ejercen dentro del área de salud, como si el sólo título de “médico” tuviese el atributo de garantizar un desempeño positivo en funciones de gestión y conducción institucional, aunque no tengan formación académica para ello. Además, existe un acuerdo institucional, por el que los jefes de los centros de salud tienen reducción horaria en su jornada laboral diaria, aunque cobren un salario por la totalidad de horas establecida en el digesto municipal para el conjunto de los empleados municipales. En este aspecto, Weber (1969, p.711) agrega que

Toda forma de dominación de clase basada en una apropiación más o menos fija de poder de administración se halla (...) más cerca de la dominación legal, por

cuanto reviste, en virtud de las garantías que rodean la competencia de los privilegios, el carácter de un fundamento jurídico de tipo especial.

Por su parte, Bourdieu lo explica a partir del concepto de *habitus*, en tanto sistema de disposiciones estructuradas por condiciones objetivas y estructurantes de prácticas y representaciones individuales y colectivas y

asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de principios [*schemes*] de percepción, pensamiento y acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu, 1991, p. 95).

Desde otra perspectiva, instituciones como la DAPS constituyen un punto de observación privilegiado para analizar las relaciones de poder, desde la mirada de Foucault (1982). A partir de esta línea de pensamiento, es necesario identificar enfrentamientos entre las estrategias llevadas a cabo por los diferentes miembros del equipo de salud, de las posibilidades de cada una de las disciplinas de incidir en la política sanitaria, de las prácticas que reproducen o cuestionan un mandato médico hegemónico, reconociendo “el tipo de objetivos perseguidos por aquellos que actúan sobre las acciones de otros: el mantenimiento de privilegios, la acumulación de beneficios, la puesta en operación de una autoridad estatutaria, el ejercicio de una función o de un oficio” (Foucault, 1982, p.10). Al respecto, la colega (D) reconoce *“la desvalorización de la profesión, como que todavía falta mucho camino por andar para no sentir la subordinación de distintas decisiones... como que uno vuelve a sentir eso, estas en manos de los médicos para algunas cosas, las decisiones de índole estructural las siguen tomando ellos”*.

En las entrevistas realizadas a profesionales médicos, enfermeros y psicólogos de la DAPS, a excepción de estos últimos -quienes reconocieron a diversas disciplinas como miembros de sus equipos de trabajo-, refirieron que la primera imagen que se les representa sobre un equipo de salud, es aquel conformado por medicina y enfermería. Al intentar establecer una prioridad entre ellos, -aunque de manera incómoda- respondieron en primer lugar al médico. *“Médicos y enfermeros, es el paradigma del cual estamos formados. Ayer le cuestionaba a la jefa de cátedra que en el apunte que le dan a los estudiantes de primer año, donde van planteando los distintos niveles de salud, en todos habla solamente de médicos y enfermeros”*, relata la enfermera (U). En palabras de Foucault (1992, p.122), existirían “...toda una serie de saberes descalificados como incompetentes o insuficientemente elaborados:

saberes ingenuos, inferiores jerárquicamente a nivel del conocimiento o de la cientificidad ejercida...”

La intervención profesional de un Equipo de Salud es posible que se realice desde una concepción integral, con el aporte de diferentes miradas disciplinarias, de distintas construcciones teórico-conceptuales y metodológicas que puedan abordar la complejidad en que se manifiestan los distintos problemas de salud, en tanto haya agentes que porten esos capitales específicos diferenciados y estén dispuestos a ponerlos en juego, intentando “incrementar o conservar su capital conforme a las reglas tácitas del juego y también pueden intentar transformar, en parte o en su totalidad, las reglas inmanentes del juego” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.66), aunque quienes tienen el monopolio de esos capitales en disputa generen estrategias de conservación. *“Para mí, a partir de ese momento en donde hubo luchas de poderes, no nos entendimos, no sé qué pasó, para mí retrocedimos muchísimo”*, plantea la médica (L), miembro de la Gremial Médica de DAPS.

Además, “... el poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1995, p.113). El poder, desde Foucault (1995), no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar; el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias.

Las voces de agentes portadores de capitales culturales y simbólicos diferentes resultan insuficientes o débiles para producir transformaciones en el campo institucional, ya que distribuidos en 98 efectores de salud en toda la ciudad de Córdoba, se desempeñan aproximadamente 450 médicos, 380 enfermeros, 26 psicólogos y 20 trabajadores sociales. Los equipos interdisciplinarios de salud de la DAPS, son considerados institucionalmente como *“completos”* cuando están compuestos por las disciplinas de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, situación que se hace efectiva en 7 de los 98 centros de salud municipal, lo que representa el 7% de los equipos de la institución. Pese a ello, en las entrevistas realizadas a diferentes profesionales y funcionarios hay un consenso absoluto en cuanto a que la totalidad de los equipos de salud deberían constituirse de manera completa; es más, hay quienes sostienen la necesidad de la incorporación de otras profesiones (comunicadores sociales, profesores de educación física, nutricionistas, antropólogos, abogados) como de agentes no profesionales (familias llave, promotores de salud).

Por ello, resulta preciso considerar al discurso de los diferentes profesionales no simplemente por su aspecto lingüístico, sino como juegos estratégicos de acción y reacción, de pregunta y respuesta, de dominación y retracción, y también de lucha, ya que el discurso es un

conjunto de estrategias que forma parte de las prácticas sociales. Además, “Las prácticas sociales pueden llegar a engendrar dominios de saber que no sólo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos de conocimiento” (Foucault, 1995, p.14).

Aunque no haya sido numéricamente relevante, en la trayectoria de la DAPS ha habido trabajadores sociales dispuestos a poner en juego sus capitales con el objetivo de modificar la distribución de recursos culturales y simbólicos. Esto ha generado –al menos- incomodidades, repudio, rechazo, los que son evidenciados por (P) cuando relata *“me parece que molesta que desde el campo de las ciencias sociales se acerque una explicación, no sólo que marca la contradicción o que genera tensión, sino que señala lo que te decía hace un rato, el límite de no saber, el límite de la metodología, bueno, me parece que incomoda eso, el manejo, que para mí está básicamente vinculado al manejo del poder”*. Esta cuestión es reconocida por profesionales de otras disciplinas, cuando expresan: *“la habilidad es saber decir algunas cosas cuando vos sabes que al otro de antemano le molesta. Si, esa es la habilidad, vos sabes que al otro le molesta, pero vos se la vas a decir igual. Vas a buscar la forma, el momento, el lugar y se la vas a decir. Y eso mucha gente no lo soporta, pero ¿Por qué no lo soporta? Porque no está capacitado para el dialogo, para el discernimiento. Y Trabajo Social se lo dice lo mismo”* (N).

Particularidades del proceso de legitimación del trabajo social en DAPS

En el campo institucional de la DAPS, el modelo profesional identificado en nuestro país alrededor de los años '30⁶⁵, se sostuvo en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba durante décadas, conviviendo modelos voluntaristas –evidenciados en la presencia de visitadoras sociales hasta avanzados los años '80- con aquellos que propugnaban la profesionalización de nuestra praxis. Principalmente durante la última década, desde un consistente posicionamiento teórico, ético y político de trabajo social en la institución, se sucedieron acciones contra posturas y directivas del modelo médico hegemónico que significaron, en muchos casos, exclusión, sanción y persecución, pero que dejaron huellas importantes en nuestra trayectoria como profesión. Un ejemplo contundente de ello lo

⁶⁵ Una referencia clara de este modelo se encuentra en la Primera Conferencia de Asistencia Social (1933) donde el Dr. Rodríguez decía: “La visitadora de Higiene social en la única capacitada para trabajar junto al médico en toda obra que persiga la conservación o el restablecimiento de la salud individual o colectiva. Es ella la encargada, por la labor de propaganda que debe realizar, de atraer al individuo o a la familia a la institución (...); es ella la que debe presentar al médico los antecedentes mórbidos, económicos y sociales que han contribuido a crear el estado que se pretende remediar; es ella la que interpretando técnicamente la opinión del médico, educa al sujeto para que las indicaciones médicas se cumplan y es por último, la que pone en práctica métodos del servicio social para remover todas aquellas causas extra-médicas que conspiran contra el mantenimiento o re-establecimiento de la salud.” (Citado en Barrionuevo *et al*, 2006, p. 5).

constituye la pertenencia, permanencia y participación activa de trabajo social al interior de los EZI, espacio de gestión y conducción históricamente desempeñado por los profesionales médicos.

Para pensar el lugar del trabajo social, Montañó (1998) propone distinguir la *legitimidad funcional* de la *legitimación social*. La primera, que remite a la relación asistente social-empleador, fue ampliamente desarrollada en el capítulo anterior y remite a los fundamentos que desarrollaron las diferentes gestiones políticas de la DAPS para contratar o no trabajadores sociales, es decir, para habilitar su inserción como profesional trabajador a través de un contrato laboral. Esta relación no es exclusiva entre empleado y empleador, sino que en varias ocasiones ha sido atravesada por otros actores institucionales que intervinieron, y que pudieron instalar otra interpretación de las necesidades en salud, ya que para que ello ocurra *“hubo mucha presión de los compañeros, mucho pedido desde los mismos equipos y vehiculizados por el gremio. Los equipos lograron que el gremio meta en agenda la necesidad de Trabajo Social (...) y desde ahí los fueron escuchando las autoridades, porque el pedido de Trabajadores Sociales existía previamente, pero me parece que la estrategia fue vehicularla vía S.U.O.E.M. y fue la que dio buen resultado”* expresa (C).

La *legitimidad social*, por su parte, refiere a la relación asistente social-usuario. En ella se encuentran comprendidos dos tipos de demandas que interrelacionadas, parten de actores diferentes y requieren cosas distintas. Por un lado, la población demanda al Estado servicios sociales y asistenciales; en el segundo tipo de demanda, el Estado y organismos oficiales demandan la intervención para implementar políticas sociales, las que darán respuesta a algunas de aquellas demandas sociales.

Para el caso particular de la DAPS, la población -principalmente sin cobertura de salud- demanda al Estado municipal un tipo de atención sanitaria vinculada a lo biológico-curativo-asistencial, *“la gente pide medicina y enfermería”* (G); y específicamente para la profesión de trabajo social, la gestión de recursos materiales relacionada a esta perspectiva: *“Una disciplina sometida a cierta concepción de salud, donde lo social no entraba, entonces la gestión de medicamento, la gestión del plan, la gestión de la visita...”* (O) o *“El subsidio, la firma para hacer un trámite”* (U). Por otro lado, en aquellas poblaciones con cierta trayectoria organizativa y de lucha por el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, la demanda hacia servicio social implica el abordaje de otras dimensiones de la salud colectiva, *“cuando ya tenés grupos organizados, comunidades más organizadas que tienen proyectos, son demandas más concretas de trabajos en los grupos”*, expresa (V)... en términos de Agudelo (citado por Stolkner, 1987, p.31)

se trata de lograr una lógica y una práctica en la cual los únicos problemas de salud no sean las enfermedades y sus únicos actores no sean los médicos y sus instituciones. Pensar el proceso salud-enfermedad-atención implica siempre desbordar los límites del concepto de enfermedad e implica replantear, en última instancia, un conjunto de representaciones globales acerca de la sociedad y el hombre.

Con respecto a las demandas de la población, que podríamos denominar **demandas directas**, se encuentran vinculadas a lo que Britos (2006, p.140) refiere cuando define a trabajo social como una profesión de servicio: “Lo específico de la relación social de servicio se plantea en esta heterogeneidad e incalculabilidad de las situaciones que se presentan para su atención a través de los servicios sociales...” y que se manifiestan en tanto desde trabajo social se puedan aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, articular con diversas instituciones estatales y de la sociedad civil, pero básicamente por ser –casi en exclusividad- las caras visibles y accesibles del Estado en referencia a “lo social” ubicadas en el espacio barrial. En la perspectiva que sostengo, la intervención profesional promueve la ampliación de diferentes capitales –poderes sociales en la perspectiva de Bourdieu- acompañando las estrategias de reproducción de la población con la que trabaja.

Por otra parte, es una nota distintiva de la intervención profesional la disponibilidad, el no tener que sacar turno ni hacer procedimientos previos a la realización de la demanda, no tener que trasladarse a oficinas, ministerios, etc.: *“Creo que el 90% de las demandas más individuales y familiares a mí me las hacen en la calle, no viene la gente acá a verme. Ya están tan acostumbrados a que me paran en la villa, que me están esperando”*, relata la colega (S). Algunas de estas particularidades de nuestra profesión son reconocidas por otras profesiones quienes especifican que trabajo social es distinguido dentro del equipo de salud, por *“Las relaciones significativas con la gente”* (U), *“un respeto muy grande por la gente”* (G), *“están a disposición de la gente, que no es políticamente menor en salud pública”* (O).

Así se configuran demandas relacionadas a obstáculos que tienen los pobladores de los barrios que son responsabilidad de los centros de salud, vinculados al hábitat (acceso a la vivienda, a la tierra, regularización dominial, contaminación ambiental, dificultades para el pago de impuestos), a la identidad (acceso al DNI, actualización, regularización de documentación de población migrante), a la educación (acceso y permanencia en el sistema educativo formal, capacitación en oficios), al empleo (desocupación, asesoramiento ante situaciones de trabajo informal o explotación laboral), al sistema de salud (acceso a otros

niveles de atención y también ante obstáculos encontrados en los mismos centros de salud), al acceso a políticas sociales de transferencia de recursos materiales y/o monetarios, asignaciones familiares, pensiones no contributivas, como así también se solicita la intervención ante problemas relacionales (familiares o vecinales). Si bien la recepción de estas demandas responde a una perspectiva teórica e ideológica que no reduce la salud a la ausencia de enfermedad, sino que la liga a un proceso socio-histórico atravesado por condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que determinan y repercuten en las condiciones de vida de los sujetos, expresándose en problemas complejos e interdependientes, la mayoría de los recursos que satisfacen las necesidades planteadas, no se encuentran disponibles en instituciones del sector público de salud y mucho menos en el primer nivel de atención, sino que implican el desarrollo de procesos mediadores a partir de los que se efectúan gestiones y/o co-gestiones en otras instituciones, asesoramientos y derivaciones, articulaciones inter-institucionales, inter-jurisdiccionales e inter-sectoriales constantes; situación que no sucede con ninguna de las otras profesiones que componen los equipos de salud de la DAPS. En relación a ello, sería interesante interrogarse sobre cuáles son los recursos informacionales que están poniendo en juego los sujetos de la intervención profesional, por lo que demandan cuestiones que no tienen oportunidades objetivas de satisfacción en el lugar donde se demandan, aunque –en algunas situaciones– desencadenen procesos de exigibilidad de derechos ciudadanos: *“Creo que la gente se está enterando de un montón de cosas, está teniendo información que nunca tuvo, que son derechos de ellos, a través de la Trabajadora Social, reconoce el enfermero (N).*

En este aspecto, existe un núcleo de continuidad entre las demandas que abordaban las pioneras de trabajo social en la DAPS, ya que *“Se hacían entrevistas con la gente que venía con algún problema económico, con problema de vivienda, con problema de salud, con problema de juicio, con problema de un montón de cosas que se te puedan ocurrir”*, explica la visitadora social (R), hasta las intervenciones más actuales. Un relato ejemplificador de ello, lo realiza la trabajadora social (V) cuando relata una porción de su jornada laboral: *“que se yo, te digo ayer, un día, yo voy a ver a una familia y la mujer del frente me llama porque tiene problemas con la guardería y su chiquito va a la guardería, que maltratan a los chicos, una guardería comunitaria y bueno... entonces eso es una demanda, qué se puede hacer, a dónde tiene que ir, cómo hace con eso y camino una cuadra más y entonces en la casa de otra mujer, que su hijo está preso que estamos viendo, qué podemos encontrarle si sale en libertad condicional, si tiene algún trabajo o programa para estudiar y demás y conversamos sobre eso y otra de las demandas de ella era que le saque el turno para su hijo que tiene discapacidad, con el que trabajamos un montón, que pueda ir a la neuróloga y después, media cuadra*

después me para otra mujer que me dice que está el hermano ahí con una crisis psiquiátrica que había llamado al 107 que le dicen que llame a la policía, que ya había llamado a la policía y no se lo llevan y después media cuadra después...”

Con respecto a la demanda de organismos estatales, entre los que se incluye a los propios profesionales del sector salud, y que podríamos denominar **demandas indirectas**, también se reconoce que la demarcación del campo de conocimiento e intervención del trabajo social en salud, no ha sido aún suficientemente establecida. *“Primero bueno, me mandaban cualquier cosa, entonces fue un trabajito importante esto de decir bueno, a ver, ¿Qué situaciones abordo? Y se fue acotando y argumentando desde mi parte, a veces me pudieron escuchar y entender y otras no tanto”,* refiere (I). En este marco, se le demanda al trabajo social el abordaje de situaciones de violencia familiar, de acceso a recursos materiales a través de transferencias estatales, de salud sexual y reproductiva (especialmente a la ligadura de trompas y a consejería pre y post aborto), de captación y re-captación de “pacientes” que se encuentran incluidos en los programas de salud, de empleo, de aquellas situaciones familiares que escapan al patrón de “normalidad” definidos por los distintos miembros según diferentes concepciones, *“algún emergente que se sale de lo común, de lo que van atendiendo”* (D), *“las escuelas y las maestras también demandan, pero siempre para tirarte el chico problemático”* (U). Además, y sin distinguir situaciones, temáticas o necesidades, se deposita en trabajo social cuestiones vinculadas al abordaje comunitario o denominado en salud como “extra-muros” (articulación con las organizaciones barriales, instituciones formales, grupos informales, reuniones de vecinos, participación en redes sectoriales e intersectoriales), reconociendo las capacidades de esta profesión para concretar tales articulaciones, lo que también se constituye en una fuente que legitima el abordaje de la salud colectiva desde nuestra profesión: *“tienen herramientas técnicas más específicas para poder hacer un diagnóstico comunitario, conocimiento de las situaciones del barrio en particular, con qué recursos, qué potenciales, qué capitales humanos, materiales tiene un sector y que es posible o no hacer, ir haciendo junto con la gente no? Pero para poder ir haciendo con vecinos de una comunidad necesitás un contacto muy cercano y de permanencia”,* identifica el psicólogo (F).

En estas demandas, se ponen en juego no sólo los determinantes socio- históricos del ejercicio profesional, sino también las concepciones teóricas y las opciones ideológicas de los profesionales que actúan en el campo de la salud pública, incluyendo la forma como el trabajador social incorpora en su conciencia el significado de su trabajo y la dirección social que imprime a su quehacer profesional. Por ello, algunos profesionales sostienen teorías y prácticas en el campo de la salud vinculadas a la condición de *auxiliar* de la disciplina médica,

al control y disciplinamiento de las poblaciones con las que trabaja. *“En el caso de la médica, me deriva cosas que tranquilamente puede hacer ella o una administrativa...”*, relata (E) o *“a veces el equipo te usaba como cuco también, como amenaza (...) porque por ahí el equipo quería que yo haga funciones como policía”*, analiza (M). Este posicionamiento no es casual, sino que como menciona Bourdieu (1991, p.91) *“Los objetos de conocimiento son construidos y no pasivamente registrados”*, sino que *“el principio de esa construcción es el sistema de disposiciones estructuradas y estructurantes constituido en la práctica y orientado hacia funciones prácticas”*.

Asimismo, se ponen en juego concepciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención y sus modos de abordaje. *“Vos le planteas un caso puntual y siempre te refieren que ellos no están para casos puntuales, que están para cosas comunitarias”*, reclama la médica (H), y el enfermero (N) también realiza una afirmación en el mismo sentido: *“a mí me gustaría que se yo... que se hicieran cargo de los casos”*. Para la mayoría de los profesionales de trabajo social de la DAPS, el proceso salud-enfermedad-atención no se reduce a los problemas que ocurren en un solo individuo, sino que son procesos que *“se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, sus modalidades de actividades prácticas y su cultura”* (Breilh, 1991, p. 203), y por ello, muchos de sus abordajes tienen una dimensión colectiva. Al respecto, la colega (V) plantea: *“la demanda también tuvo mucho que ver con la oferta, yo soy de las profesionales que jamás se me ocurrió rechazar la demanda de recursos materiales o particulares, pero básicamente mi oferta siempre estuvo orientada a los procesos más grupales, más colectivos, mas del orden de lo comunitario, entonces por eso digo, creo que varía la demanda porque entre otras cosas yo voy marcando línea, yo voy marcando límites...”*.

Desde este posicionamiento de trabajo social, el conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad-atención, no es restringido a los profesionales, sino que se recuperan los conocimientos y experiencias de la población con la que se trabaja, las estrategias de intervención se elaboran desde acuerdos construidos con los sujetos abandonando la idea de sujeto *“asistido y curado”* por la de sujeto protagonista, el escenario de intervención se traslada desde las organizaciones históricamente reconocidas como *“de la salud”* (hospitales, dispensarios, etc.) para efectivizarse en las organizaciones y lugares donde la gente circula en su vida cotidiana. Por ello, *“nosotros históricamente hemos tenido una posibilidad, una porción, una parcela exquisita en el primer nivel de atención vinculada al poder que tiene que ver con la población, con nuestro vínculo profesional establecido con la población y me parece que ahí hemos corrido siempre con el caballo del comisario y eso los profesionales, la*

institución, la estructura, la gente misma de la Secretaría de Salud lo sabe”, expresa la colega (P).

Una particularidad específica del espacio laboral de la DAPS, es que a trabajo social se le asigna el lugar de ser **la puerta de entrada de la puerta de entrada del sistema de salud**, lo que puede explicarse en el sentido de favorecer el efectivo goce del derecho a la salud por parte de los ciudadanos con los que trabaja. El primer nivel de atención en salud –constituido en Córdoba por los centros de salud de los diferentes barrios de la ciudad- se denomina como *puerta de entrada al sistema*; esto es, el contacto inicial de la población con el sistema de salud, cuyo carácter descentralizado está destinado a aumentar las posibilidades de acceso de la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria. En reiteradas ocasiones, una demanda realizada hacia trabajo social es trabajar sobre los obstáculos que encuentran diferentes ciudadanos para poder ser incorporados en ese primer nivel de atención en salud, *“una persona que no sabe hablar castellano, o una persona analfabeta, con escasísimos recursos, o con algún desborde o con alguna discapacidad, que te terminan demandando así específicamente la ayudes a comprender algo”* refiere la colega (D). En algunas situaciones, el proceso de aportar a la comprensión de una determinada situación es en el sentido contrario, a partir de los obstáculos que presenta el equipo de salud en relación a entender las condiciones de vida de la población con la que trabaja y las posibilidades de llevar adelante los tratamientos prescritos; *“me acuerdo de una mujer que... yo siempre decía, pero siempre viene fuera de horario, siempre viene con los niños sucios, siempre... entonces la trabajadora social me pidió que la acompañara a la casa de esta señora, que vivía en un espacio de la villa que yo no había transitado y bueno, ahí me di cuenta que la señora en realidad vivía en un hueco, abajo de un árbol”*, relata la médica (G).

Entre estas múltiples demandas realizadas hacia trabajo social, mayoritariamente efectuadas por otros miembros del equipo de salud, puede identificarse que en el campo de la salud pública, el espacio de clausura ocupacional de trabajo social, es un espacio de lucha y contienda entre profesiones con grados de legitimación y poder asimétricos, y en los que el estatuto ambiguo constitutivo y constituyente de la profesión (Álvarez Uria, 1995) no contribuye a clarificar cuál es la porción de la realidad que se configura en objeto particular y otorga las herramientas necesarias para el conocimiento y acción. *“Siempre tenía el problema de entender qué hacen los trabajadores sociales. ¿Cuál es el objeto específico del trabajo social? ¿Gestionar? El campo de lo social es tan grande como todas las ciencias humanas”*, plantea el psicólogo (O); mientras que el colega (E) recuerda: *“me dice el encargado de ese momento: yo no se qué hace un trabajador social, decime qué harías vos”*. Esta cuestión tiene implicancias directas en la intervención cotidiana de trabajo social, ya que no se puede

disputar en un campo institucional “jugando” con reglas del juego diferentes, o teniendo que realizar múltiples traducciones para lograr el mismo juego; *“sigue la institución sin entender casi nada, diríamos, de lo sustancial, de lo esencial de nuestras intervenciones, de nuestra vinculación con los seres humanos que atendemos, de los efectos que eso tiene, entonces siempre hay que estar traduciendo lo que uno quiere hacer a otra cosa, tenés que ver con cuál interlocutor vas a decirle qué, para ponerle dentro de sus casilleros lo que le estas queriendo decir”*, plantea la colega (D). En esta referencia, se evidencia un *hábitus* profesional que se configura a partir de adjudicar a otros la falta de comprensión en lugar de analizar los obstáculos epistemológicos y teóricos propios del campo profesional, quitándonos la responsabilidad de comprender y abordar nuestras limitaciones.

Además, en el propio imaginario de trabajo social, el necesario compromiso social produce dificultades para poner límites a muchas demandas. Como plantea Cazzaniga (2002), el punto de debate tiene que ser una precisa diferenciación entre ética y voluntarismo o "moral sacrificial". Ello es expresado claramente por otras disciplinas, cuando mencionan *“... si el Trabajador Social tiene que entregar la leche la entrega, si tiene que ayudarte a pasar un registro a mitad de una campaña de vacunación lo hace, en eso el Trabajador Social es incondicional”*, refiere la médica (H); mientras que el psicólogo (F) expresa *“Siempre tienen como muchas ganas de hacer cosas, hacen cosas y te suman cuando te ven que estás comprometido”*. Al interior del colectivo profesional de trabajo social de la DAPS, ello continúa siendo un debate –abordado pero inconcluso–, en el que se evidencia una identificación entre motivaciones o posicionamientos personales y la orientación disciplinaria de trabajo social: *“Eso que se discutió en el ateneo, de lo sacrificial... y yo soy de darle bola a la gente, por ahí me cruzo la línea, pero bueno, me parece que se mezcla una realidad que te invade, que supera lo profesional, que toca lo humano y que es muy difícil de manejar y más si vos, esa cosa que tenemos la profesión, de lo militante, de donde venga, y hay cosas que terminás haciendo, yo creo que humanamente más de un compañero de equipo hace cosas que no están pautadas en el libreto”*, plantea el colega (E).

“Hay una producción impresionante”

En referencia al tema que se está abordando, Cazzaniga (2010a) propone distinguir *legitimidad de origen* -vinculada a lo legal- de la *legitimidad de proceso* ligada al “bien hacer”, a la eficacia y resultados en la práctica profesional, a la publicación autónoma, a la naturaleza científica de la intervención. Con respecto a la primera, resulta significativo que hasta avanzados los años '80 se desempeñara en la DAPS una importante cantidad de *visitadoras sociales* en relación a la totalidad del universo de trabajadores sociales. Quien se desempeñó

como jefa del servicio social de DAPS, ilustra ese momento de la historia institucional refiriendo que *“era la única profesional coordinando el grupo de visitadoras”* (J).

En relación a los títulos habilitantes para el ejercicio profesional, la totalidad de las colegas que se recibieron como “asistentes sociales” completaron su licenciatura cuando se habilitó tal grado de formación en la Universidad Nacional de Córdoba. A partir de entonces, la licenciatura completa fue incluida como requisito excluyente en los criterios establecidos para definir el perfil profesional de quienes ingresarán. Además, el instrumento de valoración⁶⁶ otorga un puntaje significativo a la formación de post-grado en el área de salud (especialmente Residencias), por lo que la mayoría de quienes ingresaron con esta modalidad de selección, cuenta con esta certificación académica. En su mayoría, las entrevistadas consideran que el mayor puntaje asignado constituye una fortaleza; así lo expresa (M) cuando precisa que *“la formación de la mayoría... colegas muy formadas, con noción en el trabajo en salud, o en el primer nivel”*.

Por otra parte, y como un aspecto importante en cuanto a la legitimidad de origen, la ley Provincial N° 6.222⁶⁷, elaborada y sancionada durante la última dictadura militar, habilitó un conjunto de acciones desarrolladas por los grupos médicos más conservadores y facilitó la imposición de su hegemonía. Siendo su sanción previa a las leyes de colegiación y ejercicio profesional del trabajo social –y habiendo sido derogada sólo parcialmente- esta perspectiva conservadora, está en consonancia con lo que, en 1969, Etzioni denominara con el término “semi-profesiones”, refiriendo a aquellas que “no han completado su proceso de profesionalización, su práctica y su conocimiento, necesitan ser supervisados por otros y dependen de una profesión con un estatus superior” (Lorente, 2002, p.138).

En la superación de esta asimetría, ha sido significativa la aprobación de las Leyes provinciales N° 7.341 y 7.342, ambas del año 1985, que regulan el ejercicio profesional y la colegiación del servicio social en todo el territorio de la provincia de Córdoba. Tanto estas leyes como el Código de Ética se constituyen en valiosas herramientas utilizadas ante conflictos por la defensa del espacio profesional. La aprobación de la Ley Federal de Trabajo

⁶⁶ Se hace referencia al instrumento que se mencionó en el capítulo anterior, por el cual se valoraron a los profesionales postulados para ingresar a la DAPS.

⁶⁷ Conocida como Ley Rezzónico; esta ley, establece particularmente para el Trabajo Social, entre otras cuestiones, que su tarea es la de “colaboración con médicos u odontólogos en los estudios de higiene sanitaria, contralor del cumplimiento de las prescripciones médicas (...) y está obligado a actuar por indicación y bajo el control del profesional que requiera de su colaboración (...)”, en sus artículos 58, 59 y 60. **Nota post-scriptum:** a finales del mes de mayo de 2015, tomó estado público a través de medios masivos de comunicación, la decisión política de modificar la ley Rezzónico, por lo que se firmó una carta de intención entre el Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba, la Cámara de Clínicas y Sanatorios, Cámara de Productores de Insumos Biomédicos, decanos de las Facultades de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad Católica de Córdoba, el Instituto de Formación en Biomedicina (perteneciente al Hosp. Privado) y el Ministerio de Educación. Además, se formó una comisión de trabajo en la legislatura cordobesa, en la cual los cuatro asesores son médicos.

Social N° 27.072 el 10 de diciembre de 2014, que establece el marco general para el ejercicio profesional de trabajo social en todo el territorio nacional, será otro importante recurso a capitalizar, ya que la legalidad, en tanto legitimidad de origen, “queda al resguardo de un entramado institucional sostenido por normas y reglamentaciones que juegan en el par habilitación-restricción, donde las instituciones que participan en el mismo son parte a la vez de reglas de juego específicas” (Cazzaniga, 2010a, párr. 6).

En relación a la *legitimidad de proceso* (Cazzaniga, 2010a), y a la “puesta en juego” de capitales en el campo institucional, los profesionales de servicio social de los equipos de salud de la DAPS, han desarrollado diferentes estrategias y recorridos, de manera individual y principalmente colectiva, tendientes a mantener y mejorar el capital en el campo institucional y a legitimar la intervención profesional, promoviendo un principio de jerarquización más favorable a las propias prácticas y conocimientos, ya que “quienes dominan en un determinado campo están en posición de hacerlo funcionar en su beneficio, pero siempre deben tener en cuenta la resistencia, las protestas, las reivindicaciones y las pretensiones, ‘políticas’ o no, de los dominados” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.68).

Entre las estrategias identificadas en este sentido, principalmente se reconocen aquellas dirigidas a la diferenciación frente a otras profesiones y prácticas demostrando la necesidad y eficacia de la presencia de la profesión; *“abordamos situaciones muy densas, muy conflictivas, muy desgastantes, muy dolorosas de la vida de las poblaciones y que nadie más las quiere tocar... se conocen en el centro de salud pero todo el mundo se considera incompetente para tocarlo”* (V), y por el contenido de compromiso social, ético y político que nuestra intervención contiene: *“Mucho trabajo, la verdad es que se trabaja mucho. Pero se trabaja mucho a conciencia, hay una producción impresionante. El vínculo con las poblaciones es muy fuerte, yo creo que es sumamente importante y se ve”*, expresa la trabajadora social (C) al referirse al colectivo profesional de DAPS. De alguna manera, en ambas estrategias se busca construir una identidad profesional particular, que singulariza al trabajo social como tal en relación a los otros miembros del equipo de salud, en términos de Bourdieu y Wacquant (1995, p. 66) “Los participantes de un campo procuran en todo momento diferenciarse de sus rivales más cercanos, a fin de reducir la competencia y establecer un monopolio sobre un determinado subsector del campo”.

Asimismo, han logrado reconocimiento las importantes contribuciones realizadas desde trabajo social al equipo de salud, vinculados a la utilización de instrumentos operativos como la planificación y la evaluación, habilidades reconocidas tanto al interior del colectivo profesional *“En la planificación de la tarea, en la evaluación, en que podamos discutir, el que nos podamos juntar con otros, esos son aportes nuestros...”* (I), *“esto de promover las*

situaciones de planificación y de encuentro también” (D), como por otros miembros del equipo de salud “cuando necesité una organización, necesité alguien que se ocupe de los tiempos, de llamar, de buscar... las Trabajadoras Sociales son las que lo que han hecho”, plantea el enfermero (N).

En el mismo sentido, y aunque desde trabajo social la entrevista domiciliaria sea una técnica de intervención, para la mayoría de los miembros del equipo de salud ésta adquiere una significación diferente, constituyéndose muchas veces en la demanda recurrente y legitimada hacia la profesión, que recibe el nombre de “visita domiciliaria”. La colega (S) contesta en relación a las tareas que se le adjudican prioritariamente: *“sobre todo visitar a las familias”*; mientras que (P) identifica el abordaje de esta demanda como un núcleo de continuidad profesional *“hace 40 años que las trabajadoras sociales y las visitadoras no estábamos en los dispensarios porque estábamos... visitando”*. Excepcionalmente, algunos miembros del equipo de salud pueden visualizar a “la visita” como una técnica que no tiene un fin en sí mismo, sino que es un medio que permite una vinculación con los sujetos en el proceso de intervención y alcanzar los objetivos profesionales, *“entonces las visitas muchas veces eran muchas cosas más que notificar o ver, era establecer redes comunitarias, sostener lazos, armar proyectos... puede ser estratégico también, de priorizar un trabajo con la gente que a veces los compañeros no quieren hacer”*, reflexiona el psicólogo (O). Al respecto, resultan significativos los aportes de Heler (2001) quien sostiene que el profesional está fabricado socialmente –socializado en su profesión- lo cual implica responder a la ley que define su ocupación como un campo profesional y que esta ley es producto de las relaciones de fuerza que se fueron estableciendo en el proceso de profesionalización, que han ido definiendo la estructura del campo específico, siendo interiorizada por los miembros de la profesión en su formación y en la experiencia de su desempeño.

El lugar de trabajo social en el campo de la salud municipal es reconocido por los entrevistados prioritariamente como el de la intermediación o nexo entre sujetos miembros de familias, organizaciones o comunidad que demandan por obstáculos en los procesos de reproducción cotidiana ligados al abordaje del proceso salud-enfermedad-atención. Como lo menciona la médica (H): *“A veces la buscan para contar determinadas cosas que creen que ella puede hacer de nexo. Si no está directamente implicada ella, la puede referir a dónde dirigirse”*. En este sentido, el abordaje de los llamados problemas sociales en salud no es definido de manera exclusiva por quienes lo ejecutan ni depende de la voluntad individual de los profesionales, *“justamente porque la intervención es parte de un trabajo colectivo en el marco del conjunto de relaciones sociales marcado por su carácter de asalariados cuya relación contractual exige la prestación de determinados servicios”* (Rozas, 2001, p.222).

La gestión de recursos –especialmente materiales- aparece como pericia central de trabajo social en el campo institucional de la DAPS, legítimamente reconocida tanto por los funcionarios como por otros profesionales, *“generalmente vienen para ver si vos le podés gestionar algún subsidio por discapacidad o algún subsidio o en general”* plantea la médica (H), mientras que el psicólogo (F) identifica como una habilidad del trabajo social *“ir conociendo las instituciones, a qué recursos había que apelar, qué hacer”*. Desde la perspectiva de otros profesionales, esta tarea es vinculada como parte de la burocracia estatal: *“el manejo de todo lo que es los modos burocráticos de las instituciones, los modos instituidos legales, (...) decir se presenta por allá, se presenta por acá... La cuestión de recursos institucionales disponibles, porque la institución tal tiene el bolsón, la beca, el plan y todo...”* afirma el psicólogo (O).

Con respecto a modalidades de abordaje desde una concepción de salud colectiva, se reconoce que –si bien debiera asumirse por parte de todos los miembros del equipo de salud⁶⁸- hay un especial protagonismo por parte de profesionales de trabajo social. Esta determinación genera expectativas de comportamiento tanto al interior del campo profesional como en la DAPS en su conjunto, que juegan un papel importante a la hora de definir la autonomía o heteronomía en el ejercicio profesional, de acuerdo a la relación de fuerzas del campo y en vinculación con otros (Aquín, 2008). Así, esta modalidad de abordaje colectiva es delegada por las otras profesiones, quienes reconocen la experticia de trabajo social en ello: *“el tema de los proyectos grupales”* (U), *“coordinar, animar más directamente proyectos de educación para la salud, proyectos comunitarios extramurales, inserción en los consejos comunitarios”* (G), *“el poder aportar a la organización comunitaria”* (O), *“tomar una demanda particular de los vecinos y plantear reuniones, plantear asambleas”* (F). De esta manera se reconoce que el escenario de intervención profesional privilegiado y por momentos exclusivo es el espacio barrial-comunitario: *“mucho laburo extra muro, mucho contacto con la gente, mucho caminar el barrio”* (F), *“conoce el terreno y conoce a veces caso por caso, porque lo pataconeá... para mí un trabajador social no tiene que ser de escritorio”* (H).

En esta perspectiva, los profesionales de servicio social de la DAPS, desarrollan renovadas estrategias que abordan distintos sujetos, distintos niveles de intervención y que, así mismo, identifican diversas manifestaciones de la cuestión social. Estos aspectos son comprendidos desde una concepción de salud que la contempla como un proceso social e histórico, en el cual conviven -en constante tensión y conflicto- factores económicos y sociales, biológicos y psicológicos, sanitarios y ambientales, que hacen que tanto la salud como la

⁶⁸ Posicionamiento evidenciado en los registros escritos elaborados por la Comisión de Capacitación Interdisciplinaria de DAPS en el marco de talleres llevados a cabo en el período 2007-2008, sobre el tema equipo de salud e interdisciplina.

enfermedad y su atención sólo puedan definirse desde un principio de totalidad, siendo éste un proceso que “se gesta en la dimensión social de la vida cotidiana y tiene sus raíces en los modos de organización de la sociedad, sus modalidades de actividades prácticas y su cultura” (Breilh, 1991, p. 203).

Por otro lado, los profesionales de trabajo social identifican a “la intervención escritural”⁶⁹ como un ejercicio de poder que ha permitido –en algunas situaciones- posicionar como autorizada una interpretación sobre las necesidades sanitarias que incorpora de manera hegemónica la voz de la profesión. “*Armamos un proyecto escrito para el edificio, y lo escribí yo, lo armé con reuniones con vecinos, (...) fue como un antes y un después, porque a todo el mundo le gustó un montón, y me dio otro lugar*”, expresa la colega (A), y además agrega “*nosotros hicimos del 2004 al 2009 el informe por la cuestión ambiental, quien lo escribió básicamente fui yo,... eso también me recontra posicionó*” (A). En otras circunstancias, lo escrito no es dimensionado por su eficacia simbólica, sino que es tomado como una tarea más administrativa o de mera redacción aunque requiera de una pericia profesional “*una tarea que muchas veces la asumo, es la de escribir, la de registrar, tanto la planificación, como lo que va sucediendo en las actividades*” (D).

Un avance significativo en relación a este aspecto –aunque tardío en relación a las otras profesiones y con muchas dificultades institucionales para su logro- fue el diseño e implementación de una planilla de registro de actividades diarias, instrumento que es utilizado cotidianamente por profesionales de trabajo social de los centros de salud, pero que aún no es computada por la división de estadística de DAPS como se hace con las profesiones de medicina, enfermería, psicología, kinesiología y nutrición. Por ello, la producción de trabajo social aún no es incorporada formalmente en los informes estadísticos anuales que se realizan dando cuenta del trabajo realizado por trabajadores sociales en la DAPS.

Frente a ello es necesario reconocer, de manera concomitante, nuestra debilidad en la producción escrita, debilidad probablemente marcada por un hábitus profesional que identifica intervención con acción y que dificulta el reconocimiento. “*Mucha experiencia y trabajo, y es desproporcional a la visibilidad que tiene eso, yo creo que está en nuestras manos dar cuenta de lo que hacemos, yo creo que el tema de los registros, de las sistematizaciones (...) todo ese trabajo que se plasme en cosas escritas y en datos, en cosas más concretas digamos*”, refiere (V). Desde este argumento, lo escritural es visto como una posibilidad de recuperar, analizar y socializar saberes que se generan en las intervenciones cotidianas, como una

⁶⁹ Concepto trabajado por el Lic. Marcón en el panel “El informe como producción escrita”, organizado por la Delegación Reconquista del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la Provincia de Santa Fe (1° circ.), Reconquista, 13 de julio de 2002.

oportunidad de distinguir a nivel analítico lo que en la práctica se presenta como un todo inseparable y muchas veces imperceptible, ofreciendo así la posibilidad de objetivación, comunicación, problematización y generación de debate al interior del colectivo profesional y con otras profesiones. *“El tema del registro, de las sistematizaciones, de poder compartir entre nosotras un poquito más de esto es animarnos a darle valor a lo que hacemos”*, afirma (I).

La producción escrita se constituye, además, en una herramienta central para contrarrestar las dificultades de legitimación de una actividad profesional cuyos productos no se ven en el corto plazo y resultan intangibles para otras profesiones con una formación biológica *“más acostumbrados a pensar en la causa- efecto, creer que para cada situación hay una receta”* (M), que desarrollan *“medicina basada en evidencia”*. En este sentido, es necesario instalar que los procesos sociales –conlleven transformaciones o continuidades- no pueden valorarse en el corto plazo. *“A pesar de tantas cosas intangibles, a la larga o al mediano plazo algo se ve la tarea, algo cobra existencia, ya sea que se conforma un grupo, se conforma una organización, que se hizo una actividad que antes nunca se había hecho, o lo que sea, en algún momento adquiere tangibilidad toda esa tarea que por ahí no se ve de qué se trata, eso también me parece que legitima, saber que los demás vean que todo eso que vos hiciste, reuniones, ir y venir, gestiones, en algún momento se ve algún producto concreto”*, reflexiona (D). Sobre esta cuestión, ha habido continuidad en la trayectoria del servicio social de la DAPS, característica que también es identificada por una visitadora social (R), quien refiere *“Yo recién después a los 20 años vi cosas que había hecho al principio. Fue muy gratificante. A veces hay cosas que las hacés ahora y dentro de quince años o más recién ves el resultado de lo que vos hiciste. Pero es una satisfacción”*.

Por otro lado, y en el marco de la lucha por la cual los trabajadoras sociales se han comprometido para *“imponer el valor de sus productos y de su propia autoridad como productor legítimo”* (Bourdieu, 2012, p. 19) en el campo de la salud pública municipal, ha estado presente el desafío de orientar la definición de problemas, metodologías y argumentaciones teóricas más convenientes para los intereses específicos de la profesión, disputando espacios para el ejercicio de poder dentro de la institución. En este sentido, se reconoce que *“Una fortaleza indiscutible fue haber ocupado los lugares que ocupamos en la estructura de la institución, (...) nosotros jamás hemos podido jugar desde el orden de lo cuantitativo en paridad de condiciones, entonces para mí es una fortaleza profundísima de la que no somos concientes”*, expresa (P). Un ejemplo contundente de ello lo constituye la

pertenencia y participación activa de trabajo social en los EZI⁷⁰, espacio de gestión y conducción intermedia en la institución, históricamente ocupado por los médicos, como así también otros espacios de capacitación y programación institucional. En relación a ello, (D) reconoce que *“también la legitimidad tiene que ver con las cosas que van pudiendo trabajarse a nivel central”*.

Estas estrategias, que tienen como objetivo revertir la posición subalterna generada por la separación positivista entre ciencia y técnica, entre el profesional que conoce y aquel que sólo actúa, entre el que ocupa lugares de conducción institucional y *el profesional de campo*, se desarrollan en la búsqueda de una especificidad profesional en el área de la salud, ya que *“La condición de práctica autónoma es el requisito fundamental de constitución de un campo profesional”* (García Salord, 1991, p.18). Por ello, la colega (A) reclama *“esto que venimos diciendo desde que entramos, que queremos poner más especificidad, poder delimitar un poquito más, o tener un programa más nuestro, (...) hay reconocimiento de muchas, pero eso necesitamos hacerlo despersonalizado digamos, fuera de cada persona”* (A). En la misma línea de argumentación (I) refiere que *“por ahí nos quedamos muy en una cuestión de trabajo personal me atrevería a decir, tenemos hasta entre nosotras la idea de que bueno, la XX trabaja con viejos, la XX con jóvenes... Y lo personalizamos mucho, creo que nos falta una cuestión de institucionalizarlo más, yo veo que lo dejamos muy en el plano de lo personal”*.

Este argumento es sumamente útil para subrayar que la legitimidad de la intervención, como trayecto vinculado a un servicio público y socialmente reconocido como lo es la atención en salud, es una legitimidad desde el ámbito socio-ocupacional que necesariamente se renueva de manera constante.

En este sentido, la intervención del trabajo social en la DAPS se funda en diagnósticos socio-sanitarios particulares de cada barrio o zona sanitaria en la que se inserta, lo que permite acercar cada práctica profesional a una realidad socio-cultural determinada, teóricamente fundada y estrechamente vinculada a objetivos definidos en el marco de la Atención Primaria de la Salud, principalmente aquellos vinculados a la participación comunitaria, a la programación local y estratégica, al trabajo intersectorial e interinstitucional, a garantizar el acceso a la atención de la salud como un derecho, a favorecer aquellos aspectos de las poblaciones que las protegen y a promover la modificación de aquellos que los constriñen o deterioran. Si bien esta cuestión resulta compleja de abordar en instituciones donde la reproducción de *la tradición* es predominante para legitimar acciones, profesiones, cargos,

⁷⁰ Esta decisión es compartida por la disciplina de enfermería. Psicología, que participó en el diseño originario de los mismos, definió –ante la jubilación de las dos profesionales que fueron parte de los EZI- no ocupar más ese lugar institucional.

políticas, formas de organización; la posibilidad del colectivo profesional –con costos- de definir y regir su intervención con reglas propias y diferentes a las que rigen en el campo institucional, posibilitó importantes espacios de autonomía profesional, *“a nivel de nuestro espacio me parece que hay una gran libertad, una gran apertura”*, reconoce la colega (D); en el mismo sentido (S) plantea *“cuando firmo la asistencia aclaro que estuve en el registro civil o en el Anses, y nunca tuve ningún problema con eso, nadie me cuestionó nunca nada”*, o (I) *“esta posibilidad que nosotras tenemos de ser creativas y de mucha libertad para el hacer, porque cada una va en función de su idea, y de su diagnóstico epidemiológico que haga de la zona”*; como plantea Verdès-Leroux (1986), el dinamismo del campo profesional se debe a la naturaleza de las tareas que le han sido atribuidas y al mandato que le es conferido, los cuales no pueden ser enteramente definidos, ni codificados, y dejan a los profesionales, una parte de autonomía y de iniciativa en la producción que de ellos se espera. Una estrategia que permitió el sostenimiento, argumentación y defensa de estas reglas propias de intervención profesional, fue el espacio de capacitación, discusión y construcción colectiva quincenal, denominado *“Ateneo de trabajo social”*, que es reconocido como una fortaleza por unanimidad entre las entrevistadas: *“Tener los ateneos quincenales, algo que a nosotros nos da información, nos empodera”* (A), *“porque hay experiencias de otras que te servían para pensar que eso yo no lo hago, puede ser importante, veamos para evaluar”* (R), *“las instancias de supervisión y de compartir lo que hacemos, la posibilidad de discutir en los espacios que tenemos de encuentro y de pensarnos como conjunto, como colectivo”* (I), estrategia que ha sido sostenida desde la creación del servicio social de la DAPS hasta la actualidad.

Hasta aquí se ha enfatizado en la legitimación como proceso generado a partir de acciones al interior de la DAPS. Este conjunto de estrategias se complementa con las acciones desarrolladas en con otras instituciones de nuestro campo. En esta dimensión de análisis resultan centrales las relaciones entabladas tanto con la organización que tiene la responsabilidad de la regulación del ejercicio profesional como con la institución académica formadora. Así, el Colegio de Servicio Social de la Provincia de Córdoba es una institución con una importante presencia ante cada espacio profesional que haya que defender, cada incumbencia que haya que explicitar, cada competencia que haya que fortalecer al interior de la DAPS, cuestión que nos permite un mejor posicionamiento que aquellas profesiones que aún no tienen colegiación, como lo es enfermería particularmente. *“Somos convocados a participar en comisiones, se mira con mucha atención los aportes del primer nivel de intervención de salud, se reconoce que podemos aportar en distintas áreas”* (C), aunque *“hemos sido convocadas por el Colegio, pero me parece que las respuestas han sido más*

personales que allá vamos como colectivo DAPS, vamos representando al colectivo”, analiza (P).

Por su parte, con la academia, las relaciones se constituyeron desde los inicios de la DAPS, *“se trabajó con alumnas y las alumnas comienzan a trabajar en los centros de salud, ahí la escuela hace un poco la apertura al campo... yo era docente de la católica y tenía alumnos de la católica, pero también después la escuela de la nacional manda alumnos para trabajar en las comunidades”,* plantea la colega (J) describiendo un momento previo al cierre de la carrera en la Universidad Católica de Córdoba. Un relato más actual, refiere que *“al principio no se veía tanto la importancia, no había tantas colegas que recibieran alumnos para las prácticas y demás, y me parece que ahora estamos en un proceso que nos valoran como centros de práctica, nos valoran como colegas que pueden aportar con fundamento teórico y práctico al proceso de formación de grado de los alumnos y a su vez me parece que nosotros valoramos la oportunidad que nos da el recibir alumnos. Me parece que estamos en un buen momento que (...) como todo, no es generación espontánea, hubo un proceso, intencionalidad, mucho trabajo y muchas ganas de armarlo a este espacio y se le puso mucho”* (C).

Para finalizar, avanzar en el sentido de lo que venimos analizando se constituye en esencial para aportar -desde el trabajo social- a la construcción de un equipo que trabaje en pos de abordar integralmente la salud, entendiéndola desde una perspectiva de derechos e inclusión, ya que en espacios institucionales “donde las ‘misiones’ están establecidas, al trabajador social le cabe desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad esa ‘mirada particular que permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes y conocimientos” (Cazzaniga, 2002, párr. 34).

Asimismo, y como se mencionó recientemente, para el trabajo social resulta necesario emprender y profundizar la tarea de desarrollar la especificidad profesional en este espacio de intervención, en tanto nos permite un reposicionamiento más simétrico respecto de otras profesiones, un mayor estatus de nuestra profesión en la medida en que se logre una actuación cada vez más precisa, eficaz y fundamentada frente a los problemas que constituyen su objeto, una mayor incidencia de la intervención profesional en la dinámica social en su conjunto y en la conflictiva social que abordamos, y como consecuencia de ello, mejores condiciones para negociar espacios y decisiones (Aquín, 1994).

CAPITULO VIII

EL LUGAR DEL TRABAJO SOCIAL EN LA POLÍTICA SANITARIA

Política sanitaria del primer nivel de atención municipal.

Considerando la construcción de las políticas de salud pública como productos históricos, como parte del “campo de las grandes instituciones públicas universales” que contienen las políticas sociales (Soldano y Andrenacci, 2005, p.21), asociadas a transformaciones económicas y sociales, a cambios en las concepciones de los procesos de salud-enfermedad, a diferentes sistemas de intervención y a actores aptos para llevarlas a cabo, se busca comprender el lugar de la profesión en las políticas sanitarias desarrolladas en la DAPS, analizando las acciones previstas para el trabajo social en los programas preventivos y promocionales de la institución.

La política social es un complejo conjunto de intervenciones estatales que regulan los procesos de reproducción social, constituyendo “una constelación de intervenciones que participan de las formas institucionales que operan en cada régimen de acumulación, configurando, contradictoriamente, unas formas de *defensa* de la sociedad frente a los mercados y su funcionamiento disruptivo” (Britos, 2010, p. 183). La configuración de políticas sociales presupone –además– el establecimiento de criterios de justicia, de igualdad y de integración para una sociedad dada. “Entre las desigualdades más importantes destacamos las referidas a la clase, género y la nacionalidad, ya que postulan problemas singulares al concepto de ciudadanía y a los arreglos democráticos” (Britos, 2003, p.101). Desde esta lógica, en el campo de la salud colectiva, Breilh (2003) expresa que la clase, el género y la etnia son *dominios* en la construcción de los perfiles epidemiológicos de un territorio, ya que explican la estructuración de relaciones de poder y procesos de inequidad.

Por ello, resulta relevante contemplar las consideraciones de Titmuss (1981) cuando advierte sobre la existencia de políticas sociales no siempre orientadas al bienestar y que “...actúan como multiplicadores ocultos de desigualdad”. Por lo tanto, precisa el autor, “cuando hablamos de ‘política social’ no debemos reaccionar automáticamente revistiéndolo con un halo de altruismo, preocupación por los demás, por la igualdad y otros temas parecidos” (Titmuss, 1981, p.32).

En el marco de acuerdos internacionales en el campo de la salud, los principios enunciados en la Conferencia de Alma Atta (1978) son retomados y confirmados luego en la Carta de Ottawa (Canadá, 1986), la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Yakarta, 1997), el Encuentro del Milenio (Nueva York, 2000), la Quinta Conferencia

Mundial de Promoción de la Salud (México, 2002) y el documento de la Organización Panamericana de la Salud de “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” (2005). En los mismos se delinearán, entre otras cuestiones, la estrategia de extensión de cobertura de servicios para favorecer la accesibilidad a la atención en salud, propiciando el empoderamiento de los sujetos sociales. Lo cual exige la acción intersectorial y coordinada de los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, la universalidad de las prestaciones, la regionalización de las mismas a los fines de garantizar el acceso efectivo a los distintos niveles de complejidad, tomando áreas geográficas y poblaciones más expuestas al *riesgo*, como así también el trabajo comunitario e interdisciplinario de los equipos de salud.

Además, en la Argentina –desde el inicio de la implementación del Plan Federal de Salud en el año 2004- se propone hacer énfasis en la atención primaria con el doble objetivo de mejorar los indicadores básicos de salud y aliviar a los hospitales públicos de flujos de población. En el plan se propone la realización de acciones de promoción y prevención socio-sanitarias, como así también lograr una mayor participación e integración de diferentes instituciones para responder de manera integral a las demandas y necesidades planteadas en el territorio particular, teniendo como eje el desarrollo local.

A pesar de la existencia de estos acuerdos sobre la atención en salud pública -históricos e internacionales-, que resultan aparentemente incuestionables por sus argumentaciones y consensos, el desarrollo de las prácticas en el primer nivel de atención en salud de la Municipalidad de Córdoba, se presenta con una fuerte impronta médica-hegemónica, anclada en el paradigma curativo-biológico-individual y el modelo asistencial, “valorando la hiperespecialización como progreso científico y técnico; dicha concepción, lejos de abolirse, se actualiza continuamente en la atención de los procesos de salud-enfermedad, y en la implementación de los programas” (Barrionuevo *et al* 2006, p. 3) preventivos y promocionales.

Así, la agenda del Estado municipal en salud se presenta como un espacio problemático ya que las políticas que se ejecutan expresan tomas de posición frente a diversas opciones de resolución de problemas de salud. *“Las dificultades muchas veces son políticas y a nivel del Estado, porque hay mucho celo de la corporación. Si todos priorizáramos a la población y sus necesidades, es más fácil; el problema es que se mira la quintita sin comprender que se deja de ser quintero para ser estanciero”*, refiere el médico (Z); opinión que es reforzada por las afirmaciones de otra médica quien expresa: *“el poder de las instituciones está básicamente en el médico y yo creo que por eso la estructura ha respondido a cuestiones biológicas y no a otras que, desde nuestra formación, no podemos cubrir”* (L).

Para una mejor comprensión de lo planteado, resultan interesantes los aportes de Moro (2012) quien retoma estudios sobre la implementación de políticas, recuperando el concepto de “régimen de implementación” propuesto por Stoker (1993). Moro pone en evidencia la complejidad inherente que estos procesos conllevan, y otorgan un papel clave a lo que denomina “burocracia a nivel calle”, que en nuestro caso implica los servicios de salud y el papel de los trabajadores y profesionales de la salud. En el proceso de implementación de una política, suelen aparecer diferentes problemas, por ejemplo, la modificación o el alejamiento de los objetivos formulados, demoras en la ejecución, instalación de barreras en el acceso a la política, por mencionar algunos; pero también, estos “burócratas a nivel de calle” pueden constituirse en verdaderos sostenes de una política y de los servicios públicos, asumiendo la tarea con responsabilidad y compromiso más allá de lo establecido en la normativa. “De este modo, lo que se reconoce es un espacio de autonomía relativa que ubica a la implementación como nodo de decisión y, por ende, con incidencia clave en el proceso de la política” (Moro, 2012, p.21). *“Es un ida y vuelta muy complejo, las instituciones de salud siguen siendo biólogistas, siguen teniendo una estructura médico centrista... yo estuve 33 años peleando, de diferentes maneras, un año no fue igual a otro porque las políticas públicas van cambiando... es una búsqueda permanente en la construcción de la política”,* relata la colega (M).

En la misma línea de pensamiento, Aquín *et al* (2012) plantean que la intervención en las instituciones públicas es orientada -entre otras- por las políticas sociales; y que tanto su intencionalidad como el mecanismo de su construcción son condicionados por los tipos de Estado, los modelos de desarrollo y las visiones de sujeto y sociedad que desde estos modelos se plantea. Pero también, “por los modos concretos de percepción, conocimiento y asunción de estos modelos y de las demandas públicas por parte de operadores que sostienen determinadas posiciones y disposiciones frente a los objetivos de las políticas en cuyo marco desarrollan su actividad” (Aquín *et al*, 2012, p.9). En esta línea de argumentación, (C) expresa que *“hay una declamación de A.P.S., interdisciplina, participación comunitaria, trabajo en terreno y prevención, pero un escaso desarrollo de estos conceptos en lo cotidiano, se disocia el saber con el hacer. Reconocen que la misión institucional es APS, adhieren a ella, pero no focalizan su hacer cotidiano en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”*.

Los ámbitos donde se desarrollan las políticas y programas de salud así como la gestión de los servicios se caracterizan por constituirse como procesos complejos en los que intervienen una gran diversidad de actores, con sus propias perspectivas, intereses, capacidades y recursos de poder. Esto implica que las políticas más que equipararse a mecanismos y procedimientos de planificación

racional, se distancian de estos modelos en su operatoria concreta (Moro, 2012, p. 25).

El concepto de “régimen de implementación” también incorpora la importancia de captar el modo de conformación y estructuración de la demanda, entendido un proceso de interacción entre agentes estatales y sociales, entre discursos en disputa, y generalmente con ciertos lineamientos en términos de oferta de servicios y la demanda asociada al sentido común, y no como algo generado por fuera y/o a priori de la gestión. Y es precisamente en esta donde se definen y se configuran las necesidades. Al respecto, la entrevistada (P) expresa: *“hay un alto consenso en la población de que los problemas de salud se resuelven con más médicos, más especialistas, más tecnología y más medicamentos”*. Existe, por tanto, un espacio de la gestión que se caracteriza como el escenario donde se produce la interacción entre los agentes involucrados, y es justamente esa interacción lo que marca el estilo o modalidad en la implementación de las políticas así como los avances, estancamientos o modificaciones que puedan producirse.

En este marco, la mayoría de los trabajadores médicos de la DAPS esperan la consulta, practican procedimientos sobre un sujeto que denominan “*paciente*”, -que es un número en la estadística institucional- depositario y objeto de tales prácticas, bajo el esquema diagnóstico-tratamiento, que es una prescripción y una proscripción, al margen del momento histórico y en cualquier condición de vida. La estadística es una argumentación que resulta determinante en la definición del tipo de atención que el Municipio establece que deben prestar los Centros de Salud, poniendo especial atención en cuántos pacientes se vieron en un año, cuántos niños bajo programa, cuántos kilos de leche se entregaron, cuántas vacunas se colocaron, etc. lo que nuevamente evidencia la claridad de una definición asistencial e individual de la intervención en salud, que –además- enumera cuestiones vinculadas a las prácticas profesionales de médicos y enfermeros y no valora metas u objetivos a alcanzar sino acciones realizadas⁷¹.

Los márgenes de autonomía relativa que tienen los actores para promover cambios, conformar alianzas y manejarse con cierta discrecionalidad en la operatoria concreta de los servicios tiene importantes repercusiones en el terreno de la salud, ya que si bien es un ámbito donde las prácticas en torno al ejercicio de algunas profesiones presentan altos niveles de protocolización, esta perspectiva analítica plantea una mirada que da mayor relevancia a una dimensión donde la interacción profesional-paciente está signada por la asimetría de

⁷¹ En un Taller del Proyecto “Investigación de evaluación de tecnologías en atención primaria de la salud, organizado por la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud, el 10 de mayo de 2010, M. Rovere expresó que “medir la implementación de un programa sanitario por el número de dosis de vacunas aplicadas es como valorar el resultado de una guerra por la cantidad de balas tiradas”.

conocimiento, de información y de poder. Entonces, cuando el “*paciente*” se nuclea en algún movimiento, red u organización, se constituye en actor social y deja de ser objeto destinatario o beneficiario de la política sanitaria, es considerado como una amenaza u obstáculo al normal funcionamiento institucional, y se percibe como demandante o grupo de presión, no como un sujeto de derechos que puede tomar parte en las decisiones acerca de la política de salud (Barrionuevo *et al*, 2006). De esta manera lo expresa Fraser (1986, p.185) al referir que: “Como solicitante a una agencia autorizada para que decida sobre la demanda con base a procedimientos administrativos, el poseedor no debe asumir la posición de un agente político o miembro de una colectividad constituida”.

Esta discrecionalidad en la operatoria de las políticas sanitarias, contiene –para el colectivo de trabajo social- una discusión particular, aún inconclusa y sin consensos. Ante la tutela médica, que define referencias conceptuales y modos de acción, determinando tareas que deben cumplir las otras profesiones, hay trabajadores sociales que optan por la implementación de proyectos desde lo que podríamos denominar una “estrategia de invisibilización”, y que se justifica con argumentos tales como *“en montones de situaciones lo que más me ha favorecido en la intervención es que ni siquiera sepan, que no esté nadie mirando lo que estoy haciendo, diríamos como que carece de importancia... entonces no me van a entorpecer”* (D). Éstos argumentos se distinguen de aquellas explicaciones que consideran que las luchas en defensa de la autonomía profesional, “son luchas específicas que es preciso librar con armas específicas, en el interior mismo de cada campo, en lugar de desplazarlas” (Bourdieu, 2012, p. 123), y que entienden a la DAPS *“como una posibilidad de hacer efectivos derechos de la población, porque así está estructurado el Estado. ... podemos trabajar desde una postura política para que sea otro, pero mientras vos sos parte de un equipo profesional de este efector del Estado para llegar a las poblaciones, me parece que ponerse fuera es no entender que sos parte de la institución, porque sos también hacedor de la historia que criticás...”* argumenta (M), reconociendo que trabajo social aún no se eximió totalmente de la necesidad de producir su propia justificación en las intervenciones que realiza (Verdès-Leroux, 1986). Además, esta colega reconoce que *“mi gran interrogante es si la invisibilidad no es buscada como un modo protector, un modo que buscamos para poder manejarnos sin que la persona que te emplea te pida cuentas. Derecho tiene, el que te emplea y te paga, no a cercenarte la libertad y a meterse en tu tarea cotidiana y a tu libertad de ejercicio de la profesión, pero derecho a preguntarte. ¿Qué hacés? ¿Pará qué estás?”* (M). La apelación a distintas estrategias de invisibilización admite diferentes claves de lectura; una de ellas –y quizá la más adversa al colectivo profesional- puede ser la comodidad de trabajar sin interpelaciones y sin dar cuenta de los procesos de intervención profesional.

Por otra parte, suele desvalorizarse el necesario aporte de diferentes campos del conocimiento en salud que pueden ser rápidamente reemplazados por disciplinas que esgrimen o poseen el mayor poder; *“Acá hacemos de todo, también de psicólogos o de asistentes sociales”*⁷², es una afirmación corriente entre algunos profesionales médicos que adscriben a esta perspectiva hegemónica de construcción en salud. En ello se expresa lo que Aquín (2009) llama la “opinabilidad de lo social”, es decir que los contenidos de la disciplina aparecen como un capital social que puede ser analizado, expresado, opinado por diversos actores sociales institucionales. “Dada la insuficiencia de un trabajo sistemático colectivo de clausura del campo, las fronteras quedan abiertas para quien esté dispuesto a entrar”, plantea Aquín (2009, p. 6). Esto no ocurre sólo al trabajo social; al respecto Bourdieu (2012, p. 69) refiere que:

una de las grandes dificultades con que se topan las ciencias sociales para llegar a la autonomía es el hecho de que personas poco competentes, desde el punto de vista de las normas específicas, siempre pueden intervenir en nombre de principios heterónomos sin que se las descalifique de inmediato.

Pero además, y en particular para nuestra profesión, podría establecerse una correspondencia entre la subvaloración de la cuestión social, de los derechos sociales y de las políticas sociales y la escasa valoración del papel del trabajo social.

La dificultad y resistencia de la política sanitaria –entre otros- para la incorporación y reconocimiento de los conocimientos aportados por las ciencias sociales, también se evidencia en el diseño arquitectónico y distribución de los espacios de trabajo, ya que “la posición de un agente en el espacio social se expresa en el lugar del espacio físico en que está situado” y no hay espacio que no exprese las jerarquías y las distancias sociales (Bourdieu, 1999a, p.120). De esta manera, mientras enfermería y medicina tienen consultorios particulares para el desarrollo de sus intervenciones profesionales, trabajo social –en el mejor de los casos, y sólo en los edificios construidos durante la gestión del intendente Luis Juez- comparte el espacio físico con psicología, siendo esta cuestión motivo de disputa, ya que “La capacidad de dominar el espacio, en especial adueñándose (material o simbólicamente) de los bienes escasos (...) que se distribuyen en él, depende del capital poseído” (Bourdieu, 1999a, p. 122). En los centros de salud, cuyo espacio físico es restringido, se ha naturalizado que los lugares disponibles se utilizan como consultorios para medicina y enfermería, *“De un lado estaba la pediatra y la generalista, y ellas hacían el programa, estaban divididas con un tabique y en el otro lugarcito*

⁷² Extraído de registros escritos elaborados por la Comisión de Capacitación Interdisciplinaria de DAPS en el marco de talleres llevados a cabo en el período 2007-2008, sobre el tema equipo de salud e interdisciplina.

teníamos enfermería y un lugarcito que era la cocinita y bueno, entonces yo o me quedaba en la sala de espera o bueno... afuera...", ilustra la colega (I); *"muchas veces hice entrevistas en el sitio baldío del lado y si no en la guardería, y en la escuela y así, iba rotando"* explica (V), *"abajo del árbol era mi lugar"*, plantea (S).

Desde otra lectura, la inexistencia de un espacio físico definido, en muchas situaciones significó para la profesión *"una desventaja y por ahí una potencialidad también"* (I), ya que permitió –y por momentos obligó– al fortalecimiento de las relaciones con las organizaciones comunitarias, ampliando el horizonte de la intervención y permitiendo confirmar la importancia de la presencia de los profesionales en los espacios en que los vecinos reproducen su vida cotidiana.

Asimismo, este posicionamiento implica la realización de intervenciones profesionales en horarios acordados con los vecinos y contemplando sus disponibilidades; cuestión sobre la que tampoco se ha construido un consenso colectivo en relación a la rigidez o flexibilidad institucional para su efectivización: *"saber que tenés una tarea por fuera del horario de 8 a 15 y que va a ser muy difícil que te lo aprueben, que te lo autoricen, andar lidiando con personas que no son interlocutoras válidas, que no comprenden tu tarea"*, plantea (D), mientras que (S) explica que *"voy y vengo a la hora que sea... a mí me parece que, o a nadie le interesa lo que hacemos o de verdad si está valorado, bien valorado lo que hacemos, porque yo nunca he tenido ninguna dificultad"*. Por su parte, y en relación a esta cuestión, (C) identifica que *"hay normas institucionales que son absolutamente adaptables a nuestra realidad, por ejemplo hacemos chicle con el horario, pero muchas veces no las tomamos como trabajadores sociales y se ponen como excusa, como obstáculos"*. En estos relatos, se expresa aquello que Firpo (2001) analiza en relación a la noción de "imposibilidad" planteada a menudo por los trabajadores sociales en términos de queja, dando lugar a un posicionamiento que minimiza la responsabilidad en cuanto al diseño y promoción de apuestas profesionales significativas que permitan *"desplazarnos paulatinamente de ese sitio de minusvalía en el que tan a menudo parecemos quedar atrapados y proyectarnos a un horizonte diferente"* (Firpo, 2001, p. 8).

Otro elemento que resulta interesante en este análisis, es la identificación de los recursos presupuestados por el municipio para la implementación de la política sanitaria de la DAPS. Los recursos disponibles para el trabajo de los equipos de salud son: medicamentos, leche, gasas, baja lenguas, espéculos, algodón, alcohol, entre otros, como así también equipamiento para los consultorios de médicos y enfermeros⁷³. Entonces, los recursos para las

⁷³ Mientras que en el Art. N° 15 del reglamento interno vigente de la DAPS, se plantea que se "Dispondrá de la cantidad suficiente de insumos para satisfacer las necesidades surgidas de los programas en ejecución; en el art. N°

intervenciones de trabajo social implican el *autofinanciamiento* por parte de los profesionales, el trabajo asociativo con otras reparticiones estatales u organizaciones comunitarias y de la sociedad civil que destinen recursos materiales y/o monetarios para la implementación de proyectos locales, o la realización de complejas gestiones institucionales que generalmente no conducen a resultados positivos. *“Es una dificultad, esto de no tener teléfono y tampoco tener aceitado una forma de que uno tenga un recurso para hacer un llamado y saber que siempre apelas a tu teléfono personal. Que no haya una movilidad, para uno mismo para hacer gestiones, o para acompañar a las familias que necesiten algo”*, plantea (E). Estos elementos confirman la definición de una política sanitaria adscripta al modelo biomédico que destina recursos coherentemente a ello, cuestión que permanece determinada desde los orígenes de la institución y que identificaba la visitadora social (R) al recordar que: *“se hacían rifas; la misma gente que participaba a veces donaba, y con eso se compraban las lanas y esas cosas para que ellas aprendieran. Hacíamos festivales en el centro vecinal y de ahí íbamos sacando”*.

Los programas institucionales.

Los programas institucionales se constituyen en herramientas que plasman “el punto de vista oficial” (Bourdieu, 1988, p.139) de la DAPS, en tanto expresan el discurso oficial sobre los modos de abordar los problemas de salud definidos institucionalmente como prioritarios. Así, cumplen la función de diagnosticar, decir lo que los equipos de salud tienen que hacer a través de directivas, prescripciones, lineamientos, protocolos; y –por último- decir lo que las personas han hecho realmente, a partir de informes autorizados o boletines que imponen un punto de vista. “Este punto de vista es instituido en tanto punto de vista legítimo, es decir en tanto punto de vista que todo el mundo debe reconocer” (Bourdieu, 1988, p.139) dentro de los límites del campo de la salud municipal. En este sentido, los programas institucionales adquieren el carácter de indiscutibles para la mayoría de los trabajadores de salud municipal, en tanto alcanzan un status de intervención científica, verdadera y objetiva que se expresa como punto de vista oficial.

Estos programas⁷⁴, fueron escritos y reformulados –en su mayoría- por profesionales médicos cuyos intereses están fuertemente ligados al mantenimiento de su hegemonía al interior institucional, sosteniendo el monopolio de su autoridad científica en el campo de la salud y estableciendo una relación de poder con las otras profesiones que -según Foucault

28 del mismo reglamento se explicita que: “Se entenderá por insumos fundamentales a: leche entera en polvo, medicamentos y vacunas.

⁷⁴ Los programas a los que se hace mención se denominan: Control de Crecimiento y Desarrollo (1984), Detección de casos de tuberculosis pulmonar (1986), Control del adulto asintomático (1995), Control de Embarazo y Puerperio (1998), Control del Paciente Hipertenso (1998), Control del Paciente diabético (2000), Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar (2004), Inmunización (2006), entre los más implementados.

(1995)- no actúa directa o inmediatamente sobre los otros, sino que actúa sobre sus propias acciones, porque “Aún en la ciencia encontramos modelos de verdad cuya formación es el producto de las estructuras políticas que no se imponen desde el exterior al sujeto de conocimiento sino que son, ellas mismas, constitutivas de éste” (Foucault, 1995, p.33).

De esta manera, definen -para el equipo de salud- intervenciones *médico-centristas*, colocando al quehacer de las otras profesiones en términos de *colaboración* a sus prescripciones, o desarrollando la idea de interdisciplina desde una mirada que contempla sólo diferentes especialidades al interior de la profesión médica. Un ejemplo concreto de ello, lo constituye la formulación del “Programa de control y seguimiento del paciente diabético”, el que se propone como objetivo general “Brindar atención médica ambulatoria interdisciplinaria a pacientes con Diabetes Mellitus de la ciudad de Córdoba...”⁷⁵ ¿Cómo se explicaría una atención médica e interdisciplinaria de manera simultánea? ¿Cómo se articularían diferentes disciplinas si sólo se hace referencia a una? ¿La interdisciplina es concebida como una sumatoria de especialidades médicas?

Este contenido también se encuentra presente en el “Programa de Atención al adulto asintomático”, ya que en todo su desarrollo pauta la tarea de los profesionales médicos, a lo que se agrega que “*Es importante lograr la incorporación de todo el equipo de salud, ya que sus miembros lograrán la capacitación de los pacientes. Es indudable que el mayor esfuerzo del programa debe estar dirigido a este punto, ya que son, los equipos los que van a lograr los cambios de hábitos en la población*”. En la misma línea, realizan planteos similares los programas de “Control y seguimiento del paciente hipertenso”, de “Atención al adolescente” y el de “Prevención y control de la enfermedad diarreica aguda en el niño menor de 5 años”.

Además, desde la representación social de algunos trabajadores de la DAPS, y en el marco de la distribución de las acciones realizadas para la implementación de los programas institucionales, la división de tareas se realiza de la siguiente manera: enfermería realiza la “pre-consulta”⁷⁶, medicina la “consulta”, mientras que trabajo social y psicología efectivizan el trabajo comunitario⁷⁷. En la letra escrita de esta distribución, se reconoce que las expectativas institucionales para el desempeño del trabajo social, se han cristalizado en pautas inmutables pese a las transformaciones contextuales, sociales y profesionales. El reglamento interno de la

⁷⁵ Programa “Control del Paciente diabético” (2000, p. 5). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Municipalidad de Córdoba.

⁷⁶ Si bien la modificación de esta denominación fue promovida y concretada por los profesionales enfermeros, cambiándola por “consulta de enfermería”, en el lenguaje cotidiano de la mayoría los efectores de la política de salud, continúa vigente.

⁷⁷ Extraído de registros escritos elaborados por la Comisión de Capacitación Interdisciplinaria de DAPS en el marco de talleres llevados a cabo en el período 2007-2008, sobre el tema equipo de salud e interdisciplina.

DAPS, puesto en funcionamiento en el año 1984 y aún en vigencia sin modificaciones⁷⁸, plantea entre las tareas previstas para trabajo social que: “Trabajaré junto con el jefe del Centro de Salud la coordinación con otras instituciones de la comunidad orientando y apoyando las actividades comprendidas por éstas tendientes al logro de una mejor calidad de vida” (art. 124), que “reconocerá las expectativas de la comunidad, sus sentimientos y reacciones frente a los servicios que presta el Centro de Salud” (art. 127) y que “Trabajaré coordinadamente con los otros miembros del equipo de salud, aportando datos sociales que tenga interés para el diagnóstico médico”. En función de lo mencionado, las intervenciones realizadas por el médico son las que constituyen “la” consulta del centro de salud, y las que permiten la construcción del diagnóstico, definiendo por lo tanto, cuáles son, cómo se denominan y cuáles son las causas de los problemas de salud que merecen ser abordados por el equipo de profesionales. Así, en la formulación de las intervenciones de cada disciplina se renueva el esquema para-médico, aunque luego los profesionales en su práctica cotidiana eludan tal esquema.

En el programa de “Control de Crecimiento y Desarrollo”, se nos asigna un “rol” específico para servicio social vinculado a los niños desnutridos, en los que –desde una matriz funcionalista- se confunden objetivos, procedimientos y técnicas de intervención, y que se describen de la siguiente manera: *“promover la inserción del niño a una vida más satisfactoria y útil en su medio social, desarrollando una entrevista diagnóstica en el aspecto social con énfasis en: 1) Abordaje integral de los problemas detectados, 2) Restauración y reforzamiento de las relaciones familiares y sociales con grupos de pertenencia o grupos de referencia, 3) Acciones tendientes a favorecer la discusión a nivel familiar de las variables convenientes para producir un cambio favorable, respetando su capacidad de autodeterminación en relación a la problemática actual, 4) Visita domiciliaria al ingreso del niño al Programa y en caso de deserción o de existencia de problemas que así lo determinan”*⁷⁹. En este programa, se realiza la entrega de un complemento nutricional de leche entera, según edades y diagnóstico nutricional de los niños. La entrega de leche para situaciones excepcionales, que no se encuadran según estos criterios, se denomina “casos sociales”; expresión problemática de la identificación entre lo excepcional y lo social. Esta operación discursiva reduce lo social de manera significativa, privando de la consideración de los aspectos sociales a la mayoría de los problemas que aborda.

⁷⁸ En el año 2013 la División Servicio Social hizo una propuesta de modificación del reglamento interno que nunca fue abordada institucionalmente.

⁷⁹ Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (Revisión 2004, p. 34). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Municipalidad de Córdoba.

En las “normas técnicas” establecidas para servicio social en el programa “Control de embarazo y puerperio”, subyace la misma lógica y lectura sobre nuestra profesión y los sujetos de la intervención; a saber: 1) *Detectar las embarazadas y/o puérperas en las entrevistas domiciliarias que por cualquier motivo realice, investigando si están bajo su control. En caso necesario dejará citación, explicando la importancia del control prenatal de acuerdo al nivel cultural correspondiente;* 2) *Captar las embarazadas y/o puérperas que hayan detectado en otras viviendas vecinas mediante la entrevista personal y la correspondiente citación en caso de no estar bajo programa;* 3) *Confeccionar o actualizar precozmente la ficha social que será agregada a la Carpeta Familiar;* 4) *Participar activamente en el Programa de Educación Sanitaria elaborado por el Equipo de Salud, mediante charlas grupales o individuales;* 5) *Colaborar con el Equipo de Salud en la proyección de los contenidos de Educación Sanitaria vertidos dentro del Centro de Salud a las instituciones de la comunidad;* 6) *Ubicar en la cartografía los casos de riesgo captados por el Equipo de Salud*⁸⁰. Además se explicita que en la evaluación social, que se realiza a partir de una visita domiciliaria, se debe contemplar la condición socio- económica, en la que incluyen nivel educativo, vivienda, situación legal de la pareja y nivel de ocupación. En las acciones del primer control de embarazo se detalla: anamnesis social y entrevista ulterior en domicilio si es necesario, así como instrucciones para el llenado de la ficha social.

Entre los puntos claves del programa “Detección de casos de tuberculosis pulmonar”, se detalla: *“Si existe Trabajadora Social en el servicio, utilice este recurso para ayudarlo. Si el paciente presenta algún problema y Ud. no cuenta con recursos en el Centro de Salud para ayudarlo, estudie la posibilidad de utilizar otros recursos de la comunidad. Si el problema supera sus posibilidades de ayuda derive al paciente (Caso social)”*. Luego se describe que –ante un caso positivo- el rol de la trabajadora social deberá ser: *“Rol específico. Educación para la Salud. Resolución Problemas”*⁸¹.

En este marco, el espacio de intervención asignado a la disciplina de trabajo social en los programas de la DAPS es acotado, circulando representaciones acerca de nuestro quehacer profesional, que autorizan y legitiman un tipo de intervención coherente al enfoque biomédico-asistencial, relegado al ámbito de la ejecución de las políticas sociales diseñadas por otros, con exigencias de pronta resolución a problemas de la población definidos institucional u oficialmente como *urgentes y/o de excepcionalidad*. En este sentido, se reconocen las funciones asistencial y educativa del trabajador social situado en el abordaje

⁸⁰ Programa de atención del embarazo y puerperio (Revisión 2007, p.10). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Municipalidad de Córdoba.

⁸¹ Programa Detección de casos de tuberculosis pulmonar (Revisión 2004, p. 13). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Municipalidad de Córdoba.

individual y familiar. La primera ligada a los procedimientos de la gestión de recursos materiales, y la segunda a la de “control social, la vigilancia de las transgresiones que se suceden en la familia, el encauzamiento de las desviaciones y la restauración del orden social, mediante los procedimientos de la promoción y la prevención” (Barrionuevo *et al*, 2006, p. 6). En el marco de estas funciones, se exigen como actividades ineludibles, la visita domiciliaria y la entrevista familiar. Al respecto, la trabajadora social (J) comenta que *“desde sus inicios, en los programas se escribe lo que se estaba haciendo, lo que no se escribe es que solamente lo iba a buscar la visitadora, porque no es así, el programa no es así, entonces ahí viene la lucha de que para ir a buscar al 100% o al 80% tiene que estar comprometido todo el equipo, entonces ahí viene la pelea, de por qué yo, por qué no vas vos”*. En el mismo sentido, la enfermera (U) refiere que *“algunos piensan que solamente la Trabajadora Social es la que tiene que hacer la visita domiciliaria, la captación, recaptación”*, mientras que el psicólogo (O) plantea: *“en mi experiencia de salud es para hacer las visitas, hay que ir a visitar entonces miraban así a la trabajadora social”*.

De esta manera, las intervenciones asignadas a trabajo social en el marco de los programas institucionales configuran un espacio de intervención heterónomo, cuyas pautas han sido dadas sin injerencia de nuestra decisión, marcando más limitaciones que posibilidades en la intervención, ya que *“Cada uno va asumiendo lo que le gusta, lo que cree que sabe, que debe hacer... pero hay delegaciones y también hay imposición, hay condicionantes o advertencias, bueno, de todo un poco”* (B).

Resulta interesante destacar que la reconfirmación de la sujeción del trabajo social a la hegemonía médica plasmada en algunos programas, se realizó —en algunos casos— con la participación de algunos profesionales de trabajo social. Con el tiempo, ese espacio de construcción de la política sanitaria, fue dejado vacío por los trabajadores sociales, en parte por decisión propia y en parte por desestimación de los profesionales que allí participaban. *“Puedo reconocer momentos de profundísima participación con aportes espectaculares desde el trabajo social muy de la mano de salud mental, tanto en crecimiento y desarrollo como en gineco y obstetricia, aportes que no fueron incorporados finalmente”*, plantea (V), mientras que (P) analiza: *“Me parece que no fue suficiente la correlación de fuerzas y cuando hubo que terminar de escribir los programas, revisarlos, etc., etc., terminaba siendo una comisión de expertos donde a veces estaba la jefa de trabajo social pero con menos peso que una tutuca”*. Paradójicamente, esta decisión de no-participación coincidió mayoritariamente con el período en el que comenzaron las incorporaciones de trabajo social a la DAPS como política del Estado municipal y con un cambio en la jefatura de la división, lo que modificó lineamientos en la conducción del colectivo profesional:

- Tanto en la primera comisión redactora del programa “Control de Crecimiento y desarrollo” como en la primera comisión de revisión del mismo (año 1999) participó una trabajadora social; esto no se sostuvo en las siguientes revisiones. En la versión actual, el “rol de trabajo social” puede redactarse en un párrafo, mientras que el documento completo comprende 92 páginas.
- De la comisión asesora que dio forma al Programa salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar (año 2004) fueron parte dos trabajadoras sociales, las que a partir de la comisión revisora del mismo año, ya no participan.
- En la primera comisión de redacción del Programa de Prevención y Control de la enfermedad diarreica aguda en el niño menor de 5 años (año 1998) hubo aportes de una trabajadora social, a partir de la segunda comisión de redacción del mismo año, ya no existe este aporte disciplinario.
- En la comisión de la primera revisión del Programa de detección de casos de tuberculosis pulmonar (año 1999) hubo una trabajadora social, desde la revisión del año 2004 ya no existe esta participación.

Al interior del colectivo de trabajo social, dos son las dimensiones del problema que se debaten: por un lado, el espacio organizativo desde el que se generan los programas institucionales, denominados sub-comités⁸², cuyos miembros son los encargados de definir, revisar y modificar los lineamientos de los programas preventivos y de capacitar a los profesionales médicos o enfermeros; por otro lado, el contenido de lo que allí se enuncia, en términos de paradigmas y concepciones tanto de la salud-enfermedad como de los sujetos con los que se trabaja, ya que

las categorías de percepción, los sistemas de clasificación, es decir, en lo esencial, las palabras, los nombres que construyen la realidad social tanto como la expresan, son la apuesta por excelencia de la lucha política, lucha por la imposición del principio de visión y de división legítimo, es decir por ejercicio legítimo del efecto de la teoría (Bourdieu, 1988, p.137).

Con respecto a la primera discusión, *“los comité son un modo que uno no quisiera pero es el que existe y a lo mejor hasta tanto se lograra construir otra cosa, no hemos participado... qué se yo... porque no tenemos el peso suficiente para decir comité de capacitación y docencia*

⁸² Los nombres de los sub-comités coinciden con las especialidades médicas presentes en la DAPS: sub-comité de clínica médica, sub-comité de ginecología, sub-comité de pediatría y sub-comité de medicina general. Además se encuentra el sub-comité de inmunización (conformado exclusivamente por enfermeros). El sub-comité de adolescencia fue el único que, en algunos momentos, incluyó varias profesiones en su conformación, y que recibe el nombre de un sector poblacional con el que se trabaja.

no, hagamos, por decirte el Taller Permanente de Discusión, no tenemos la fuerza para hacer eso, ni el apoyo, bueno, entonces qué hago si no quiero esto, ¿No participo de nada?”, reflexiona (M) aproximando argumentaciones que permitan la inclusión de trabajo social en estos espacios. En la misma línea de pensamiento, (C) reconoce que: “Subcomité de adolescencia, cuando hubo, nos convocaron, dejamos de ir, también nosotros dejamos flancos abiertos ahí”. En relación a este debate, resulta significativo incorporar el aporte de Fraser (1986, p. 177) quien sostiene que la definición de las necesidades es una cuestión política y plantea la necesidad de identificar “¿cuál es el lugar o sitio institucional donde se desarrollan las interpretaciones autorizadas de las necesidades?”. Sin duda, los sub-comités se constituyen en los espacios legitimados para el abordaje de las interpretaciones autorizadas sobre los problemas de salud en el primer nivel de atención municipal.

Con respecto al contenido de los programas formulados, varios de los cuales asignan tareas para trabajo social, se identifican diversos posicionamientos en el colectivo profesional: por un lado, un aislamiento del quehacer profesional con relación a las pautas institucionales, ya que “nunca me ha resonado como importante para mi actividad” (D); y por otro “no nos dimos la posibilidad de decir quiero participar en este espacio donde sé que va a ser duro, donde no es que me quieran, que me reciban con las manos abiertas para modificar el Programa, entonces, hacemos de cuenta que no existía y existía” cuestiona (M). Adhiriendo a esta última perspectiva, y discutiendo el contenido de lo vigente en los programas institucionales, la colega (S) explica que “te plantean cuando hay que agarrar al paciente con tuberculosis. Entonces, ¡ah, no vino a tomar la medicación! ¡La trabajadora social! Todos los trabajadores sociales deberíamos participar en todos los programas con roles asignados incluso en tareas organizadas, yo creo que sería así. Y no solamente cuando dejó de venir, cuando la embarazada tiene siete chicos, entonces, hay que ligarle las trompas, ¡Ah que pase con la trabajadora social!”. Este planteo también es realizado por algunos profesionales de otras disciplinas, y que se identifica en las afirmaciones de la enfermera (U): “Me parece que el trabajador social debe plantearse en los programas nuestros de salud un rol bastante más participativo y puntual y obligado”.

Desde esta lectura, la demanda de presencia obligatoria por parte de la enfermera, expresa el reconocimiento de un capital simbólico que posee la profesión y que confiere autoridad para decir y hacer en relación a los problemas de salud definidos como prioritarios en la DAPS; sin embargo, esta interpretación no es totalmente reconocida por los diferentes agentes institucionales, al mismo tiempo que no se ha logrado consenso para participar en la elaboración y evaluación de los programas en el mismo seno del equipo de trabajadores sociales, lo cual estaría dando cuenta de una cierta renuncia “para imponer el valor de sus

productos y de su propia autoridad como productor legítimo” (Bourdieu, 2012, p.19). Una referencia clara en este punto lo constituye la convocatoria realizada en el año 2014 por la jefatura del departamento de capacitación y docencia, a que todas las disciplinas “hagan aportes a los programas”; en esta instancia se generaron críticas y/o sugerencias a lo ya formulado y hubo profundas dificultades para asentar nuestros aportes específicos como profesionales de trabajo social. Como plantea Danani (2006, p.194), trabajo social “no disputa hegemonía, porque no disputa en torno a la construcción epistemológica y metodológica de un objeto de conocimiento.”

Pero al mismo tiempo -y paradójicamente-, este cierto vacío de pautas permite a la profesión el desarrollo de prácticas creativas, la innovación frente a lo pautado, la implementación de intervenciones argumentadas. Decimos paradójicamente porque esta posibilidad de creación que se deriva de la circulación por fuera de los espacios en que se deciden protocolos, pautas y programas de trabajo, al mismo tiempo, reduce el poder de decisión y el necesario monopolio que los agentes profesionales deben ejercer sobre su propio trabajo. La disyuntiva está planteada por las propias entrevistadas: *“lo ambiental, que nos significó comisiones en la municipalidad, el expresar la posición del equipo de salud frente a un problema comunitario, esto me legitimó, porque era quien podía expresarlo, quien podía ponerle más palabras que otro compañero o que otra compañera frente a los problemas más barriales, de la planificación local digamos”*, refiere la trabajadora social (A); y *“es la tercera vez que vamos y somos las únicas que podemos abrir un afiche, que podemos contar al menos dos experiencias que no tengan que ver con la asistencia, no hay más. Nadie más”*, relata la colega (S) al recordar su participación en un encuentro zonal sobre proyectos de salud comunitaria. Lo planteado hasta aquí discrepa parcialmente con Verdès-Leroux (1986), quien plantea que el dinamismo del campo del trabajo social es producto de agentes concretos y su origen no se encuentra en la intervención explícitamente organizadora de instancias de dirección, sino más bien en las vastas posibilidades de reconversión que la propia imprecisión de objetivos y el arbitrio de los métodos permite. Tan importante como el dinamismo en el ejercicio profesional, es la construcción de la legitimidad.

Acorde a estas ideas, el aporte específico del Trabajo Social en el abordaje de la salud, está relacionado principalmente a la defensa de espacios colectivos y a la promoción de sujetos con capacidad de incidir en las condiciones que vulneran sus vidas, de fortalecer aquellos factores que las protegen, con capacidad de conocer, defender y ejercitar derechos sociales ya que la salud y “la patología, aunque se torna evidente en los cuerpos y mentes individuales, tiene su explicación en el movimiento colectivo de la reproducción social” (Breilh, 1991, p.212), para lo cual es necesario reconocer que “las sociedades, y dentro de ellas sus grupos

constitutivos, han desarrollado una experiencia y han sistematizado formas especiales de conocer y saber acerca de su salud y su enfermedad” (Breilh, 1991, p.201). Esto se concreta, en la ejecución de proyectos que responden a diagnósticos socio-sanitarios participativos, en los que cada sector poblacional define y prioriza sus necesidades y problemáticas en relación a la salud, en los que se incorpora la profesión, también, para develar cómo los hechos o acontecimientos significativos de los sujetos se transforman en herramientas para comprender sus historias de salud-enfermedad.

Como plantea García Salord (2005, p.79), la delimitación de las profesiones en las instituciones ha ocurrido por la vía de los hechos más que por sus planificaciones; es decir “como producto de la lógica de las prácticas y de los actos de voluntad política de determinados grupo en determinadas circunstancias”. De este modo, las delimitaciones han sido apuestas de diferentes grupos que disputan por hacerlas valer, estableciendo referentes comunes sobre qué cosas se hacen, cómo se hacen en el campo de salud pública municipal, y cómo se expresan en reglas del juego que definen las pertenencias y las formas de pertenecer. En este sentido, “delimitar también es construir una constancia de existencia y de visibilidad, y encarar una disputa por la legitimidad de ser y tener un lugar en este mundo” (García Salord, 2005, p. 80).

Los debates y posicionamientos planteados hasta aquí en relación al lugar del trabajo social en los programas institucionales, entendidos como herramientas que legitiman “el punto de vista oficial” sobre el abordaje de la salud en el primer nivel de atención municipal, evidencian heterogeneidades al interior del colectivo profesional, que desautorizan cualquier pretensión de interpretación unívoca sobre la intervención de trabajo social en tanto espacio de doble y contradictoria constitución (Danani, 2006), que es parte de la institución DAPS y por lo tanto expresa las leyes de la misma, pero que como se constituye en un espacio disciplinario particular y diferenciado, también obedece a leyes más o menos específicas, encontrando límites pero también posibilidades en la actuación profesional.

Asimismo, para que la profesión sea reconocida con la posesión de una competencia y autoridad para hablar y hacer en el campo de la salud municipal, será necesario definir estrategias colectivas de reproducción ampliada que disputen ese capital específico que está en juego y que permitan mejorar nuestra posición en el campo y no al margen del mismo. Ello se logra, recuperando espacios de discrecionalidad y de autonomía, pero fundamentalmente dando batalla con las armas propias de ese campo.

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

El interrogante central que orientó el desarrollo del presente trabajo permitió identificar *qué aspectos de la producción del área de trabajo social es reconocida como producto de los agentes del campo profesional del primer nivel de atención de salud municipal*. Para ello, y con el objetivo de comprender la configuración del campo disciplinar del trabajo social en la DAPS, se realizó una reconstrucción del proceso de conformación institucional, situándolo como parte del sistema sanitario cordobés. Además, se caracterizaron los contextos históricos en los que hubo incorporación de profesionales de trabajo social a la DAPS, con el propósito de entender las expectativas del empleador y las complejas demandas que se configuran hacia trabajo social a partir de la implementación de políticas sanitarias a las que adhiere el municipio. Luego de ello, se identificaron y analizaron diversas estrategias llevadas a cabo por profesionales de trabajo social tendientes a legitimar la posibilidad de *decir y hacer* en el campo de la salud pública municipal desde un lugar de experticia, contemplando también el lugar de *“lo social”* en los programas preventivos y promocionales de la DAPS.

Considerando el análisis realizado, conocer el origen profesional en la institución no ha sido un problema de fechas o hechos sino de acontecimientos, es decir de ubicación de contenidos, significados y posiciones de los sujetos respecto a las modificaciones en los procesos de trabajo y los saberes concomitantes, particularmente en el campo de la salud y de manera general en el espacio social, ya que los profesionales *“sufren los efectos de lo que les acontece pero no perciben el origen de aquello que les acontece”* (Aylwin *et al*, 2004, p.14), situación que plantea importantes dificultades y restricciones para narrar e interpretar la historia, así como significar el presente. Este reconocimiento habilita posibilidades de articulación con algunos de los dilemas actuales que, en cierta medida, permiten encontrar una forma distinta de conocer y de apelar a nuestras tradiciones asumiendo *“la responsabilidad de la herencia”* (Aylwin *et al*, 2004, p.8).

Seguramente la génesis de nuestra profesión impregnó de huellas particulares a los trabajadores sociales que intervenimos en el campo de la salud, ya que este campo ha sido estructurador -aunque no de manera exclusiva- del proceso de profesionalización del trabajo social. Posiblemente, y a partir de cómo se *“tejen”* las relaciones con otras profesiones y actores en este campo (en Córdoba específicamente, el Estado provincial con la iglesia católica, la sociedad de beneficencia y el movimiento de los médicos higienistas), y de cómo se

fueron constituyendo las posiciones de éstos, se ha tornado compleja la construcción de una identidad profesional propia, desligada de la intervención para- médica.

El mandato social de origen estuvo signado por el disciplinamiento. La génesis del trabajo social en la DAPS no fue ajena a los modelos de intervención social que han sido hegemónicos desde finales del siglo XIX, que han oscilado entre el control social y la integración, y que en nombre de la solidaridad proponían ejercer una estrecha tutela hacia las familias con las que trabajaban, valorando a los problemas sanitarios no como expresión de esas condiciones estructurales sino por el contrario, desde una perspectiva ideológica moralizante, de control y tutela. Así, el espacio de la vida cotidiana, y más precisamente, las condiciones de vida de determinados sectores sociales pasan a ser las variables centrales del registro e inspección, que van resignificándose en sus objetivos de acuerdo a las configuraciones que asume lo social, por una parte, y los posicionamientos teóricos y éticos que se van estableciendo al interior de la disciplina. Ello no ha estado desvinculado de procesos de formación académica en los que los profesionales médicos tuvieron protagónicas definiciones: diseñaron y dictaron los cursos destinados a las visitadoras sociales, quienes se constituyeron en auxiliares de la medicina, y cuando se crea la escuela de asistencia social en el año 1966, ésta dependió de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

En el servicio social de la DAPS convivieron por varios años las visitadoras sociales con profesionales universitarias, entrando en tensión y disputa diferentes concepciones y prácticas, pero también compartiendo demandas y espacios de intervención. La función predominante fue la asistencial y educativa, que se implementaba en términos de estrategias de intervención como caso social individual y como desarrollo de la comunidad. Si bien se producen rupturas al interior de las prácticas profesionales en cuanto a los marcos referenciales e ideológicos respecto a las concepciones del trabajo social, en este campo en particular existen continuidades que se constituyen en núcleos significativos que persisten hasta la actualidad y que pueden identificarse como:

- **La comprensión de la vida cotidiana de los sujetos de la intervención:** Ello es vivenciado desde una cierta “familiaridad” con el espacio poblacional-barrial por parte de las visitadoras sociales, y como respeto a las lógicas, espacios y tiempos comunitarios desde las profesionales. La continuidad se manifiesta en pensar la intervención desde un lugar donde se privilegia el interés y el contacto con los sujetos de la intervención. En este aspecto, la visita domiciliaria fue y es una práctica legitimada para ello.

- **La demanda como algo inacabado:** desde la constitución de la DAPS hasta la actualidad, la población demanda al servicio social de los centros de salud, la resolución de múltiples obstáculos que encuentran en su reproducción cotidiana, en tanto referentes accesibles del Estado en el espacio barrial, corresponda o no su resolución a recursos disponibles en el marco de políticas sanitarias de carácter sectorial.
- **La “desmaterialización de la política social”:** Este concepto es utilizado por Serra (citado en Cazzaniga, 2006) quien afirma que el trabajo social sufre una crisis de legitimidad a partir de procesos de desmaterialización de las políticas sociales. En el caso particular de la DAPS esto se hace evidente en el inexistente presupuesto destinado institucionalmente para servicio social. El escaso cuestionamiento que tal situación provoca, se comprende inscribiendo a esta posición en *“la moral sacrificial”* de los trabajadores sociales (Cazzaniga, 2002), a partir de la cual se naturaliza el desarrollo de la tarea profesional aún en las condiciones más precarias. Esta situación ha sido una constante desde la creación de la institución hasta la actualidad.
- **El carácter femenino:** existió y existe una representación casi exclusiva y excluyente de mujeres como parte del colectivo profesional, composición que le asigna valores femeninos a la profesión, conforme al imaginario vigente. De esta manera, la interpretación acerca de la identidad del trabajo social, vinculada a una intervención relacionada con la protección directa de las personas, al hecho de estar cerca de las injusticias sociales, del dolor y el sufrimiento de los seres humanos, se relacionan con las llamadas “semi-profesiones” y que, por lo tanto, requiere de la supervisión de otras profesiones que se han desarrollado plenamente.
- **La disputa por la autonomía profesional:** “lo social” es contemplado de manera formal desde la constitución de la DAPS, tanto en la escritura de los reglamentos como en la creación de la estructura orgánica institucional, cuestión que nos iguala con las profesiones de enfermería y medicina y nos distingue de otras como psicología, nutrición o kinesiología, de manera que “lo social” se identifica con el trabajo social. Frente a esta identificación y con diferentes posicionamientos y argumentaciones, han sido constantes las luchas por determinar el lugar de lo social, lo profesional y lo político, y el aporte específico que desde el trabajo social se realiza al campo de la salud, ya que “Existió, y perdura todavía, una fuerte tendencia a identificar el accionar científico con la postura empírico-positivista” (Matus, 1999, p. 38).

En esta trayectoria, el Estado municipal ha participado de manera diferente en los procesos de legitimación y organización de las diversas profesiones que componen los equipos de salud, estableciéndose una conflictiva relación de poder en el itinerario de construcción del espacio profesional, en el que se juegan procesos de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación que grupos profesionales con mayor capital simbólico despliegan hacia otras profesiones y ocupaciones. Estas relaciones no tienen solamente un carácter técnico, sino que también son relaciones de poder, de legitimación y de construcciones simbólicas, ya que la producción de verdad se construye desde las relaciones de poder (Foucault, 1979).

Así, la capacidad del Estado de concentrar o de generar capital simbólico de legitimidad radica en el poder que ostenta por el hecho de disponer de medios eficaces para imponer las categorías de percepción y apreciación que permiten otorgar valor a cualquier tipo de capital. En términos weberianos, esto significaría que el Estado dispone de los medios para generar la creencia en la *legitimidad* de la dominación legal que él mismo ejerce (Weber, 1969).

Aunque para García Salord (2005, p. 82), un campo cuya especificidad es la articulación de quehaceres de lógica y finalidades diferentes como el que estamos analizando, “supondría estar de acuerdo con que el sistema de reconocimiento no privilegie una actividad sobre otra, sino que se promueva la interiorización de formas de pensar y hacer que potencien los ‘rigores específicos’ de cada actividad”, el área de salud del Estado municipal correspondiente al primer nivel de atención, subestimó el valor y la complejidad del abordaje de “lo social” durante –al menos- las tres cuartas partes de la historia institucional. Su valorización recién se materializó en la contratación de profesionales de trabajo social como expertas en el abordaje de esta dimensión de lo sanitario, cuando algunas modificaciones generales en las políticas sociales le imprimieron una perspectiva de derechos al acceso a la salud pública, y cuando se pudieron articular demandas de sectores poblacionales organizados que politizaron necesidades ciudadanas constituyéndolas como una cuestión de legítima preocupación pública, con el posicionamiento del poder ejecutivo que decidió la asignación de recursos profesionales para dar respuesta a ello. A estas condiciones es necesario agregar el conjunto de estrategias de legitimación desarrolladas por los trabajadores sociales de la DAPS, particularmente a partir del año 2004, abriendo el camino hacia la construcción de lo que Montaña (1998) denomina como *legitimidad funcional* de la profesión.

Desde otra perspectiva, los profesionales de trabajo social que se desempeñaban en la DAPS con anterioridad a 2004, no pudieron construir la fuerza suficiente para poder emprender la batalla de establecer el monopolio sobre un segmento específico del trabajo en las políticas sanitarias correspondientes a este nivel de intervención, y reconocer su dominio

público con la ayuda del Estado como estrategia profesional. En este sentido, si bien los procesos históricos imponen límites y manifiestan posibles alternativas para la práctica profesional, éstas se encuentran sujetas a numerosas mediaciones que deben ser apropiadas y elaboradas por los profesionales tanto en el ámbito de la producción intelectual como en el ámbito de las estrategias de acción para que se constituyan en respuestas a las demandas emergentes en aquel campo de posibilidades, siendo la práctica profesional concreta expresión y resultado tanto de las estructuras en que se inscribe como de la acción consciente de sus agentes.

La incorporación de profesionales de trabajo social en diferentes lugares de la estructura jerárquica de la institución, se dio en un marco caracterizado por una profunda conflictividad y resistencia, ya que aquellas profesiones que son conocidas y reconocidas en el campo de la salud, como medicina y enfermería, impusieron una escala de valores más favorable a sus productos e intereses, porque de hecho tienen el monopolio casi absoluto sobre las instituciones que establecen y garantizan oficialmente rangos. Esta situación implicó el desarrollo de estrategias de confrontación (con las ideas y con los cuerpos) entre interpretaciones antagónicas sobre las necesidades y derechos de las poblaciones sujetos de las políticas sanitarias, manifestadas por diferentes profesiones.

En este sentido, los espacios de clausura ocupacional de las profesiones en el campo de la salud pública municipal, son espacios de lucha y contienda entre profesiones con grados de legitimación y poder asimétricos, con desigual posesión de recursos. El predominio de la profesión médica registra en el proceso histórico, pretensiones de colonización hacia otras profesiones y notablemente hacia trabajo social. Como toda gesta de poder, ha generado diversas resistencias de distinto grado.

En este proceso, desde trabajo social se han desarrollado diferentes estrategias tendientes a legitimar la acción profesional. En relación con la *legitimidad social* (Montaño, 1998), se reconoce por parte de las distintas profesiones que componen el equipo de salud y por los funcionarios de la DAPS, el posicionamiento profesional vinculado a un profundo respeto y compromiso con las poblaciones con las que se trabaja, que se traduce en términos de accesibilidad al sistema de salud y comprensión de las condiciones de vida de éstos, considerando al Estado como necesario garante de los derechos ciudadanos. Desde allí, se abordan numerosas demandas que plantea la población y que no se encuentran vinculadas al proceso salud-enfermedad en sentido restringido.

Con respecto a la *legitimidad de origen* (Cazzaniga, 2010a) -y ante la falta de concursos públicos y abiertos-, se ha realizado una defensa del ingreso de trabajadores sociales a partir de una selección bajo criterios contruidos y avalados por el Colegio de Profesionales que

categorizan positivamente la formación de post-grado y el ejercicio profesional desde el paradigma de la salud colectiva. Además, se promueven relaciones sostenidas tanto con la institución formadora como con la entidad deontológica de la profesión. Acerca de la *legitimidad de proceso* (Cazzaniga, 2010a) se identifican aportes específicos que contribuyen a la implementación reflexiva y planificada de la política sanitaria, al registro y la escritura de informes y sistematizaciones, al abordaje comunitario de la salud desde un paradigma asociativo y participativo.

De esta manera, se reconoce en el posicionamiento actual de los trabajadores sociales que se desempeñan en la DAPS, una clara defensa de la autonomía profesional, en el sentido de la puesta en juego de capacidades específicas para producir e imponer las normas de su producción y los criterios de evaluación propios de sus productos, de actuar por uno mismo y no de ser actuado, como plantea Heler (2001). Ello se manifiesta en el incumplimiento y cuestionamiento de aquellas expectativas elaboradas por otras profesiones funcionales al modelo bio-médico, que se encuentran vinculadas al disciplinamiento y la tutela de los sujetos de la intervención, a la obediencia de indicaciones elaboradas por otras profesiones que plantean a la actividad médica como primordial en el abordaje de la salud, siendo las otras disciplinas, accesorias o complementarias de ella.

Pese a ello, se distinguen dos perfiles profesionales que conviven –aunque no de manera antagónica- pero evidencian modos diferentes de comprender la disputa entre las profesiones: uno que denomino “alternativo” y otro “crítico”. El primero, construye su intervención intentando permanecer al margen de las normas institucionales, las que son vividas como restrictivas o condicionantes de las posibilidades de ejercicio profesional, desarrollando lo que en la discusión sobre los resultados denominé como “estrategias de invisibilización”; por lo tanto, sus productos no son ni pretenden ser reconocidos como productos del campo institucional. Este perfil, encuentra sus argumentaciones en lo que Firpo (2001) ha trabajado en relación a la noción de *imposibilidad*, y que –según la autora- de un modo u otro atraviesa los enunciados de gran parte del colectivo profesional: “sobre lo que nos falta, sobre lo que no logramos, sobre la identidad que se nos atribuye, sobre la falta de reconocimiento como profesionales, sobre la no accesibilidad a los lugares de poder, etc.” (Firpo, 2001, p.8). Desde este lugar de minusvalía o impotencia se niega “el carácter complejo de la vida social y en consecuencia se obstruye la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía”, expresa Cazzaniga (2002, párr. 36).

En cambio, el perfil profesional identificado como “crítico”, intenta disputar una mejor posición en el espacio institucional, dando batalla con las reglas del juego y las armas utilizadas en el campo, disputando recursos de prestigio y autoridad que permitan acumular un mayor

capital simbólico para la profesión “e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus propios productos” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p. 68); comprendiendo que el capital simbólico no existe al margen del reconocimiento social por parte de los otros agentes o actores institucionales, y que sólo pueden reconocer y otorgar legitimidad a quien está inmerso en el juego y dispone de las disposiciones o los *habitus* adecuados para ello.

Aún con estas distinciones o diferencias, se puede afirmar la existencia de una identidad colectiva compartida, ligada a la dimensión ética y política que atraviesa la intervención profesional en términos de derechos e inclusión social, a la defensa de espacios propios y exclusivos de producción y evaluación, al reconocimiento de una trayectoria profesional que necesita mejorar su posición en el campo de la salud y que ha logrado reposicionamientos a partir de la ocupación de lugares estratégicos en la institución.

Además, la intervención del trabajo social no debe ser vista sólo en relación con los problemas particulares a los que intenta dar respuesta, sino también interviniendo en el campo de los discursos institucionales acerca de la cuestión social. Partiendo de la premisa de que “no hay intervención sin interpretación social” (Matus, 1999, p. 27), los saberes profesionales participan en el campo simbólico dirimiendo construcciones discursivas y representaciones sociales acerca de las condiciones de vida de los sujetos y el lugar del Estado en la implementación de políticas públicas.

Estas posiciones también se manifiestan en la implementación de los programas preventivos y promocionales institucionales. En el diseño de los mismos, constituidos en la letra escrita de la política sanitaria municipal del primer nivel de atención (escrita casi exclusivamente por médicos), se presenta una concepción de salud restringida a lo biológico e individual y se revelan expectativas sobre el desempeño del trabajo social como un campo del conocimiento *auxiliar* y subordinado a la medicina, exclusivamente relegado a la ejecución de acciones definidas por otros. En este sentido, las intervenciones reconocidas en estos diseños se encuentran vinculadas a la gestión de recursos materiales y a la tutela o control a partir de la realización de visitas domiciliarias, aunque también se adjudican otras con importante grado de indeterminación o ambigüedad que posibilitan el desarrollo de creativas e innovadoras estrategias de intervención profesional.

En relación a la *implementación* de los programas se explicitan los distintos perfiles expuestos recientemente (“alternativo” o “crítico”), en los cuales la preocupación teórica de trabajo social queda acotada al dominio o manejo de una determinada competencia, desde una ubicación diferenciada en lugares del campo institucional. Con respecto al *diseño* de los mismos y más allá de los perfiles identificados, aún no se ha logrado superar la reducción de la profesión al ejercicio profesional. Queda como desafío alcanzar niveles de consolidación

teórica tales que posibiliten al mismo tiempo, solidez en las argumentaciones sobre los objetos que abordan y capacidad para contribuir al diseño de los programas sanitarios que se ejecutan en la DAPS. “Podemos sostener, por tanto, que Trabajo Social, en la medida que restrinja su concepción al dilema de la acción, se encontrará encapsulada para trascenderla” (Matus, 1993, p.3); o de acuerdo a una lectura desde la hipótesis planteada por Torcigliani (2002, p. 173),

... estimo que la debilidad de las áreas sociales vinculadas a la generación de políticas sociales, tienen como un punto de apoyo, la carencia o la presencia insuficiente del saber, o del conocimiento disciplinar, el cual debiera presentarse más contundente, trasmisible, evidenciable y utilizable.

Asimismo, permanece como desafío para los profesionales de trabajo social de la DAPS una reflexión sistemática en torno a la cuestión del poder que permita capturar en toda su dimensión la importancia de la participación –generalmente conflictiva- en los espacios de toma de decisiones.

Como la categoría profesional es de carácter colectivo, y su grado relativo de autonomía es la resultante de las relaciones de fuerza que han constituido históricamente al campo, el mayor o menor grado de autonomía alcanzado, no se traslada mecánicamente a los individuos que representan a la profesión y la ejercen en distintos ámbitos. Por ello, en el campo de la salud pública y específicamente en el espacio institucional de la DAPS, “apropiarnos de la autonomía supone la *reflexión crítica* sobre la situación conflictiva pero también sobre nuestras obligaciones” (Heler, 2001, p. 33). En este sentido, la reflexión sobre nuestras obligaciones profesionales, requiere profundizar y colectivizar el desarrollo de aquellas estrategias que posibilitan al trabajo social regirse por leyes particulares, clausurar el campo profesional y acumular ese capital simbólico que le otorga el conocimiento científico y que le confiere legitimidad y autoridad para decir, hacer, construir, proponer, diseñar y conducir en el campo de la salud pública municipal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguayo, C. (2006). *Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y el poder*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana.
- Almeida, N. (2006). *Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones*. Salud Colectiva, vol. 2, número 002 (pp. 123-46). Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Álvarez Uria, F. (1995). *En torno a la crisis de los modelos de intervención social*. En VVAA, *Desigualdad y pobreza hoy*, Madrid: Talasa. Disponible en: www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/uriaalvares.htm (consultado el 26/03/15)
- Álvarez Uria, F., Varela, J. (1997). *Genealogía y sociología*. Buenos Aires: Ediciones El cielo por Asalto.
- Aquín, N. (1994). *¿Por qué desarrollar la especificidad?* Acto Social N° 8 – Año III. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- (2008). *Situar las prácticas, pensar las prácticas*. Revista Escenarios N° 13. Facultad de Trabajo Social. Argentina: Universidad Nacional de La Plata.
- (2009). *Algunas incomodidades en el ejercicio profesional bajo la forma salario*, en Escenarios de la vida social. El Trabajo Social y las Ciencias Sociales en el Siglo XXI: II Foro Latinoamericano de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de La Plata. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Aquín, N., Custo, E., y Zamarbide, A. (2012). *Los profesionales de la mano izquierda del Estado. Prácticas, representaciones y modos de subjetivación*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Ase, I. (1995). *Reforma del Estado en el sector salud: estrategia de Atención Primaria de la salud y políticas de focalización*. Tesina Final. Maestría en Administración Pública. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública. U.N.C.
- Aylwin, N., Forttes, A. y Matus, T. (2004). *La reinención de la memoria. Indagación sobre el proceso de profesionalización del Trabajo social chileno. 1925- 1965*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social. Santiago de Chile.
- Barrionuevo, D., Becerra, N. y otras (2006). *Las posibilidades de incidencia del Trabajo Social en la definición e implementación de la Política Institucional*, presentado en el 1° Encuentro Argentino y Latinoamericano “Prácticas Universitarias y Proyecto

- Profesional Crítico”, E.T.S., U.N.C. Córdoba: publicado en formato CD. ISBN 950-33-0541-1. CDD361.3
- Basualdo, E. (2009). *Evolución de la economía argentina en el marco de las transformaciones de la economía internacional de las últimas décadas*, en Basualdo y Arceo: *Los condicionantes de la crisis en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- (1999a). *Efectos del lugar*, en Bourdieu, P. *La miseria del mundo*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (1999b). *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.
- (2012). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Ed. Grijalbo.
- Brasil: Cortez Editora. Traducción: Nora Aquín.
- Breilh, J. (1991). *La salud-enfermedad como hecho social*, en Betancourt, Breilh, Campaña Y Granda *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. México: Editorial Universidad de Guadalajara.
- (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Britos, G. (2000). *Asistencia Social en Rosario. Historia de su formulación profesional*. Rosario: U.N.R. Editora.
- Britos, N. (2003). *Astusias de la razón conservadora: del silencioso desplazamiento de los derechos a las obligaciones en el campo de la asistencia social*, en Britos, Caro y otros, *Teoría crítica de la ciudadanía. Notas para una política democrática*, Córdoba: Ediciones Letras de Córdoba.
- (2005). *Trabajo Social, trabajo de servicios. Algunos problemas en la comprensión de los determinantes del Trabajo Social*. Revista conciencia Social N° 7-8. Escuela de Trabajo Social, Universidad Nacional de Córdoba.
- (2006). *Ámbito profesional y mundo del trabajo. Políticas sociales y trabajo social en los '90*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- (2010). *Derechos Sociales: protección regional y desafíos para la política social a escala nacional en América Latina*, en Abril y otros, *Lecturas sobre los derechos sociales, la igualdad y la justicia*. Córdoba: Editorial Advocatus.

- Britos, N. y Paviolo M.A. (edit.) (2014). *Los dolores que nos quedan son los compañeros que nos faltan. Informe sobre personas desaparecidas o asesinadas ligadas a la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Calcagno, A. (2001). *Ajuste estructural, costo social y modalidades de desarrollo en América Latina*, en Emir Sader (comp.): *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas*, Argentina: CLACSO.
- Carbonetti, A. (2005). *La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926*. Universidad de Granada: Revista Dynamis.
- Cazzaniga, S. (2002). *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Margen. Edición electrónica N° 27. Disponible en www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html (consultado el 30/01/14).
- (2010a). Ficha de la asignatura Constitución Histórica del Trabajo Social: *Acerca de la legitimidad*. Maestría de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.
- (2010b): Ficha de la asignatura Constitución Histórica del Trabajo Social: *Acerca del surgimiento*. Maestría de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.
- (coord.) (2006). *Intervención Profesional: legitimidades en debate*, Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Danani, C. (2006). *Politización: ¿Autonomía para el Trabajo Social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano*. Revista Katálisis, Volumen 9 N° 2. Editora da UFSC.
- De Dios, S. (2011). *El Trabajo Social en Córdoba: reconstruyendo los orígenes del espacio ocupacional en las políticas públicas en salud*, tesis presentada para la obtención del título de Mgter. en Trabajo Social, ETS, Universidad Nacional de Córdoba.
- De Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Argentina: Lugar Editorial.
- De Sousa Minayo, M. C. (2008). *Interdiscipliniedad y pensamiento complejo en el área de la salud*, Argentina: Editorial Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús.
- De Sousa Santos, B. (2006). *Renovar la teoría crítica y reiventando la emancipación social*, Cap. I, Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Domínguez, V. (comp.) (1990). *Interdisciplinarietà*. Psicología médica. S/D editorial. Material de formación de la Residencia en Salud Familiar, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. España: Editorial Pre-Textos. 2° Edición.
- Egidos, D. y Greco, A. (2011). *Historia de la DAPS... un posible relato (1974-2008)*. Mimeo.

- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Ediciones Alfons el Magnánim-IVEI.
- Firpo, I. (2001). *Las relaciones entre práctica profesional y discurso. El fascinante enigma de las palabras*. Dossier de la Revista "Confluencias" N° 39, año 9. Córdoba: Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba.
- Follari, R. (1982). *Interdisciplinariedad*. México: Universidad de Azcapotzalco.
- (1992). *Modernidad y postmodernidad: Una óptica desde América Latina*. Argentina: Rei Argentina S.A. – Instituto de Estudios y Acción Social – Aique Grupo Editor.
- Foucault, M (1995). *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona: Gedisa
- (1979). *Microfísica del poder*. Segunda edición. Título original: *Microphysique du pouvoir*. Traducción de Varela y Álvarez Uria. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- (1982). "Le sujet et le pouvoir" en: *Dits et écrits, 1876-1788*. Paris: Gallimard, págs. 1041-1062. "El sujeto y el poder", traducción de Ricardo L. Costa.
- (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores. Título original: *L'ordre du discours*, 1970. Ediciones Letra E. Traducción de Alberto González Troyano.
- Fraser, N. (1986). *Movimientos sociales vs. Burocracias disciplinarias: los discursos de las necesidades sociales*. Minnesota: Centro de Estudios Humanísticos.
- (1991). *La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío*. México: Revista Debate Feminista. Año 2, vol. 3.
- (2008). *Escalas de justicia*. Barcelona: Herder.
- Gallart, M. A. (1992). *La integración de métodos y metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación* en Forni, Gallart y Vasilachis de Giardino: *Métodos Cualitativos II. La práctica de la Investigación* (CEDES/CENEP). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- García Salord, S. (1991). *Especificidad y rol en trabajo social: currículum – saber – formación*. Buenos Aires: Edit. Humanitas.
- (2005). *Simposio de la ciudad de México*; en Rodríguez, P. (ed.). *Linderos. Diálogos sobre investigación educativa*. México: Centro de Estudios Educativos.
- Gordillo, M. (ed.) (2001). *Actores, prácticas, discursos en la Córdoba combativa... una aproximación a la cultura política de los '70*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Gozzer, G. (1982). *Un concepto aún mal definido: la interdisciplinariedad*. Perspectivas, Revista trimestral de educación. vol. XII, n.º 3 – UNESCO-

- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Habermas, J. (1999). *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*. Colección Teorema. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Heler, M. (2001). *La toma de decisiones responsables en la práctica del Trabajo Social; la reflexión ética como recurso*. Revista ConCiencia Social. Nueva época. N° 1. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.
- Iamamoto, M. (1997). *Servicio Social y división del trabajo. Un análisis crítico de sus fundamentos*. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora.
- Krmpotic, C. (2009). *Identidad y alienación en trabajo social, en un contexto de reformas sociales, desprofesionalización y proletarización*. Revista Margen, Edición N° 56. Buenos Aires, Argentina.
- La Serna, C., Ase, I y Burijovich, J. (2007). *La reforma del sector salud en Argentina*. En: Programa de capacitación en análisis e implementación de políticas de APS. Módulo 3.2. UNC - IIFAP - PROAPS, Córdoba, Argentina.
- Loch-Neckel, G. y otros (2009). *“Desafíos para la acción interdisciplinaria en atención básica: implicancias relativas a la composición de equipos de salud de familia”*. Universidad Nacional de Lanús, Argentina: Editorial Salud Colectiva.
- Lorente, B. (2002). *La feminización, lo religioso y la profesionalización del cuidado. Elementos para el estudio de las llamadas profesiones femeninas. El caso del Trabajo Social*, en Lorente, B. (edit.) (2002): *El hecho religioso y la ayuda social. Estudios sobre su historia, epistemología y práctica*. Colombia: HUMANIZAR.
- Matus, T. (1993). *El dilema de la producción de conocimientos en Trabajo Social*. Primer encuentro regional de Escuelas de Trabajo Social del cono sur. Santiago de Chile: ALAETS-ACHETS.
- (1999). *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Montaño, C. (1998). *La naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad, su reproducción*. San Pablo, Brasil: Cortez Editora.
- Morera, N. (2010). *El vínculo entre las ciencias sociales y el trabajo social: algunos elementos para la discusión*. Rev. Reflexiones 89 (1): 235-241, ISSN: 1021-1209. Costa Rica: Escuela de Trabajo Social.

- Moro, J. (2012). *Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local*, Cap. I, en Chiara, M. (comp.), *Salud, Política y Territorio en el Gran Buenos Aires*, Los Polvorines: Universidad Nacional de Gral. Sarmiento
- Najmanovich, D. (1998). *Interdisciplina. Riesgos y beneficios del arte dialógico*. Revista "Tramas". Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Tomo IV. Nº 4.
- Netto, P. (2002). *Reflexiones en torno a la cuestión social*, en Autores Varios: Nuevos escenarios y práctica profesional: una mirada crítica desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Parra, G. (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Quezada, M. y otros (2001): *Perspectivas metodológicas en Trabajo Social*. ALAETS – CELATS. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Rocher, G. (1985). *Introducción a la Sociología General*. Barcelona: Edit. Herder.
- Rojas, F. (2010). *Interdisciplina e Intersectorialidad*. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 36, Núm. 3. La Habana.
- Rozas, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- (2005). *Tendencias teórico-epistemológicas en la formación profesional*, en Molina, M. *La cuestión social y la formación profesional en trabajo social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*". ALAETS. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Colección Salud Colectiva.
- Sarfatti, M. (1988). *Estudios. El poder de los expertos: ciencia y educación de masas como fundamentos de una ideología*. Revista de Educación Nº 285, Pág. 151-189, Madrid.
- (1989). *Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo*. Filadelfia, Estados Unidos: Universidad del Temple.
- Schapira, M. (2003). *La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada*. História, Ciências, Saúde. Manguinhos. vol 19
- Scocozza, M. (2002). *Interdisciplina: un encuentro más allá de las fronteras*. Montevideo – Uruguay: S/D Editorial.
- Soldano, D. y Andrenacci, L. (2005). *"Aproximaciones a las teorías de la política social a partir del caso argentino, en Andrenacci (comp.), Problemas de política social en la Argentina Contemporánea*, U.N.G.S. Buenos Aires: Prometeo Libros.

- Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas*, en Elichity, Nora (comp.): “El niño y la escuela”, Buenos Aires: Nueva Visión.
- (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Revista “El Campo Psi-Revista de información especializada”. Año 3, Número 10, Rosario.
- (2007). *Integralidad de las prácticas de APS e Interdisciplina*. En “Comunicando Salud” Revista de atención primaria de la salud, Año 4 N° 2007, Córdoba.
- Titmuss, R. (1981). *¿Qué es la Política Social?*, en Política Social, Edición a cargo de José García-Durán, Barcelona: Ed. Ariel.
- Torcigliani, I. (2002). *La producción de conocimientos como estrategia de fortalecimiento profesional*, en La Investigación en Trabajo Social. Publicación pot-jornadas de Investigación. Entre Ríos: Facultad de Trabajo Social. U.N.E.R.
- Travi, B. (2008). *La recuperación y visibilización de las prácticas y pensamiento críticos en el proceso de profesionalización del Trabajo Social. Aportes para la formación profesional*. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Margen. Edición electrónica N° 51. Disponible en www.margen.org/suscri/margen51/travi.html (consultado 20/04/2015).
- Verdès-Leroux, J. (1986). *Trabajador Social. Práctica, hábitos, ethos, formas de intervención*.
- Weber, M. (1969). *Economía y sociedad*. (2da. Edición en español). 4ta. reimpresión. México: Edit. Fondo de la Cultura económica. (Obra original publicada en 1922).

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

- Audio de la Mesa Redonda de ex-directores: “Historia Institucional. Experiencias de gestión en la DAPS”, realizada en el marco de los festejos del 40 Aniversario de DAPS, 3 de diciembre de 2014.
- Audio del panel “Historia del Servicio social de salud en la Provincia de Córdoba”, organizado por la Cátedra “Fundamentos y Constitución Histórica del Trabajo social” de Escuela de Trabajo Social, UNC, el 07 de septiembre de 2006.
- Programas preventivos y promocionales institucionales de la DAPS.
- Registros elaborados por la Comisión de Capacitación Interdisciplinaria de DAPS en el marco de talleres llevados a cabo en el período 2007-2008, sobre el tema: equipo de salud e interdisciplina.
- Reglamento interno de la Dirección de Atención Médica Periférica. Año 1983
- Reglamento interno de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. Año 1992.