

La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública

Social Work intervention in the public health field

Nelly Nucci, Rossana Crosetto, Claudia Bilavcik y Ana Miani

Fecha de presentación: 20/02/2018

Fecha de aceptación: 05/03/2018

Resumen

El origen y trayectoria de Trabajo Social en el campo de la salud pública resulta de la combinación del proceso de profesionalización con las luchas de poder, que incluyen significados en torno a la salud, los sujetos, los derechos y la distribución de responsabilidades reproductivas entre Estado, mercado y familias.

El artículo, que se fundamenta en estudios previos¹, se propone analizar la participación de Trabajo Social en los procesos de intervención que se llevan a cabo en el campo de la salud pública. Se discute la distinción entre intervención en salud e intervención en lo social presente en los discursos de las/os agentes y sus efectos en las prácticas profesionales e institucionales.

Palabras clave

Salud pública; trabajo social; estrategias de intervención; necesidades sociales.

Abstract

The origin and trajectory of Social Work in the field of public health results from the combination of the professionalization process with power struggles, which include meanings around health, subjects, rights and the distribution of reproductive responsibilities between the State, market and families.

The article, which is based on previous studies, aims to analyze the participation of Social Work in the intervention processes that are carried out in the field of public health. The distinction between intervention in health and social intervention present in the discourses of the agents and their effects on professional and institutional practices is discussed.

Keywords

Public health; social work; intervention strategies; social needs.

¹ Los proyectos de investigación, desarrollados en el marco de SECyT. UNC, tuvieron por objetivos: 2012-2015: Analizar los procesos de construcción de estrategias de intervención profesional de trabajo social con familias en relación a problemas sociales en diferentes espacios institucionales del área de salud pública en la provincia de Córdoba, Argentina; 2016-2017: Caracterizar a los sujetos/familias y a los problemas por los que demandan intervención en las unidades de Trabajo Social de las instituciones de salud pública existentes en la Provincia de Córdoba (de nivel nacional, provincial y municipal).

Acerca del surgimiento del Trabajo Social en el campo de la salud pública

La constitución del Trabajo Social (en adelante TS) en el campo de la salud pública reconoce una trayectoria estrechamente vinculada con las luchas discursivas y con los modos en que éstas se resolvieron desde el momento en que se conforma la intervención en salud por parte del Estado. Los contenidos de estos debates, de carácter ideológico, político, teórico y metodológico refieren a conceptualizaciones sobre la salud, sus dimensiones y perspectivas de intervención y otras definiciones acerca del lugar de las profesiones – particularmente TS - en el sostenimiento de la salud pública.

Menéndez² analiza el modo en que se resuelven las disputas en el proceso de conformación del campo, destacando como cuestión central que desde los inicios de la salud pública argentina no fueron incluidas las dimensiones socio-económicas y culturales (ni en su marco de referencia ni en su práctica). Afirma el autor que si bien esa fue la propuesta de la denominada “*medicina social*” al sostener que la medicina (salud pública) era una “*ciencia social*”, lo que se produjo finalmente fue la medicalización de la salud pública, ignorando aquellas dimensiones. En un análisis esclarecedor sobre la discusión planteada señala:

“Más allá de las invocaciones a la medicina como ciencia social, a la medicina social o a la salud pública, lo sustantivo es que ésta se constituyó a partir de una “ciencia”/“arte” no sólo no social, no sólo no histórica, sino asocial y ahistórica, donde además sus ejecutores, más allá de la sensibilidad ideológica de cada cual, asumen un rol genérico en cuanto profesionales caracterizados por la carencia de una formación específica respecto del proceso de salud/enfermedad/ atención que ubique su práctica profesional dentro del contexto económico-político e ideológico que lo produce y reproduce, y sobre todo que le permita intervenir técnicamente sobre los procesos socioculturales que afectan la salud colectiva” (Menéndez, S/D: 105).

La marca de origen así descripta se constituyó, a nuestro entender, en un aspecto central en el proceso de estructuración del campo de la salud pública y del lugar que las profesiones ocuparon en él.

La comprensión biologicista del sujeto y la enfermedad se corresponde con la medicalización de la salud y con aquellas concepciones que tienden a normar y medicalizar los cuerpos, sin incluir los componentes económicos y socio-culturales. Esta visión restringida de la enfermedad, la

² “...el reconocimiento práctico, pero también técnico, de un campo colectivo sobre el cual intervenir para abatir y/ o controlar los daños a la salud de ‘agregados sociales’, debió haber llevado a la salud pública a incluir las dimensiones socioeconómicas y culturales en su marco de referencia y en su práctica. Esto fue lo que propuso en forma aparentemente ‘escandalosa’ la denominada ‘medicina social’ al sostener que la medicina (salud pública) era una ‘ciencia social’. Pero esta aseveración casi obvia no tuvo demasiada influencia en el desarrollo real de la salud pública como sector político-técnico. La dimensión ‘colectiva’ de los daños a la salud eliminó (o mejor dicho no incluyó) lo socioeconómico en su práctica, dado que dos procesos complementarios ‘medicalizaron’ a la salud pública” Menéndez (S/D: 105).

medicalización y la exclusión de una perspectiva integradora³ del sujeto en los procesos de salud-enfermedad, resultaron insuficientes para responder adecuadamente a los problemas sanitarios de los agregados sociales que dieron lugar al surgimiento de la intervención estatal.

El lugar que ocupa TS en el campo de la salud pública, como complemento de la atención medicalizada de la enfermedad, es compatible con esa mirada fragmentada de los sujetos y de la reproducción social. Su inclusión (a posteriori) en el campo de la salud es producto de la emergencia de situaciones y problemas que desde esa concepción biologista son ignoradas pero que, sin embargo, irrumpen -generalmente como problemas sociales ligados a la situación de salud- en la vinculación con los sujetos.

En las sucesivas coyunturas socio-históricas surgen actores dispuestos a modificar las reglas de juego en el campo de la salud instalando discusiones desde otros paradigmas de salud-enfermedad-atención (en adelante s-e-a) que incorporan las dimensiones económicas, políticas y socio-culturales del sujeto y los problemas sociales en la explicación y/o en las estrategias implementadas (en un principio las filantrópicas y voluntarias y luego las profesionalizadas como TS)⁴.

Aunque con grados de legitimación y poder asimétricos, surgen cuestionamientos a los contenidos ideológicos e instrumentales de la concepción de salud pública que dieron lugar a la dicotomía original, separando las prácticas médicas de otras encargadas de atender los factores coadyuvantes de las situaciones de salud y enfermedad.

De allí se desprende la idea, que aún subsiste, acerca de que "lo social" (como dimensión explicativa de la vida de los sujetos y como concepto integrador en los procesos de resolución de problemas de salud- enfermedad) compete a unas profesiones y no a otras.

Se trata de un factor de estructuración del campo de la salud pública⁵ que además de reproducir claramente la mirada fragmentada existente desde los orígenes, afecta la viabilidad en la construcción de estrategias de intervención transformadoras y favorecedoras del ejercicio de derechos ciudadanos.

En estos espacios profesionales se disputan, desde sus inicios, las perspectivas y prácticas que - en carácter de protoformas filantrópicas y voluntarias⁶- ocupaban el lugar de la atención de problemas sociales de las/os usuarias/os de los servicios con las religiosas cuyo lugar era preponderante tanto en la enfermería como en la atención de situaciones de carencia.

³ Nos referimos a intervenciones integradas basadas en la construcción de saberes profesionales fundados en una idea de sujeto social situado -espacial e históricamente-, en interacción con otras/os desde su posición (en la estructura social; según género, generación, etnia, raza, etc.), incluyendo todas las dimensiones de la vida individual y social.

⁴ El campo de la salud ocupó un lugar significativo en el proceso de profesionalización de TS y su posterior desarrollo, constituyéndose en un espacio de clausura social y ocupacional (González Leandri, 1999) de agentes estatales y expertas/os en un área de problemas relacionados con el proceso s-e-a a finales de los 60 y principios de los 70.

⁵ Resulta ser, a nuestro entender, un obstáculo permanente e insoslayable que limita desde el origen las posibilidades de una intervención integral en los procesos de s-e-a.

⁶ Anteriormente a la profesionalización del campo de TS en salud existían personas de buena voluntad sin conocimientos profesionales, damas de beneficencia, visitadoras de higiene y luego visitadoras sociales, cuyas prácticas pueden reconocerse como antecedentes vinculados a la atención de los sujetos y problemas sociales.

En el proceso coexisten dos tipos de confrontaciones entre las/los agentes institucionales: una que refiere a las perspectivas ideológico-políticas, es decir, concepciones sobre salud y estrategias de intervención de tipo transversal - en función de las cuales se producen disputas entre y al interior de las profesiones-, y la otra respecto a la definición del tipo de problemas - objeto a los que cada quien se refiere y los saberes especializados con que cada profesión interviene en este campo.

Se trata de luchas de poder, de carácter simbólico- político con resultados prácticos, ya que del modo en que se establecen las posiciones y las relaciones entre ellas depende la posibilidad de hegemonizar el campo y de ejercer recursos de poder. Nos referimos a orientaciones de política institucional, concepciones de salud, recursos económicos, organizativos, humanos/profesionales, etc. La lucha entre paradigmas de la medicina se entrecruza con las luchas por las definiciones en torno a lo que constituye el objeto de intervención de TS.

Si bien se han logrado importantes avances en la participación de TS en el campo de la salud pública, este proceso continúa y la dinámica de las luchas es variable según cómo se ubique la profesión y las/os profesionales en cada contexto político e institucional.

Trabajo Social, políticas de salud y derechos

Analizaremos el campo de intervención y las prácticas profesionales entendiendo que TS forma parte de los mecanismos del Estado para minimizar los efectos de las desigualdades sociales y que ello se materializa en los procesos de distribución secundaria del ingreso (Aquin: 2009, Fernández Soto: 2002, Iamamoto: 2003).

El concepto de campo (Bourdieu:1995,1999) aplicado a la salud posibilita su comprensión como un espacio relacional en el que las/los agentes-instituciones que forman parte del mismo (obras sociales, hospitales, centros de salud, municipios, prestadores, profesionales, usuarias/os-pacientes, afiliadas/os, etc.) desarrollan estrategias disputando poderes de nominación (sentidos y significados) y prácticas de intervención según sus posiciones, habitus y trayectorias en cada momento socio histórico. El entramado de conflictos y poderes responde a que las relaciones asimétricas no se dan sólo en la relación agentes-usuarias/os de los servicios, sino también entre las/los propios agentes. Los componentes de orden social, cultural y simbólico no siempre son incorporados para comprender e intervenir en los procesos de s-e-a-

La no inclusión de los determinantes sociales que inciden en estos procesos y los aspectos subjetivos que son parte integrante de la vida social repercuten en los procesos de producción de los servicios, amplía las desigualdades en el acceso a los mismos y perpetúa las falsas dicotomías individual- colectivo y biológico-social.

En relación al contexto de análisis, es importante destacar que el campo de la salud pública en Argentina se conforma en el Siglo XX con un esquema fragmentado y segmentado que refleja las tensiones entre universalismo y particularismo (PNUD, 2011). Con variaciones en distintos momentos socio-históricos, el Estado desde mediados de la década del '40 garantiza el acceso

universal a la salud pública, aunque ello no resuelve la fragmentación existente que se expresa en la diferenciación entre atención privada para los sectores medios y altos, obras sociales para las/os trabajadoras/es formales y salud pública para los sectores populares.

En la década del '90 se destacan las transformaciones enmarcadas en el proceso de ajuste estructural del Estado neoliberal (caracterizadas por políticas de descentralización, focalización y privatización), que fueron consolidando y profundizando la inequidad en el acceso y utilización de los servicios entre los diferentes grupos poblacionales, no sólo entre subsistemas sino también entre regiones (especialmente en cuanto a cantidad, calidad y distribución de recursos). Entre otros efectos, se produjo una crisis del espacio público y por ende, de la ciudadanía, acentuándose la pobreza y la desigualdad.

En el periodo 2002 - 2015 el Estado comenzó a transitar un camino de construcción de políticas públicas desde el enfoque de derechos. La relación Estado-sociedad fue mediada por prácticas políticas de las organizaciones y movimientos sociales que generaron un proceso de interlocución, debate, reconocimiento y atención de demandas sociales.

En la publicación del PNUD se caracteriza este período como "*Intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social*" (PNUD, 2011: 7), mientras otros autores han dado en llamar al mismo como proceso "*de contra reforma*" (Curcio, 2011:57-58) respecto a las reformas producidas en las políticas públicas del período inmediato anterior.

A nivel nacional, desde el año 2015 hasta la actualidad, se modifica nuevamente la orientación de las políticas públicas con un marcado reverdecer del modelo neoliberal que tiene efectos regresivos en la provisión de bienestar.

En la Provincia de Córdoba la política de salud⁷ se organiza, al igual que el esquema federal, de modo fragmentado y segmentado. En la década de '60 la participación del sector público tenía cobertura incluso en las zonas más alejadas del interior, pero otro porcentaje importante de la población contaba con cobertura por obras sociales, situación que se extiende hasta la década del '70. A partir de allí, producto de los recortes del gasto público y las políticas de descentralización en educación y salud, el sector público sufrió un considerable deterioro (Pautassi, 1995). Esta situación se agudiza en la década de los '90 aumentando considerablemente la subordinación provincial a las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Pautassi, 1995), como así también la dependencia financiera ante el otorgamiento de créditos de Organismos Multilaterales (BID y BM) para la implementación de planes y programas en salud. Posteriormente, la política de salud provincial pasa a depender de planes y programas financiados por el Estado Nacional.

⁷ Para profundizar el estudio del proceso de reformas sectoriales en Córdoba ver Asse y Burijovich (2010) quienes señalan que el proceso debería ser dividido en tres etapas: la primera entre 1983 al 1995, la segunda entre 1995 al 1999 y la tercera desde el año 1999. "*El primer período ha estado signado por el énfasis puesto en la descentralización de efectores sanitarios de baja complejidad hacia los municipios y comunas como eje de las reformas, el segundo período estuvo caracterizado por el fuerte ajuste y racionalización del sector, y, finalmente, el tercero por el alineamiento con la orientación reformista del gobierno nacional y los Organismos Multilaterales de Crédito (BID y BM)*" (p. 33).

En el período estudiado, el sistema de salud de la Provincia de Córdoba se conforma por hospitales provinciales (12 en Córdoba Capital y 27 en el interior); los municipios del interior (84) cuentan con hospitales que dependen administrativamente de cada uno de ellos y en la ciudad capital coexisten instituciones que dependen de la administración nacional, provincial y municipal, entre los que se cuentan también los centros de atención primaria (16 provinciales y 97 municipales).

TS es una de las profesiones que forma parte de los equipos interdisciplinarios de salud, o que en forma disciplinaria tiene a su cargo la vinculación con sujetos que demandan atención. Ello supone instituciones, normas, programas y recursos, además de acuerdos políticos que regulen o se construyan sobre la base de la convivencia en sociedad, en un espacio-tiempo históricamente determinado. Es decir, como profesionales nos ubicamos en las políticas que expresan la relación entre el Estado y los sujetos con derechos que deben ser reconocidos y protegidos, al constituirse en una de las responsabilidades del Estado hacia la sociedad y que, por lo tanto, se materializan en las intervenciones estatales (Nucci, Crosetto et al, 2013). Al mismo tiempo, es posible entender este proceso como horizonte político e ideológico de las prácticas profesionales en la medida que la intervención tiene lugar cuando los derechos son vulnerados.

A su vez, dado que *"... a diferencia de los derechos civiles y los políticos, que son universales y formales, los sociales tienen sentido sólo si se conciben como aspiraciones a prestaciones concretas, y estas últimas no pueden ser universales, sino particulares y selectivas"* (Gordon, 2003:10), se deduce el carácter político de las decisiones de salud pública y la necesidad de librar las disputas discursivas que tienen efecto en la asignación de recursos de todo tipo (institucionales, presupuestarios, de recursos humanos, etc.) que involucran a TS en los distintos ámbitos de decisión.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que garantizar el derecho a la salud (ONU, 2000) requiere contemplar de manera interrelacionada no sólo el elemento de accesibilidad sino también la disponibilidad, aceptabilidad y calidad provistas por el Estado en términos normativos, institucionales, provisión de bienes y servicios públicos estatales (programas) respetuosos, adecuados y apropiados tanto desde el punto de vista científico como desde los sujetos. En el planteo de este organismo hablar de aceptabilidad refiere a *"ética médica"* y desde el punto de vista científico y médico debe ser de buena calidad.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) se plantean obligaciones básicas (niveles esenciales) que los Estados parte deben cumplir (según disponibilidad de recursos) y respetar en la medida que adhieren a declaraciones y pactos internacionales tales como: garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud no discriminatorios especialmente de grupos vulnerables y provisión de medicamentos esenciales; alimentación adecuada, vivienda y servicios colectivos como agua potable, sólo por citar algunos.

Desde esta perspectiva, es posible afirmar que el derecho a la protección de la salud no se reduce la asistencia sanitaria, sino que se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de éstos, tales como el derecho a la alimentación, vivienda, educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, libertad de elección, identidad cultural, a no ser sometido a torturas, vida privada, acceso a información y libertad de asociación, reunión y circulación⁸.

En Argentina, el Estado nacional y provincial⁹ adhieren a declaraciones y pactos internacionales, aunque no necesariamente ello implique su respeto y compromiso efectivo. Dependiendo de las coyunturas económicas, sociales, políticas e ideológicas, las leyes y normativas de las que se derivan las acciones asistenciales, preventivas y de promoción del Estado para con la ciudadanía pueden ser vulneradas o incumplidas.

En el periodo 2002-2015, a nivel nacional, se elaboran diversos marcos normativos y se aprueban leyes y programas que promovieron el acceso a derechos. En el área de la salud es posible identificar la creación del Programa Remediar, la ley y programas de cobertura de Salud Sexual y Reproductiva (que garantiza el acceso libre y gratuito a información y servicios de salud sexual y reproductiva a toda la población) y el Plan Nacer (para mujeres embarazadas y niños hasta 6 años de edad que no posean cobertura social); posteriormente ampliado con el Plan Sumar (incorporando niñas y niños de más de 6 años hasta los 19 años y mujeres hasta los 65 años) (Golbert 2010), entre otros.

Asimismo, cobran fuerza las perspectivas que impulsan acciones para el ejercicio de derechos sociales, la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes; de las mujeres, las nuevas identidades sexuales y los relativos a diversas formas de inclusión social como la Asignación Universal por Hija/o (2009).

Contrariamente a este proceso, desde el año 2015 hasta la actualidad, como se dijo anteriormente, se producen modificaciones en la orientación de la política pública que implican un proceso regresivo de los derechos ciudadanos. El recorte del gasto público y el desfinanciamiento para el subsector de la salud pública implica, entre otras cuestiones, el desmantelamiento y/o desaparición de programas, sobre todo, en las zonas rurales del interior del país como el Plan Remediar (que no sólo consistía en la provisión gratuita de medicamentos básicos en hospitales y centros de salud, sino en el sostenimiento de programas de salud rural); el Programa Municipios Saludables y programas de cobertura de salud bucal, entre otros.

⁸ Estos y otros derechos y libertades abonan los componentes integrales del derecho a la salud; visión integral de los derechos que se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. (ONU, 2011).

⁹ La salud ha sido reconocida como un derecho humano fundamental en declaraciones y pactos internacionales donde los Estados nacionales y provinciales adhieren a ellos y lo incluyen de diferentes maneras a las normas locales. En el caso de la Provincia de Córdoba, "(...) a pesar de que en muchas ocasiones los procesos de ajuste provincial que involucraron al sector salud no permitieron cumplir con algunos de los imperativos normativos existentes en la materia, los diversos gobiernos provinciales siguieron sosteniendo, aunque más no fuera en el discurso, la responsabilidad del Estado provincial en la garantía del derecho a la salud de manera universal y la necesidad de conformar sistemas de seguridad social con características integrales. Estos requerimientos hacia el Estado provincial surgían de la letra de la nueva Constitución Provincial, reformada en 1987, que había incorporado un extenso listado de derechos y garantías en materia de derechos sociales" (Asse y Burijovich, 2009: 41).

Asimismo, los programas nacionales de cobertura de VIH y de salud sexual y reproductiva también vieron afectadas sus partidas presupuestarias y, en consecuencia, la provisión de medicación, métodos anticonceptivos (implantes hormonales y métodos de barrera-preservativos) repercutiendo directamente en un aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual previsible y en las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros. A la par se han tomado medidas regresivas en relación a pensiones no contributivas y de discapacidad, y se ha producido un deterioro de los salarios y jubilaciones, sólo por nombrar algunos mecanismos que impactan en las condiciones de vida de los sectores de mayor pobreza ampliando las desigualdades económicas y sociales.

La intervención profesional: sujetos, problemas y estrategias

La trayectoria de TS en el campo de la salud es resultado de diversos procesos que confluyen y se entrelazan en las relaciones entre sujetos/agentes en diferentes espacios institucionales y contextos socio-históricos, de donde surge la conformación de un *habitus* profesional.

Los capitales que se disputan en el campo de la salud pública poseen contenidos simbólicos (cómo se concibe la salud, los sujetos, los derechos y la responsabilidad estatal en la provisión de recursos) y contenidos materiales que se desprenden de lo anterior influyendo en la creación de dispositivos para la provisión y gestión de los mismos. Al decir de Lamamato (2003), ello requiere de mediaciones que deben ser apropiadas y elaboradas por los agentes profesionales, tanto en el ámbito de la producción intelectual como en el ámbito de las estrategias de acción para que asuman la forma de respuestas teóricas y técnico-políticas a las demandas emergentes en aquel campo de posibilidades, *“realidad vivida y representada a través del discurso teórico-ideológico sobre el ejercicio profesional”* (p. 221).

Los **espacios de intervención** son los lugares de encuentro entre sujetos ubicados en posiciones diferentes teniendo en cuenta la división social y técnica del trabajo y la estructura social ampliada. Comprende tanto a profesionales de las instituciones y servicios como a familias/unidades domésticas y sus miembros, que recurren a ellos para resolver situaciones de su vida cotidiana, estableciendo relaciones a partir de las cuales se efectivizan las estrategias de intervención profesional.

En el campo de la salud, la especificidad y marco teórico referencial de TS se construyen en relación a la marca de origen señalada anteriormente (en vinculación con la concepción de salud pública sobre la que se estructura la intervención estatal), a las disputas al interior del campo profesional y también en los debates ideológico-políticos de las ciencias sociales y las expresiones políticas con mayor peso en la construcción del Estado.

En el análisis del campo de la salud los aportes de la epidemiología crítica y del movimiento de salud colectiva¹⁰ resultan significativos en tanto permiten incorporar además del componente biológico algunos diferenciales como el género, raza, diversidades, grupo social, entre otros. Se trata de un paradigma alternativo del proceso s-e-a que enriquece la perspectiva crítica de TS, reconociendo la desigualdad social en dichos procesos.

La inclusión de esta perspectiva teórico-política asociada a la efectivización de derechos de ciudadanía constituye un marco de referencia para el desarrollo de estrategias de intervención de TS creativas y con capacidad de autonomía relativa que se proponen enfrentar las condiciones limitantes y conservadoras del propio campo y del contexto socio-económico y político actual.

El **lugar de TS** en este campo es reconocido por las/os trabajadoras/es sociales (en adelante ts) entrevistadas/os prioritariamente como de intermediación - nexo entre sujetos miembros de familias/unidades domésticas que demandan por obstáculos en los procesos de reproducción cotidiana ligados al sostenimiento de la salud y los servicios de salud-. Se trata de una intermediación activa, comprometida, productora de saberes y sentidos, que implica un proceso de negociación entre diferentes universos de significados. Las posiciones que ocupan las/os ts son resultado de parámetros tales como género, edad, formación, antigüedad, relación laboral y trayectorias. Los encuentros que posibilitan esta intermediación se establecen entre las personas y profesionales en instancias de entrevistas, donde se producen las interacciones simbólicas que aportan a la dilucidación y resolución de los obstáculos.

Los **sujetos** que demandan atención a las unidades de trabajo social en salud pública constituyen parte de la población cuyo acceso a recursos para el ejercicio de derechos ciudadanos se encuentra limitado por su posición subalterna en la estructura social. La relación con estas instituciones se encuadra en la existencia de problemas sociales caracterizados como obstáculos en la relación necesidades-recursos del proceso s-e-a, los cuales se inscriben en la reproducción cotidiana y comprometen las posibilidades de participación en todos los espacios de la vida social (trabajo, estudio, política, recreación, etc.). Su inclusión en procesos de intervención requiere una comprensión integral de los procesos s-e-a, teniendo en cuenta las diversas posiciones (según género, raza, etnia, estructura social), el acceso a recursos para resolver necesidades en forma individual o familiar - estrategias de reproducción¹¹ - y aquellas circunstancias que se relacionan con condiciones de vida más amplias, como las del territorio en que viven, las condiciones ambientales, del hábitat, de empleo, de acceso a los sistemas de salud, educación, seguridad social, etc.

¹⁰ Al respecto ver Breilh (2003, 1991), Samaja (2004), De Sousa Campos (2001), De Sousa Minayo (2008), Spinelli (2017, 2016, 2015), entre otras/os.

¹¹ El estudio de las estrategias de reproducción permite explicar los diversos modos en que familias-unidades domésticas de diferentes sectores sociales llevan a cabo los procesos para sostener o mejorar su posición en la estructura social (Bourdieu, 1999; Gonzalez y otros, 1999; Gutiérrez, 2002).

De acuerdo a los casos estudiados¹², las familias que concurren a las unidades de TS conforman grupos de co-residencia con 4 miembros o más (60%), alcanzando casi un 15% los hogares con 7 o más miembros. El 38% de estos hogares son monoparentales femeninos (familias nucleares o extensas).

La inserción en el mercado ocupacional es precaria (trabajo informal, esporádico, con ingresos monetarios inestables y sin acceso a seguridad social) y presentan alto grado de dependencia de las transferencias formales del Estado (pensiones no contributivas y Asignación Universal por Hijo -AUH-). Mayoritariamente son unidades domésticas que dependen del trabajo ocasional e inestable de sus miembros o de jubilaciones y pensiones (contributivas y no contributivas).

El 67% de las familias no cuenta con obra social, mientras que en el 26% de los casos consultados sólo tiene obra social alguna/o de sus integrantes. Este último dato es significativo para mostrar situaciones de inequidad al interior de las unidades domésticas y que, en general, tienen que ver con el acceso individual de cada miembro a sistemas de seguridad social como el que proviene de las pensiones contributivas o no contributivas y programas de salud.

Los sujetos que concurren a las unidades de TS enuncian como **problemas** las situaciones relacionadas con condiciones de vida que pueden ser favorecedoras de enfermedades, las cuales deben ser resueltas. Visto desde el ejercicio de derechos se vinculan con *prestaciones concretas* requeridas para el sostenimiento de la salud desde una perspectiva ampliada, no restringida a la medicalización. Incorporan mayoritariamente problemas vinculados a la salud propia o de algún familiar y otros relativos a vivienda, problemas familiares, violencia, transporte, educación, recreación, vestimenta o trabajo.

¿Problemas de salud o problemas sociales? Implicancias en la intervención profesional

El estado del debate entre ambas conceptualizaciones, como ya se dijo, ha sido determinante en la constitución del campo de la salud pública en nuestro país.

Como profesión que trabaja sobre los efectos de las desigualdades sociales en los procesos de acceso a prestaciones para ejercer derechos humanos, particularmente los sociales, TS no puede sustraerse a una explicación e interpretación social de los problemas de intervención, sin que ello signifique ignorar las raíces sociales de los problemas reproductivos que requieren saberes especializados de otras ramas de conocimiento. Esto permite explicar algunos aspectos centrales en la conformación de los espacios de TS en salud, en base a los cuales se definen los objetivos de la intervención.

¹² Los datos (que se presentan a modo ilustrativo) surgen de entrevistas en profundidad y cuestionarios aplicados a 95 casos totales en la Provincia de Córdoba, correspondientes a familias o alguna/o de sus miembros que concurren a las unidades de TS.

Considerando el campo de las políticas públicas, entendemos que:

"... un problema no se define aislado, sino inscripto en una red de problemas que mantiene continuidad en el tipo de argumentación, explicaciones, etc. Por lo tanto, la disputa por su definición es también por la determinación de las causas, por la atribución de responsabilidades por su formación, por la determinación de ámbitos de competencia en las soluciones y por los alcances de la voluntad política de intervención. En torno a ellos se discute, se publica, se crean especializaciones y cuerpos burocráticos, que el Estado oficializa. El campo político y el de los expertos (o los técnicos) -cada vez más estos últimos- son por excelencia campos de producción de problemas sociales, en la medida en que son los que gestionan la cuestión social" (Grassi, 2003:22).

Al TS le compete redefinir los problemas sociales en tanto problemas de intervención profesional, identificando aquellas dimensiones que pueden transformarse, los recursos necesarios y a qué sujetos/agentes involucran. Nos referimos a aquello que se construye como objeto de intervención profesional, es decir, los obstáculos en la reproducción cotidiana de la existencia. Frente a la organización de la prestación de servicios públicos por áreas y considerando la perspectiva de universalismo, como es el caso de salud en nuestro país, entendemos que TS debería ser habilitado para formar parte de las estructuras institucionales y disponer de los medios necesarios para minimizar o compensar las situaciones derivadas de la subalternidad de los sujetos. Dado que no fue así desde el principio, hoy nos encontramos con una diversidad de situaciones que muestran el alcance de las luchas libradas por TS en el campo de la salud pública. El contexto político-institucional derivado de las políticas públicas y particularmente de salud entre 2003-2015 ha permitido potenciar estas trayectorias profesionales, entre otros factores, por la mayor disponibilidad de recursos, de planes y programas que fueron convertidos en dispositivos para la intervención profesional.

Al respecto, las/los ts¹³ interpretan los problemas a los que se dirige la intervención como obstáculos en el acceso a recursos en el marco de la reproducción de la existencia cotidiana y sostenimiento de la salud. Ejemplos de ellos son las necesidades y recursos culturales, las dificultades que se derivan de los temores y mitos que genera la presencia de enfermedades, desinformación, indocumentación que obstaculiza el acceso a derechos, exposición a situaciones de violencia y de discriminación; conflictos en las relaciones -niñas/os, adolescentes, jóvenes-entrelazados con problemas de adicciones, maltrato o situaciones como embarazo adolescente, maternidad, paternidad y familiares privados de la libertad; decisiones en torno al propio cuerpo o a la pareja ligadas a salud sexual y reproductiva, entre otras.

Los problemas identificados se explican por las posiciones en la estructura social de las personas (inserción laboral, fuentes de acceso a recursos, acumulaciones de capitales de distinto tipo en

¹³ Los datos surgen de las investigaciones realizadas (ver nota al pie 5) que recogen la palabra de profesionales (51 entrevistas y 6 grupos focales en la provincia de Córdoba).

sus trayectorias de vida). Se trata de aquellas/os que reproducen su vida en el límite de la sobrevivencia o del límite existencial de satisfacción de las necesidades sociales, cuyas estrategias de vida se complejizan aún más ante situaciones de enfermedad.

Sin embargo, coexisten otros discursos que refieren a los problemas como necesidades de salud de los sujetos- identificadas desde la dimensión biológica de las enfermedades de acuerdo a los objetos de intervención de las diferentes especialidades médicas¹⁴.

Para analizar las prácticas de TS retomamos el concepto de **estrategias de intervención profesional** entendidas como:

“un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional, así como de su análisis. Definir o planificar estrategias supone proyectar de forma adecuada a cada circunstancia de intervención, una combinación particular de procedimientos, técnicas, instrumentos operativos, cuya peculiaridad va a estar dada por la manera específica en que se articulan un marco de referencia propio, unos objetivos y unas funciones, con las características de los agentes (su biografía personal o familiar), condiciones sociales de los mismos, así como situación macro social (contexto económico, políticas sociales, etc.).”(Gonzalez, 2001:8).

Las estrategias de intervención ponen en acto:

“dispositivos de poder que están constituidos en el caso de las profesiones, por aquellos recursos económicos, culturales y sociales que se activan en la intervención profesional: los conocimientos, las relaciones formales e informales, los recursos económicos -tales como los subsidios- los recursos culturales e institucionales (legales, administrativos, políticos, etc.), para mencionar sólo algunos”. (Gonzalez, 2001:3)

De aquí se desprende la particularidad de la intervención del TS, que definimos como mediación -que comprende una práctica distributiva de bienes de uso y de significados y sentidos- que se pone en juego en las relaciones con los sujetos, en tanto al decir de Aquín (2016:7-8) no están mediadas *“solamente por conceptos y procedimientos, sino también por el poder, que siempre supone la adquisición de unos ciertos compromisos”*.

La *intervención profesional* se inicia con las demandas. Se presentan como tales una diversidad de expresiones de la cuestión social que pone en tensión la delimitación del área específica del proceso s-e-a. *Demandas directas* -provenientes de los propios sujetos- y *demandas indirectas* -de familiares, vecinas/os, profesionales u otras instituciones del barrio (escolares, organizaciones comunitarias) como de niveles de mayor complejidad en la atención de salud (hospitales) y otras instituciones. Es importante destacar que ambos tipos de demandas se caracterizan por su

¹⁴ Problemas relacionados con recursos encuadrados en programas de salud (Procordia, Salud Sexual y Reproductiva, TBC, Crecimiento y Desarrollo, Ligadura de trompas, Control de Embarazo, Pacientes Crónicos, por mencionar algunos).

fragmentación y heterogeneidad, y pueden agruparse en: *demandas efectivas*, aquellas que se corresponden con los recursos que provee la institución y se relacionan con los programas en los que se inscribe el servicio social, y *demandas generalizadas*, que refieren a un concepto integral de la vida de los sujetos, que se corresponden con objetos de satisfacción que no disponen las instituciones de salud (relacionados con vivienda, trabajo y toda clase de programas sociales). Para su resolución se requiere de otro tipo de organización de las políticas compatible con enfoques universalistas y de intersectorialidad e integralidad en la provisión de bienestar.

En la actualidad, la diversidad y complejidad de las demandas exige la puesta en práctica de conjuntos de procedimientos para orientar o cogestionar formas de resolución en contextos en que los recursos materiales a los que TS puede acceder son insuficientes y se hallan diseminados en distintos organismos. El trabajo en red y la construcción de redes informales resultan significativas en el desarrollo de estrategias de intervención profesional creativas e innovadoras con alto grado de compromiso político en la vinculación con los sujetos pero que, en algunos escenarios inciertos, suelen producir malestar o sufrimiento laboral al no ser reconocidas legítimamente por los circuitos institucionales.

Desde una dimensión teórico-metodológica, las *intervenciones profesionales* comprenden un conjunto de prácticas que incluyen la utilización de herramientas que Gonzalez (2001) describe como instrumentos operativos, procedimientos y técnicas. Entre los primeros el más utilizado es el diagnóstico. Como procedimientos se identifican el asesoramiento, dilucidación (orientación, desmitificación, reflexión, esclarecimiento y problematización), asistencia, prevención y promoción; así como acompañamiento en procesos relacionados con el acceso a derechos y recursos, y gestión. Entre las técnicas resalta la entrevista como medio primordial de vinculación con los sujetos en todo el proceso de intervención y como técnica de registro el informe social (cuyas características muestran modificaciones que denotan la superación de prácticas tradicionales -burocráticas- por otras más acordes a la especificidad de la profesión).

Los programas específicos para distintas enfermedades o situaciones que requieren atención se constituyen en ordenadores de las prácticas profesionales (al mismo tiempo que dispositivos para atender la demanda efectiva de los sujetos); al mismo tiempo, en algunas situaciones "*amplían el campo de acción del control social*" (Aquín, 2016).

Conclusiones / reflexiones para continuar analizando

La inclusión de las dimensiones económicas, sociales y culturales en la conceptualización de la salud, así como la perspectiva de derechos de ciudadanía abren puertas para incorporar explicaciones y estrategias de intervención integrales donde TS pasa a ocupar un lugar diferente al construido históricamente. Como venimos sosteniendo, esta perspectiva no concierne solo a TS sino a todos los agentes involucrados en la prestación de servicios de salud pública y forma parte de los contenidos de las políticas implementadas. Sus efectos implican nuevas formas de

organización de los servicios de salud y de los recursos e interpela la actual distribución de competencias profesionales en el campo de la salud pública.

Si bien en la actualidad existen posiciones que intentan colocar este debate en el centro de la agenda de salud pública, aún no se ha logrado. Por consiguiente, no se han producido cambios relevantes en la estructuración del campo de intervención de TS. A pesar de ello, en algunos espacios de intervención, dependiendo de ciertas condiciones, se observa un reposicionamiento positivo en el lugar de TS, que se ve favorecido por ciertas condiciones que se dan tanto en el espacio político-institucional más amplio como en las unidades de TS:

En el espacio político-institucional:

- Participación en las luchas discursivas acerca de las condiciones de vida de los sujetos y el lugar del Estado en la implementación de políticas públicas, introduciendo nuevas perspectivas
- Fortalecimiento de la intervención desde el enfoque de derechos, principalmente el derecho a la salud y promoción del ejercicio de derechos de las mujeres; de las niñas, niños y adolescentes; de las personas con discapacidad y todo otro referido a derechos de grupos específicos
- Redistribución de los recursos presupuestarios institucionales teniendo en cuenta el concepto de salud integral
- Desarrollo de prácticas integradas e interdisciplinarias, ligadas a la vida de los sujetos en sus territorios y según sus condiciones de vida
- Articulaciones horizontales y verticales en las propias instituciones y en relación a otras. Intersectorialidad. Integralidad. Trabajo en red
- Programas elaborados desde una perspectiva integral.

En las unidades de TS:

- Conformación de equipos profesionales
- Formación profesional
- Producción de conocimientos y construcción de saberes disciplinares
- Mejora en las condiciones de contratación de las/los profesionales
- Adecuadas condiciones de trabajo (espacio físico, horarios, recursos)
- Supervisión.

El lugar de TS en el campo de la salud pública es reconocido por las/los entrevistadas/os (profesionales y usuarias/os de los servicios) prioritariamente como de intermediación entre sujetos e instituciones prestadoras de servicios de salud. Asumir esta relación desde la perspectiva de un sujeto con derechos, no fragmentada, posibilita la construcción de estrategias

de intervención creativas, innovadoras y desafiantes que superen las actividades predominantes en las prácticas tradicionales de TS -hegemónicas y reproductivas- como “acciones de control social” y “tramitación de recursos”.

Para construir trayectorias y habitus institucionales y profesionales desde nuevas perspectivas es preciso un trabajo colectivo de formación y de disputa en el espacio público explicitando nuevas caracterizaciones de los sujetos en tanto ciudadanos, interpretaciones sobre las necesidades sociales que se deben tomar en cuenta en los procesos de s-e-a y acompañando estas acciones con propuestas de prevención y promoción integrales capaces de aportar a la generación de condiciones materiales y simbólicas que conduzcan a una vida sana de los sectores más vulnerables en un sentido amplio.

Las posibilidades que tiene TS de superar las posiciones subalternas pueden potenciarse con la adopción de una concepción de salud que incluya todas las dimensiones de las condiciones de vida y desde ese lugar logre proponer políticas y estrategias de intervención innovadoras, preservando y jerarquizando la especificidad profesional.

Como se ha sostenido hasta aquí, para lograr transformaciones sustantivas y duraderas en el campo de la salud pública -dentro de las condiciones macro-estructurales existentes- se requiere la construcción de una nueva hegemonía que no compete sólo a TS, pero en la que puede jugar un papel significativo.

Bibliografía

Abramovich Víctor; Courtis Carlos (2002): La estructura de los derechos sociales y el problema de su exigibilidad y obligaciones del Estado en materia de derechos económicos, sociales y culturales. En V. Abramovich y C. Courtis, *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Editorial Trotta, Madrid.

Abramovich, Víctor (2006): Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL* N° 88, Santiago de Chile. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/259669207/ABRAMOVICH-V-Una-Aproximacion-Al-Enfoque-de-Derechos>. Fecha de consulta: 19 de marzo 2013.

Acuña Carlos y Chudnovsky Mariana (2002): El Sistema de Salud en Argentina. Documento N° 60 Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/269470509/ACUNA-CHUDNOVSKY-El-Sistema-de-Salud-en-Argentina-2002>. Fecha de consulta: 10 de marzo 2013

Aquín Nora (2016): “Repensar el Trabajo Social”, en *I Encuentro de Trabajo Social Reflexionando desde y para el Trabajo Social en la UNRC*. 14 de octubre. Rio Cuarto. Inédito.

----- (2009): El Trabajo Social en la institucionalidad de las políticas públicas. Comprender los límites, potenciar las posibilidades. En *Políticas Públicas, Derechos y Trabajo Social en el Mercosur*. Editorial Espacio, Buenos Aires.

------(2006): "Vínculos críticos entre teoría, ideología y técnica". Formato electrónico: *I Encuentro de Prácticas Universitarias y Proyecto Crítico*. Julio. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

Artigas Carmen (2005): Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. En *CEPAL. Serie Políticas Sociales N° 110*, Santiago de Chile. Disponible en:

http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/22923/sps110_lcl2354.pdf. Fecha de consulta: 19 de marzo 2013.

Ase, Iván y Burijovich, Jacinta (2010): Una nueva gestión pública en salud: de la búsqueda de la eficiencia a la garantía de derechos en el libro *Indicadores de Derechos Sociales*. S/D.

----- (2009): La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *En Salud Colectiva*, vol. 5, N°1, enero-abril, pp.27-47. Universidad Nacional de Lanús. Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111117003>. Fecha de consulta: 20 agosto 2016.

------(2009): Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5° Foro del Bicentenario "Salud y Políticas de Salud". Recuperado de: <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>. Fecha de consulta: 1 de septiembre 2016.

------(1991): "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica" En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 55. Rosario.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Louis (1995): *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Editorial Grijalbo. México.

Bourdieu, Pierre (1999): *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama. Barcelona.

Breilh, Jaime (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar editorial. Buenos Aires.

----- (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*. Editorial Universidad de Guadalajara. México.

Curcio Javier y Beccaria, Alejandra (2011): Sistema de seguridad social y mercado de trabajo: evolución de la cobertura en la Argentina entre 1990 y 2010. En Hintze, Susana, Danani, Claudia (comp.): *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. CLACSO. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/ico-ungs/20110831014847/proteccionesydesprotecciones.pdf>. Fecha de consulta: 6 de noviembre 2016.

De Sousa Campos (2001): aparece citado en una nota a pie, pero no figura en la bibliografía.

De Sousa Minayo (2008): aparece citado en una nota a pie, pero no figura en la bibliografía.

Fernández Soto, Silvia (comp.) (2002): *El Trabajo Social y la Cuestión Social*. Editorial Espacio; Buenos Aires; Argentina.

Golbert (2010): aparece citado en el artículo, pero no figura en la bibliografía.

Gonzalez, Cristina (2001): La Intervención en el Abordaje Familiar. Escuela de Trabajo Social. UNC. Córdoba. Mimeo.

Gonzalez, Cristina, Nucci, Nelly, Soldevila AAlicia, Ortolanis Eduardo, Crosetto Rossana y Miani Ana (2000). Estrategias de reproducción cotidiana en el espacio social familiar. Informe de investigación con aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos. Mimeo.

González Leandri, Ricardo (1999): Las profesiones entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico. Editorial Catriel, Madrid.

Gordon R., Sara (2003): Ciudadanía y derechos ¿Criterios distributivos? En *CEPAL-Serie Políticas Sociales* N° 70. Santiago de Chile. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6042>. Fecha de consulta: 26 de junio 2016.

Grassi, Estela (2003): Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I). Espacio Editorial. Buenos Aires.

Gutiérrez, Alicia (2002): Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. Tierra de nadie ediciones. Madrid.

Iamamoto Marilda (2003): La práctica como trabajo y la inserción del asistente social en los procesos de trabajo. En *Servicio Social en la contemporaneidad*. Ed. Cortez, Sao Paulo.

Menéndez, Eduardo (S/D): Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. Recuperado de www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf. Fecha de consulta: 12 de diciembre 2017.

Nucci Nelly, Crosetto Rossana, Miani Ana M., Bilavcik Claudia, et al (2013): "Las familias en las políticas públicas de la Provincia de Córdoba (2010-2011). Aproximaciones desde un estudio de casos". En Cuadernos de Trabajo. Serie Investigación. Escuela de Trabajo Social- FDyCS-UNC. Córdoba, Argentina.

ONU (2000): Observación General N° 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>. Fecha de consulta: 16 de marzo 2016.

Pautassi, Laura (2012): Desigualdad revisitada. Vulnerabilidad, Protección y Derechos. En *Revista Escenarios* N° 18, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/articulo/2013/2/21/edicion_nro_18. Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2015.

----- (1995): Descentralización en salud: ¿Nuevos protagonistas? Estudio de casos en Municipios de la Provincia de Córdoba. Documento de Trabajo N° 11. CIEPP. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de:

http://www.ciepp.org.ar/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage_new1.tpl&product_id=105&category_id=8&option=com_virtuemart&Itemid=6&lang=es. Fecha de consulta: 22 de noviembre de 2016.

PNUD (2011): El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Disponible en:

http://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/human_development/aportes-para-el-desarrollo-humano-en-argentina-2011--el-sistema.html Fecha de consulta: 13 de junio 2013.

Repetto (2003): aparece citado en una nota a pie, pero no figura en la bibliografía.

-----(2001): aparece citado en una nota a pie, pero no figura en la bibliografía.

Rovere, Mario (2016): El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estrategias y opacidades. En *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, artículos centrales, Año 6, N° 12, 23-41. Recuperado de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/12/05_Rovere-1.pdf. Fecha de consulta: 11 de diciembre 2017.

Samaja, Juan (2004): Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Lugar Editorial, Colección Salud Colectiva. Buenos Aires.

----- (2010): Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En *Salud Colectiva*, N° 18. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf> Fecha de consulta: 10 de mayo 2016.

Cita recomendada

Nucci, Nelly; Crosetto, Rossana; Bilavcik, Claudia y Miani, Ana (2018). «La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública» [artículo en línea]. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 10-28 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

Nelly Nucci

Argentina. Docente en la carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Directora de la Maestría en Trabajo Social con mención en Intervención Social. Investigadora en SECyT-UNC. Correo electrónico: nellynucci@yahoo.com.ar

Rossana Crosetto

Argentina. Docente en la carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Directora de la Carrera de Trabajo Social. Investigadora en SECyT-UNC. Correo electrónico: rcrosetto@unc.edu.ar

Claudia Bilavcik

Argentina. Docente en la carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Investigadora en SECyT-UNC. Correo electrónico: clbilavcik@gmail.com

Ana Miani

Argentina. Docente en la carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Investigadora en SECyT-UNC. Correo electrónico: mianiana@gmail.com