

Autonomía en Trabajo Social: posibilidades y límites en el campo de la salud pública estatal

Eloisa Migueltoarena y Claudia Bilavcik

Carrera de Licenciatura en Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales - UNC

eloisamigueltoarena@yahoo.com.ar

Palabras claves: Trabajo Social-Autonomía-Campo de la Salud

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre la posición de los profesionales de Trabajo Social en el campo de la salud pública estatal en la provincia de Córdoba; la constitución del campo profesional situado contextualmente, las condiciones laborales que lo atraviesan y las características de las estrategias desarrolladas por los colegas, a los fines de contribuir al debate y la problematización de las mismas, en relación a la construcción de la autonomía profesional.

A los fines del presente trabajo se toma en cuenta las narrativas de los/as profesionales de Trabajo Social respecto a las **posiciones y relaciones** que ocupan en el campo de salud pública, y **los organizadores internos de la profesión**; las políticas sociales en que se sitúa la intervención, la relación con el sujeto y las **estrategias de intervención** que desarrollan estos/as profesionales para dar respuestas a las demandas relacionadas al complejo proceso de salud-enfermedad-atención, en los diferentes ámbitos laborales.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre la posición de los profesionales de Trabajo Social en el campo de la salud pública estatal en la provincia de Córdoba. Poner la mirada sobre las estrategias de intervención en cuanto problema de conocimiento, implica poner en tensión las dimensiones epistemológicas, éticas, políticas, ideológicas y metodológicas de las mismas, a los fines de indagar las continuidades y rupturas que se producen en el desarrollo de la disciplina. Entendemos que su problematización e interpelación en un proceso de investigación científica posibilitará la producción de conocimientos y saberes para aportar a la formación de grado y posgrado, y para el intercambio con colegas en el ejercicio profesional.

En este trabajo se retoman los datos producto de una investigación que se viene desarrollando desde el año 2012 a la fecha¹ centrada en el campo de la salud pública estatal en la provincia de Córdoba, Argentina, que incluye instituciones provinciales y municipales de la ciudad capital y localidades del interior de la provincia.

La investigación se focaliza en las estrategias de intervención desarrolladas por los profesionales de Trabajo Social que se desempeñan en espacios estatales, que atienden problemáticas de salud, ya sea desde el sistema público de salud, o desde otros ámbitos estatales (municipios, comunas).

A los fines del presente trabajo se toma en cuenta las narrativas de los/as profesionales de Trabajo Social respecto a las **posiciones y relaciones** que ocupan en el campo de salud pública, y **los organizadores internos de la profesión**; las políticas sociales en que se sitúa la intervención, la relación con el sujeto y las **estrategias de intervención** que desarrollan estos/as profesionales para dar respuestas a las demandas relacionadas al complejo proceso de salud-enfermedad-atención, en los diferentes ámbitos laborales.

Desarrollo

Las estrategias de intervención profesional en el campo de la salud pública

Las posiciones en el campo y las relaciones...

El campo² de la salud pública, como otros, es un espacio de lucha y contienda entre profesiones

¹ Miembros del Equipo de Investigación "Trabajo social con familias en el campo de la salud pública. Posiciones, relaciones y estrategias I parte (2012-2013) y II Parte (2014-2015) SECyT.UNC N° 05/D528. Directora: Mgter. NellyNucci; CoDirectora Lic. RossanaCrosetto, Integrantes: Miani, Bilavcik, Paviolo, Poma, Rimondi,Rivero, Johnson,Sabogal. El estudio de referencia se compone de un diseño metodológico cualitativo y cuantitativo de los profesionales de TS en el campo de la salud pública.

² Bourdieu plantea los conceptos de campo y habitus para analizar la dinámica social. Define los campos sociales como espacios

con grados de legitimación y poder asimétricos, cuya construcción socio-histórica muestra el predominio de la profesión médica como hegemónica en la relación a la salud- enfermedad- atención.

El campo implica relaciones de poder donde los diferentes agentes luchan por una posición dentro del campo en la distribución de recursos para mantener/ conservar, aumentar su capital que al decir de Bourdieu, no es sólo capital económico sino también capital cultural, social y simbólico. Dichos capitales se constituyen en “poderes sociales”, que posibilitan acceder al “juego social”, en donde cada jugador hace lo que el juego requiere en función de adquirir o acumular dichos capitales.

Desde esta perspectiva teórica, el campo de la salud permite reconocer la disputa por la agenda política, “lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior” (Spinelli, 2010: 276).

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. En el caso de estas instituciones se trata de orientaciones de política institucional, (concepciones de salud, recursos económicos, organizativos, humanos/profesionales, etc.)

Estas luchas se trasladan a las definiciones en torno a lo que constituye el objeto de intervención de Trabajo Social, en el seno de un campo de fuerzas desigual y competitivo.

Si bien se han logrado importantes avances en la participación de Trabajo Social en el campo de la salud pública, (indicador de ello es la presencia creciente de las unidades de trabajo social en las instituciones de salud); este proceso continúa en construcción y la dinámica de las luchas es variable según cómo se ubica la profesión y las posiciones de los profesionales en cada contexto político e institucional. El conocido modelo médico hegemónico no sólo atraviesa las prácticas médicas, incluye una perspectiva que atraviesa a las diferentes profesiones en el campo.

En el caso del Trabajo Social, desde este modelo, se lo concibe, como una profesión auxiliar a la medicina con intervenciones destinadas al “disciplinamiento de los pacientes para adherir al modelo de atención biologista” propuesto por el sistema de salud. Esta posición es la que en forma progresiva se está resistiendo por parte de los colegas que luchan por instituir una concepción integral de la salud que concibe a los determinantes sociales como constitutivos de la misma, y su abordaje como parte del modelo de atención.

En la actualidad, podríamos señalar que coexisten dos tipos de confrontaciones entre los agentes institucionales que conforman el campo: una que refiere a las perspectivas ideológico-políticas acerca de las 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 (en este punto el TS disputa el modelo de salud, posicionándose desde una concepción integral de la misma, y concibiendo a la salud como un derecho) - 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.

En este sentido se analizan las narrativas en torno a los objetivos de las Unidades de Trabajo Social, y se encuentra que, en los ámbitos de salud estatales provinciales, hay mayor posibilidad de definir con autonomía los objetivos de las mismas. Estas posibilidades se vinculan prioritariamente, a condiciones laborales estables y a la presencia de una coordinación disciplinaria que sostiene y defiende los ejes del trabajo disciplinario, que atraviesan a las distintas instituciones. El caso de los profesionales que se desempeñan en los efectores de salud municipales en el interior de la provincia requiere un apartado especial, respecto a cómo las condiciones laborales determinan el accionar de los mismos. La discrecionalidad del poder político pretende en algunos casos la subordinación del Trabajador Social al proyecto político vigente para la asignación de recursos a los usuarios, constituyéndose este en un punto de tensión. Este aspecto permite observar la **precariedad de las posiciones de los Trabajadores Sociales** en el espacio institucional, al depender más de las jerarquías institucionales que de las trayectorias y afianzamiento de la profesión en ellas.

estructurados y jerarquizados de posiciones objetivas en los que se desarrollan combates y luchas por preservar, ocupar o subvertir esas posiciones y relaciones. En el campo se juegan las posiciones relativas que ocupan los distintos grupos o clases y las relaciones que entre los mismos se establecen y al mismo tiempo, comprender las formas de conformación de la subjetividad, es decir la constitución del habitus.

La estabilidad laboral es mencionada por lo profesionales como una ventaja a la hora de definir objetivos y estrategias de intervención; aquellos profesionales que están atravesados por condiciones de precariedad laboral (contratos temporales, condiciones de monotributistas, etc), se ven obligado en muchas oportunidades a responder a objetivos o lineamientos definidos por las autoridades de quienes dependen administrativamente.

Los organizadores internos de la profesión en el campo...

• Las políticas sociales y sanitarias que atraviesan las intervenciones:

Con relación a la **organización del trabajo** de los/as profesionales de Trabajo Social, sobre todo en los efectores de salud de jurisdicción provincial aparecen como organizadores de las intervenciones los programas provinciales o nacionales dirigidos a la atención de distintas enfermedades, cuyo objetivo principal es la provisión de recursos específicos de salud, tales como insumos (medicamentos, descartables, cartillas informativas). Estos programas son tomados por las Unidades de Trabajo Sociales y los equipos interdisciplinarios, como punto de partida para trabajar la adherencia, incorporando dispositivos de promoción (tales como talleres educativos, consejerías, etc.). **Estos programas se constituyen en ordenadores de las prácticas profesionales al mismo tiempo que determinan la demanda efectiva de los sujetos.** La re significación de los objetivos y prácticas (sustentados en principio de atención médica y provisión de insumos), depende de cada profesional o equipo en particular, dependiendo de la concepción de salud-atención que sustente el mismo.

Hay coincidencia en que todas las Unidades de Trabajo Sociales, se encuentran atravesadas por políticas públicas, con objetivos, criterios de inclusión y de asignación de recursos definidas per-se. En este sentido se diferencian aquellas estrategias de intervención que toman las mismas como un insumo para las intervenciones definidas a partir de las necesidades de la población con la que trabajan, y aquellas intervenciones que se mimetizan con la política, sin una lectura crítica de las mismas. En estos casos las intervenciones son más del orden de la reproducción, que de la producción creadora a partir de una lectura mediada de la demanda, diluyéndose aquí la posibilidad de definir las estrategias en forma autónoma respecto de las políticas y programas vigentes.

• La demanda

Las demandas significan el punto de partida de las intervenciones, su fundamento, por lo que, su lectura merece un apartado especial.

Las demandas en las Unidades de Trabajo Sociales, son receptadas en forma directa o espontanea, o bien de manera indirecta por derivación de otros profesionales o familiares. Se destaca que las características son similares en las Unidades de Trabajo Social, siendo el denominador común, la diversidad de las mismas y el predominio de demandas relacionadas a recursos materiales. En las instituciones de salud, todo lo que no se retraduce a una concepción biológica y se puede responder desde esa perspectiva se deriva a Trabajo Social.

El modo de ordenarla, interpretarla y dar respuesta difiere en cada servicio. Se observa que los profesionales que pueden analizar y discriminar las demandas, derivando lo que no corresponde y ordenando por temas o días de atención las demandas pertinentes, tienen mayor autonomía para definir estrategias de intervención y poder disputarlas, ante los demás actores institucionales, pudiendo resguardarse de la interminable respuesta a la demanda espontanea e indiscriminada.

Los colegas que trabajan en ámbitos de salud, a diferencia, de quienes se desempeñan en ámbitos municipales, reciben demandas acotadas al proceso salud-enfermedad, determinadas por el mismo marco institucional, también ligada en la mayoría de los casos a gestión de recursos y el trabajo con las familias, en relación a la enfermedad.

En este sentido es importante destacar que en los municipios el esfuerzo por discriminar la demanda es mayor, ya que el marco institucional no delimita por sí mismo ninguna área temática, en los mismos se presentan demandas relacionadas con la salud, lo habitacional, educativo, situaciones de violencia, etc.

La complejidad y diversidad de las mismas agobia y produce incertidumbre, estas situaciones

en el tiempo suelen producir un deterioro silencioso que se traduce en indiferencia con los equipos (no hay identidad), con los usuarios (no se construyen vínculos) y con el trabajo (pierde el significado y el sentido de lo que hacen), a la vez que impide la creatividad para “enfrentar las contingencias que la singularidad impone”.

En este punto es importante la sistematización de las demandas, y la construcción de diagnósticos a partir de las mismas, ya que es lo que permite mirar y analizar el “sobre que” se interviene. Si este trabajo es compartido por lo colegas del servicio o de la institución, funciona como un factor protector a nivel profesional y un potencial para definir estrategias con mayor grado de autonomía.

- **De los fundamentos**

En relación a los fundamentos teórico-metodológicos de las acciones que se realizan estas son escasamente visibilizados en las narrativas, lo que es considerado como un déficit importante por los/as propios Trabajadores Sociales, sobre todo los que se desempeñan en el interior de la provincia. De aquí se deriva una necesidad constante de contar con espacios de capacitación y formación en los propios ámbitos de trabajo. En este punto los colegas del interior presentan mayores desventajas por la distancia a los centros de capacitación y los escasos espacios de formación que presentan las localidades del interior. Aparece como fuerte sustento y organizador de las prácticas, “la perspectiva de derechos” en los discursos, aunque no se traslada de manera automática a las prácticas, donde sigue apareciendo intervenciones con sesgos paternalistas.

No hay experiencias de supervisión sistemáticas y sostenidas que viabilicen un análisis de las implicancias teóricas, ideológicas y metodológicas de las intervenciones. Analizar “el proceso de trabajo” (Spinelli, 2010: 282) en las organizaciones de la salud, es un imperativo, nos obliga a centrar la reflexión en el trabajo en tanto “hacer” evitando la pérdida del “para qué” y el “por qué” que otorgaría un horizonte de sentido a las acciones, y posibilitaría desplazar la queja y el malestar o sufrimiento laboral.

Se observa en las narrativas de los/as trabajadoras sociales dificultad en visualizar las posibilidades para la construcción de una autonomía relativa propia de Trabajo Social y disputarla en el campo de la salud, quedándose en el reclamo por un trabajo invisibilizado, no reconocido que deviene en subestimación de la identidad profesional de los mismos.

- **En relación a las practicas**

En las instituciones de salud las prácticas de los trabajadores sociales están centradas hacia la intermediación en el acceso a recursos materiales en el proceso salud-enfermedad-atención, como practica legitimada por la institución. Las practicas centradas en la dimensión simbólica de las necesidades de salud (información, capacitación, prevención, dilucidación, entre otros) son prácticas que forman parte de un campo de contienda y lucha permanente con otros profesionales del campo de la salud (médicos, psicólogos etc) . Esto por cuanto la “dimensión social y política de las necesidades” aparecen entrampados e invisibilizados en el proceso de atención cuando en definitiva forman parte de un proceso de desarrollo que tiene su expresión en problemáticas que afectan la salud de los grupos poblacionales, según particularidades locales y regionales.

En el interior de la provincia, se visualiza, una lucha discursiva entre quienes afirman que lo que hacen (sus prácticas profesionales) pertenecen al campo de “lo social” o al de “la salud”. Esto se acentúa en algunas gestiones municipales donde la separación de áreas de salud y desarrollo social se traduce en los discursos de las profesionales en una tensión/contradicción entre “la salud” y “lo social” lo que también se refleja en intervenciones y estrategias profesionales fragmentadas.

Entre los procedimientos más nombrados por los trabajadores sociales se incluye la gestión, asesoramiento, consejería, prevención. Se observan más estrategias destinadas a la asistencia individual y familiar que a la promoción de los sujetos y de procesos participativos y organizativos de los mismos.

Predomina la asistencia en tanto gestión y co-gestión de recursos dentro del límite existencial de las necesidades. No se problematiza si la asistencia es concebida como viabilización de derechos o como gestión de recursos desde una lógica administrativa. En referencia a la co-gestión, no se percibe

claramente la diferencia entre una intervención fundada y definida desde la disciplina y un procedimiento que se constituye en una acción definida por otros actores, programas o una acción rutinaria y acrítica (Nucci y otros 2016).

La técnica de la entrevista asume diferentes modalidades en cada circunstancia. En general no refiere al modo de vinculación que posibilita sostener un proceso de intervención desde la construcción de un saber mutuo.

Los marcos institucionales se convierten en límites o posibilidades para las intervenciones profesionales de acuerdo a los ámbitos donde los colegas desarrollan su labor profesional y al posicionamiento de los mismos. Aparecen como límites, aquellos relacionados con el nivel de complejidad o el campo en el que está inserta la institución³, la falta de recursos humanos y materiales (espacios apropiados, vehículo, teléfono, etc).

Entre las estrategias de intervención más eficaces, para superar los límites institucionales se resalta el trabajo “en red”, es decir a partir de vinculaciones que los mismos colegas sostienen con otras instituciones y profesionales.

Si bien algunos Trabajadores Sociales mencionan el trabajo en red como una ventaja, otros colegas refieren sentirse subestimados en su rol por los propios colegas que se ubican en niveles de mayor complejidad, reproduciendo en lo disciplinar, las mismas estratificaciones de la disciplina medica donde está instalada la representación que, a mayor especialidad mayor legitimidad o profesionalidad.

- **En cuanto al sujeto**

El campo de intervención en salud, como ya expresamos, se conformó con la hegemonía del modelo médico mientras que el lugar de Trabajo Social, de carácter subalterno, se dirigió particularmente a los sectores pobres para asistirlos en sus necesidades frente a la presencia de enfermedades con una fuerte impronta de “control social” frente a las llamadas enfermedades de la pobreza. Este paradigma aún conserva su impronta en algunos espacios institucionales. Los profesionales de trabajo social, en su mayoría, relatan la adjudicación por parte de otros actores institucionales (autoridades, otros profesionales) del rol de control social lo que acarrea disputas en los modos de concebir a los sujetos y los problemas de salud que se traducen en las prácticas e intervenciones profesionales. El control y riesgo social de la infancia, sobre todo en los espacios comunitarios, el control social para el tratamiento de enfermedades crónicas prolongadas sólo por citar algunos ejemplos; constituyen indicadores de relaciones de poder jerárquicas donde el “otro”, el/ la “paciente”, bajo criterios clasificatorios y estigmatizantes, producto también de lineamientos devenidos en políticas focalizadas, debe ser controlado, tutelado, vigilado.

Por otra parte, la forma de nombrar a los sujetos acarrea concepciones ideológicas, teóricas, y según como se concibe al otro se interviene, lo que se traduce en la dimensión ética-política de las prácticas profesionales.

En los casos donde el trabajador social se posiciona asumiendo un lugar secundario – lo que avala la hegemonía del modelo biologista –se traduce en marcos interpretativos y maneras de nombrar a los sujetos, desde la situación de salud que los convoca a las instituciones. Así, por ejemplo, es característico que en algunos hospitales se reconozca a los sujetos como “pacientes”, o de acuerdo a la situación personal o de salud que lo vincula a un determinado programa: “diabético” “embarazada”. En cambio, otros profesionales promueven un enfoque de atención integral de la salud desde una intervención interdisciplinaria dirigida a un sujeto no fragmentado según los intereses de cada disciplina. Quienes se ubican en esta perspectiva postulan el desarrollo de estrategias de reconocimiento del “otro”, de acompañamiento para enfrentar situaciones imprevistas y escasamente conocidas relacionadas con la salud y la enfermedad, promoviendo la des-naturalización de concepciones del sujeto como “asistido, carente, enfermo, paciente”, en definitiva “objeto” y no sujeto en el proceso de resolución de problemas que afectan su salud.

Ello implica confrontar con otros profesionales y agentes institucionales sobre cuestiones como

³ El trabajo en hospitales de mayor complejidad por su propia dinámica impiden abordajes familiares en domicilio, intervenciones más de proceso con las familias, intervenciones estas con mayores posibilidades en los niveles de atención primaria.

las concepciones de salud y enfermedad, las interpretaciones acerca de las necesidades de los sujetos, condiciones y posibilidades de transformación de las mismas. Pasar de la noción de paciente, de asistido, a sujetos con derechos, a reclamar por prestaciones efectivas implica pensar los posicionamientos de todos los actores involucrados en el campo de la salud, cuando las decisiones e interpretaciones sobre la salud y enfermedad continúan siendo emanadas por los agentes institucionales y receptadas por los sujetos como discursos de una autoridad competente que, transmitidos en una relación y estructura jerárquica y verticalista, continúa construyendo sujetos pasivos, en definitiva, configurando una asimetría de poder aprendida, instalada y reproducida socialmente.

Conclusión

A modo de conclusión, tomamos el concepto propuesto por Danani (2006, 190-191), de “mediación” y de “campo”, para pensar las características del campo de salud y la posición de las Unidades de Trabajo Social en el mismo.

Danani (2006, 190-191), “de la producción de Bourdieu tomo como aporte su noción de “campo” construida para salir de la disyuntiva, según sus propias palabras, que surge de la oposición entre una concepción “internalista o interna” y una “externalista o externa” de la producción científica...” “Salir de la disyuntiva de ambas concepciones significa 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”. Esa especificidad deviene, entonces, de su lugar de mediación, de carácter lógico y social simultáneamente”.

Danani denomina a ese espacio como “mediación”, y es enteramente relacional y “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”.

Haciendo un recorrido y sintetizando los datos que surgen de la investigación se destacan como denominadores comunes del campo de salud, que condicionan las intervenciones de los trabajadores sociales, a la presencia de lógicas hegemónicas en el campo, con las consecuentes asimetría de posiciones y lucha de poder, a las múltiples e inespecíficas demandas asignadas por los “otros” institucionales, a los mandatos en relación a la implementación de políticas (definidas en otros niveles) y a las condiciones de precariedad laboral. Frente a estas características del campo, identificamos y destacamos, aquellas intervenciones profesionales que consideramos facilitadores de esta mediación definida por Danani, que contribuyen a la construcción de la autonomía profesional en el campo de la salud, y que es necesario fortalecer a nivel disciplinario, a saber: el registro, sistematización y análisis de demandas que devengan en construcción de diagnóstico, que permitan pensar y diseñar estrategias de intervención; un posicionamiento y análisis crítico frente a las políticas que atraviesan las instituciones y que son definidas desde otros niveles, (poder discriminar las lógicas de las mismas y el lugar del sujeto en las mismas); y la importancia de generar espacios internos de discusión, análisis y formación que viabilicen la construcción de la autonomía en cada campo, sobretodos en los espacios donde las ofertas de capacitación o de supervisión son menos accesibles.

Se concluye que los profesionales que pueden trabajar en esta “mediación” del campo, pueden construir procesos creativos vinculados a las dinámicas locales y la singularidad de los sujetos con los que trabajan, en contraposición a procesos de intervención reproductivos de las lógicas dominantes y la implementación de los lineamientos de planes y programas ya definidos.

Se destaca también en las experiencias de los colegas, que estos procesos de mediación, y de construcción de autonomía tienen mayores posibilidades cuando existen condiciones de estabilidad laboral, cuando hay aval de las autoridades políticas, y cuando los profesionales cuentan con formación de posgrado (principalmente cuando han transitado por la experiencia en residencias en salud).

En las áreas municipales del interior, la relación contractual y las condiciones laborales se constituyen en obstáculo para la construcción de autonomía profesional propiciando la heteronomía en el campo. A pesar de los propósitos respecto al ejercicio de una práctica profesional fundada, los/as Trabajadores Sociales dedican la mayor parte del tiempo de trabajo a la resolución de las demandas

que receptan, sin mediar instancias reflexivas colectivas (ateneos, talleres sobre temas específicos, reconstrucción de procesos de intervención, estudios de casos, etc.).

“Bourdieu (en Danani, 2006) define la autonomía de un campo como la capacidad de este de ejercer un efecto de refracción, de re- traducción de las coacciones que el mundo social ejerce sobre el mismo, capacidad que esta intrínsecamente relacionada con aquella múltiple especificidad (de leyes, relaciones, capital, productos) y que hace que estas fuerzas exteriores sean mediadas por la lógica del campo”...“ en cambio podría 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”.

En los ámbitos específicos de salud pública estatal la mayoría de los profesionales, al decir de Danani, no disputa hegemonía porque no disputa la certeza del conocimiento legitimado reconociendo como válido el hegemónico, solo pretende ser reconocido desde la intervención, lo cual se constituye en un obstáculo para la construcción de la autonomía profesional tan discutida.

Bibliografía

- Aquin, N.(1996):“La relación sujeto-objeto en Trabajo Social. Una re significación posible”, en La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Aquin, N.(2006): “Vínculos críticos entre teoría, ideología y técnica” en “ I Encuentro de Prácticas Universitarias y Proyecto Crítico” Escuela Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Formato electrónico. Julio 2006
- BOURDIEU Pierre (1984) “Sociología y Cultura” Espacio social y génesis de las clases. Ed. Grijalbo D.F. México.
- BOURDIEU Pierre.(2004) “Cosas Dichas” .Ed. Gedisa. Barcelona
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loic. (1995). “Respuestas para una antropología reflexiva”. Ed. Grijalbo. Buenos Aires.
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loic. (2005). “Una invitación a la sociología reflexiva”. Ed. Siglo XXI Editores. Buenos Aires
- BOURDIEU, Pierre, y otros. (2002). “El oficio del sociólogo”. Edit. Siglo XXI .Buenos
- Cazzaniga S. (2005) “Puentes y giros para asomarte al oficio”. En Revista Utopías Nº 12. Abril de 2005. Publicación de la Facultad de Trabajo Social. UNER. Formato electrónico.
- Cazzaniga S (2001)” El abordaje desde la singularidad”. Cuadernos Desde el Fondo” Nº 22. Publicación de la Facultad de Trabajo Social-UNER
- Crosetto; Bilavcik, Miani (2016) “Trabajo social con familias en el campo de la salud pública en la provincia de Córdoba”. Fauats.Encuentro Académico Región Centro” Formación académica e Intervención Profesional en Trabajo Social. Debates y Apuestas sobre lo público en un contexto de transformaciones socio-políticas” Paraná Entre Ríos Noviembre2016. Formato digital
- Danani Claudia (2006) “Politización: ¿autonomía para el Trabajo Social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano” Revista Katalisis v.9 n. 2 jul/dez. Florianopolis SC.
- lamamoto M. (1997): Servicio Social y división del trabajo. Cortez Editora, Sao Paulo.
- Nucci N., Crosetto R, Miani A, Bilavcik C, 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. Córdoba, Argentina.
- Nucci, Crosetto, y otros “Informes finales de investigaciones Trabajo social con familias en el campo de la salud pública. Posiciones, relaciones y estrategias I parte (2012-2013) y II Parte (2014-2015)” Secyt Universidad Nacional Cordoba
- Rozas P., M. (2001): “La cuestión social contemporánea y la intervención profesional como campo problemático”, en La intervención profesional en relación con la cuestión social- El caso del Trabajo Social. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Spinelli, Hugo (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3) 275-293.