Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2015

Prácticas, representaciones y poderes : El posicionamiento del Trabajo Social con respecto a las demás disciplinas que coexisten en el ámbito hospitalario del Partido de La Costa.

Bíscaro, María Eva

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/83

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio

Social Licenciatura en Servicio Social.

Tesis de grado

"Prácticas, representaciones y poderes".

"El posicionamiento del Trabajo Social con respecto a las demás disciplinas que coexisten en el ámbito hospitalario del Partido de La Costa".

Autores: Bíscaro, María Eva

Romero, Betiana

Rojas, María José

Director: Licenciado Alfredo Juan Manuel Carballeda

Co directora: Licenciada María Marta Mainetti

Año 2015.

Dedicatoria…

Terminando este proceso no podemos dejar de agradecer a las personas que nos acompañaron desde el momento que comenzó a gestarse este sueño. El devenir de este proyecto fue una instancia más de aprendizaje en los cuales participaron y nos apoyaron grandes personas y profesionales. Gracias a la docente Lic. María Marta Mainetti por su entrega, su apoyo, su tiempo, su dedicación, su profesionalismo y su incondicionalidad.

Gracias Doctor Alfredo Juan Manuel Carballeda, primeramente por haber aceptado ser parte de este nuestro sueño. Por su humildad, sencillez, su tiempo, su profesionalismo y por sus aportes tan importantes a la hora de darle forma a nuestro trabajo.

También queremos agradecer a la Lic. Teresita Gómez quien en todo momento compartió su saber, su experiencia y nos acompañó de manera incondicional. Para nosotras tres un eslabón fundamental para llegar al final de esta etapa.

Eva, Majo, Betiana

Después de este tiempo recorrido solo tengo palabras de agradecimiento y de emoción. A mi hijo Ema motor de mi existencia desde hace 15 años y quien merece este logro más que nadie, a mis padres quien han hecho de mí, la persona que hoy soy. A mis hermanas que acompañaron y acompañan todas mis locuras. A mis soles Ivan, Teo, Lucio, Valentina, Laionel, Daiana Echaren, Daiana, Belen, Sofia, Karen, Axel, Mateo, Tomas, Paloma y hanna. A mis amigas/os, Marce, Romi, Sonia, Laura, Anahi, Yami, Ceci, Day, Marcos, Ana Carpignano y muchos más. A mi familia por elección, Chalita-Maldonado, quien desde el primer día me apoyó y acompañó. A mis compañeras de facultad, a mi gran amigo Fernando; una de las mejores cosas que me paso en este tiempo es haberlo conocido y que sea mi amigo. A mi supervisora de práctica institucional y gran compañera en la actualidad Graciela Martino por creer siempre en mi potencial. A Tere quien desde el primer día me acompaño en esta locura y sueño a la vez. A mis compañeras de tesis y ahora grandes amigas con las cuales pasamos horas interminables de risas, cansancio y felicidad. Simplemente gracias por ser parte de mi vida. A todas las personas que de alguna manera me acompañaron y creyeron en mí y que me siguen apoyando a través del tiempo. Y a Dios por darme la fortaleza y el amor por esta profesión. A todos y cada uno de los que son parte de mi vida quiero que sepan que los amo y que estoy inmensamente agradecida.

Betiana.

Llego el día tan esperado, como no agradecer a todas las personas que de una u otra manera fueron parte de este largo camino, a aquellas personas que fueron parte de éste mi sueño. Primeramente quiero agradecer a mi madre quién me enseñó con su ejemplo el esfuerzo, la perseverancia, la entrega a todo lo que emprendiera. A mi hermano Javier que cuando le conté que quería comenzar una carrera universitaria con cuatro niños dos de ellos bebes, me alentó a hacerlo, sus palabras fueron el impulso que me faltaba para emprender este camino. A mi familia, Carlos mi marido el amor de mi vida, quien me acompañó y apoyó siempre; a mi hija Agostina, que cuando comencé tenía 13 años y siendo la mayor de sus hermanos me ayudó mucho con el cuidado de ellos, para que yo pudiera cursar, estudiar y cumplir este mi sueño más anhelado, a

mis hijos Hernán, Josefina y Valentina, a quienes les robé tiempo y presencia pero nunca amor, gracias los amo.

Quiero agradecer a cada una de mis compañeras que en algún momento de estos largos años hemos compartido estudio, risas, mates, largas charlas, sin su apoyo esto no hubiera sido posible, en especial a la Lic .Rocio Vera, Lic Viviana Zubiaurre, A mis compañeras de tesis Beti y Eva, las quierooooo. En este proceso fue fundamental mi amiga, mi hermana de la vida quien en todo momento estuvo a mi lado la Lic. Teresita Gómez, gracias amiga por ser incondicional.

María José

Lo más bello en esta vida es conocer gente, aprender cosas y soñar, siempre soñar…Llegó el momento más preciado y esperado, el momento de agradecer a las personas que me acompañaron en este gran sueño. Ellas compartieron mi locura, en primer lugar el apoyo y la sonrisa eterna de Lucho, mi hijo de dieciséis años, porque sin su amor y su crítica constructiva no hubiera llegado hasta acá. A mis hijos mayores quienes se ríen de su mami y sufrieron mis ausencias por las incontables horas de estudio. A mi madre que llora cuando le cuento mis peripecias y cada cosa nueva que emprendo. A mi padre, ejemplo de lucha a quién recuerdo con un libro bajo el brazo y por quién amo la lectura .A mis hermanos menores, que sé que me toman como un ejemplo, sobretodo de nunca rendirse, a la facultad y a la gestión que hizo posible que llegáramos a esta instancia .A mis compañeros y amigos, a Majo y a Betiana, gracias a ellas pude formar parte de este proyecto, gracias por su optimismo e inteligencia, las admiro mucho…A Tere por su generosidad, por guiarnos y sacar lo mejor de nosotras. Gracias a los profesores que dejaron huella y sería largo nombrarlos. A mi gran compañero Daniel, que aunque no estemos todo el tiempo juntos creyó en mí y en mi potencial. He crecido, hemos crecido y juntas…gracias chicas!!!

Eva.

INDICE

Pág.

INTRODUCCION……. 8

CAP. I: "HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL".

1 a- Contexto Histórico……. 13

1 b- El nacimiento del Trabajo Social en Gran Bretaña…… 15

1 c- La COS, un antecedente imprescindible…… 18

1 d- Mery Richmond. Del voluntariado a la profesionalización…….. 19

1 e-Trabajo Social en Argentina……. 21

1 f- Argentina: La asistencia como derecho…… 28

1 g- Fundación Eva Perón y la asistencia legitima……. 28

1 h- La década de los sesenta. Una mirada al contexto……. 29

1 i- El desarrollismo. Políticas Sociales. ……... 30

1 j- Neoliberalismo. Su impacto en lo social……. 33

1 k- Los ochenta. Nuevos movimientos sociales……. 34

CAP. II: “MODELO MEDICO HEGEMONICO Y SALUD”.

2 a- Conceptos de Salud y Salud Pública……..... 36

2 b- Modelo Médico Hegemónico…… 40

2c- Sistema en Salud en Argentina. Un poco de historia……. 43

2d- El sistema sanitario del Partido de la Costa…… 58

2 e- El trabajo Social en el ámbito hospitalario……. 60

CAP. III: “DISCIPLINA, INTERDISCIPLINA Y TRANSDISCIPLINA”.

3 a-Trabajo Social y Disciplina…….. 63

3 b- Interdisciplina y los equipos de salud…… 67

3 c- Trabajo Social y Transdisciplina……. 72

CAP. IV: “TEORIA DEL DISCURSO, SABER Y PODER”.

4 a- El discurso y sus procedimientos de exclusión…… 74

4 b- El discurso y sus procedimientos…… 77

4 c- El saber-poder……. 83

4 d- Relaciones de poder…….. 85

4 e- Resistencia…….. 87

CAP. V: “REPRESENTACIONES SOCIALES”.

5 a- Conceptos de Representaciones Sociales…….. 89

5 b- Representaciones de ayer y de hoy……. 93

5 c- Acerca de su relación con las ideologías……. 95

5 d- Algunos aspectos de la construcción y organización de las representaciones sociales y la identificación de procesos ligados a la identidad y memoria……. 96

5 e- Representaciones colectivas e imaginarios sociales…… 99

CAP.VI: “METODOLOGIA”.

6 a- Tipo de Diseño y Metodología Cualitativa……. 101

6 b- Técnicas utilizadas……. 107

6 b_{1-} Entrevista en profundidad…….. 107

6 b_{2-} Investigación documental…….. 108

6 c- Diseño y construcción del instrumento de investigación…….. 109

6 e- descripción del proceso y análisis de la investigación…..……. 110

CAP.VII: “ANALISIS DEL TRABAJO DE CAMPO”.

7 a- categorías analizadas en las entrevistas a los trabajadores Sociales…….. 111

1- Representaciones Sociales…….. 111

2- Modelo Médico Hegemónico……. 115

3- Espacio físico otorgado al servicio social……. 119

4- Trabajo interdisciplinario……... 121

7 b- Categorías analizadas de las entrevistas a los profesionales médicos……. 123

1- Representaciones Sociales…… 123

2- Modelo Médico Hegemónico……. 125

3- Importancia del trabajo en equipo……. 126

7 c- Categoría emergente.

1- El paciente social para los trabajadores sociales……127

2- El paciente social para los médicos…… 129

CONCLUSIONES FINALES…….. 131

BIBLIOGRAFIA…… 136

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo pretende reflexionar sobre el posicionamiento de la profesión de Trabajo Social, desde el análisis del discurso y las representaciones sociales de las diversas disciplinas que convergen en el ámbito hospitalario del Partido de La Costa. Como así también aportar herramientas para el empoderamiento de dicha profesión.

Para tal fin se indagó a los trabajadores sociales que formaron y forman parte de los servicios sociales de los hospitales públicos del Partido de La Costa, y a los profesionales médicos en sus distintas especialidades; en base a las experiencias de sus prácticas cotidianas.

El interés del tema planteado surge a partir de las prácticas pre-profesionales realizadas durante el último año de la carrera de Licenciatura en Servicio Social perteneciente a la Universidad Nacional de Mar Del Plata, extensión áulica Santa Teresita. Las titulares de la tesis realizamos dichas prácticas institucionales dentro del marco de la cátedra de Supervisión: en el campo de Salud (Hospital Municipal Roberto León Dios de Santa Teresita), en el campo de Educación (EESN°12 de Santa Teresita) y en el campo de Desarrollo Social (Centro de Atención Primaria de la Salud, de Mar de Ajo).

En la etapa de inserción en dichas instituciones de salud, nuestra primer tarea como practicantes fue observar y realizar una matriz institucional. Como resultado, observamos que los espacios físicos donde se desarrolla la práctica profesional del trabajador social son reducidos, carecen de privacidad y no cuentan con los elementos

indispensables. En el hospital de San Clemente la oficina de Servicio Social se encuentra en la parte exterior del edificio.

Construyendo la matriz institucional se pudo identificar que los servicios sociales de los hospitales dependen de la Secretaria de Desarrollo Social y no de la Secretaria de Salud, otra variable a investigar.

A partir de la práctica desarrollada hemos tomado contacto con la dinámica y el papel que ocupa el trabajador social en el quehacer diario. Se pudo percibir que en situaciones de competencia profesional, no se requería, ni informaba la presencia del mismo, de parte de los profesionales de la salud. Esto llamó considerablemente nuestra atención y nos generó la necesidad de indagar sobre tal problemática. A partir de esta inquietud es que definimos el tema a investigar como "Prácticas, Representaciones y Poderes". "El posicionamiento del Trabajo Social con respecto a las demás disciplinas que coexisten en el ámbito hospitalario del Partido De La Costa".

Formulamos el problema de investigación que sustenta dicho trabajo mediante los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo influye el Modelo Médico Hegemónico[1] en el posicionamiento del trabajador social?
- ¿Es el trabajador social que se posiciona en una función o relación subsidiaria de las demás disciplinas? ¿O existe una visible asimetría?

[1]Modelo Medico Hegemónico lo define Menéndez, como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.
Dicho concepto se retomara en el capítulo II.

- ¿Históricamente influyeron las Representaciones Sociales en torno al papel que cumple el trabajador social dentro del hospital?
- ¿Cuál es la influencia de la construcción simbólica en término de las representaciones sociales de la profesión?

Se considera que dicha investigación contribuirá a caracterizar e interpelar las relaciones de poder- saber que existen, como así también a aportar herramientas para el empoderamiento de dicha profesión. Alfredo Carballeda, al respecto expresa que:

> *"El concepto de interpelación puede ser útil para observar la dirección de la intervención en lo social; las políticas sociales, como también en la investigación. (…) interpelar, en ese contexto, implica hacer visible aquello que está oculto-que no ha sido visto por la comunidad o la agenda pública-de allí que genera preguntas y, por ende, necesidad de respuestas."*
> *(CARBALLEDA.2004:33).*

La metodología utilizada corresponde a un diseño de investigación exploratorio descriptivo de tipo cualitativo, con revisión de las fuentes primarias y secundarias accesibles y enfoques cualitativos.

Los instrumentos de recolección de datos fueron entrevistas semi-estructuradas y en profundidad a los profesionales de Trabajo Social que desempeñaron y desempeñan sus funciones en los servicios sociales de los hospitales del Partido de La Costa y a los médicos en sus diferentes especialidades. Se utilizaron fuentes bibliográficas y la observación de la dinámica institucional como técnica secundaria.

En el capítulo I se realiza un breve recorrido histórico del Trabajo Social desde sus comienzos y la historia del trabajo social en Argentina.

En el capítulo II se hace mención al concepto de salud, sus distintas concepciones y al desarrollo del Modelo Medico hegemónico. Se realiza una breve reseña histórica del sistema sanitario del Partido de La Costa.

En el capítulo III se enuncian los conceptos de: disciplina, interdisciplina y transdisciplina desde la mirada del Trabajo Social. También se hará referencia a la interdisciplina en los equipos de salud.

En el capítulo IV se proporcionan los aportes teóricos que sustentan el desarrollo de esta investigación, de acuerdo a categorías, tales como discurso, poder-saber desde las teorías de Michel Foucault. El análisis de las relaciones de poder, los micros poderes, sus circularidad y las implicancias de la relación entre el saber- poder.

En el capítulo V definimos las Representaciones sociales desde una mirada antropológica y las implicancias que producen en el desarrollo de la profesión.

En el capítulo VI se especifica la metodología de investigación seleccionada. Se hará mención a las técnicas utilizadas para la recolección de datos tales como entrevista semi-estructurada, observación, investigación u observación documental y descripción del proceso de investigación.

En capítulo VII se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales de Trabajo Social y a los médicos de los hospitales públicos de Partido de la Costa.

Para culminar presentaremos las conclusiones finales.

Este trabajo de investigación intenta interpelar y visibilizar a la vez que propiciar la reflexión, sobre las prácticas del trabajo social en el ámbito hospitalario del

Partido de La Costa; tomando tanto las herramientas teóricas adquiridas durante la formación profesional como así también las prácticas pre-profesionales entendidas como un proceso de construcción y co-construcción, de significación y re-significación que dieron lugar a nuevas comprensiones que facilitaron distinguir lo susceptible de ser transformado.

CAPÍTULO I HISTORIA DEL TRABAJO SOCIAL.

En este capítulo se realiza un breve recorrido histórico del Trabajo Social desde sus comienzos y la historia del trabajo social en Argentina.

I-a. Contexto Histórico.

En la Inglaterra de finales del siglo XVIII se pone en marcha un fenómeno nuevo que va a cambiar profundamente la historia de la humanidad en muchos aspectos: la Revolución Industrial; denominada "la gran transformación", no fue pues una revolución únicamente tecnológica, sino también tienen lugar importantes cambios demográficos, económicos, urbanísticos y sociales. Se produce un crecimiento demográfico provocado por la disminución de la mortalidad y el mantenimiento de la natalidad. (MIRANDA ARANDA, 2003:82).

Comienzan los movimientos migratorios del campo a la ciudad en primer lugar, lo que provoca la aparición de un tipo de ciudad que en absoluto estaba preparada para este fenómeno, una urbanización precipitada motivada por la avalancha de población, multiplicaba los barrios en los suburbios, en los que la pobreza e incluso la miseria y todos los problemas sociales se hacían evidentes. Hombres, mujeres y niños padecían condiciones de trabajo insalubres. Al mismo tiempo se produce la emigración a otros continentes en busca de mejores condiciones de vida. (MIRANDA ARANDA, 2003:82).

A partir del siglo XVIII, todo lo referente a la productividad y al trabajo fue regido por los conocimientos científicos. Se producen innovaciones técnicas y aparecen

nuevas fuentes de energía; aumenta la producción y pasa a ser el sector dominante frente a la agricultura, haciendo su aparición en escena un nuevo tipo de formación social, a partir del nacimiento de un nuevo modo de producción: el capitalismo. Éste convierte en subordinados los modos de producción anteriores y deshumaniza el trabajo. Surgen lógicamente, nuevas clases sociales: la burguesía y el proletariado.

En el nivel político se consolida el liberalismo, como la forma de Estado de monarquía constitucional o de república en otros países. Se cambia de la sociedad estamental a la clasista, lo que implica a la vez cierta movilidad social y la generación de las conquistas de la Revolución Francesa.

Todos estos cambios tuvieron su correlato en la aparición de diferentes movimientos sociales.

Las primeras luchas de los obreros dan lugar a la aparición de las organizaciones sindicales, que fueron perseguidas por el gobierno. Comienzan a aparecer tímidamente leyes y decretos que regulan las relaciones laborales. Las viejas formas de la solidaridad: la ayuda social, las antiguas instituciones inspiradas en la caridad vinculadas a las iglesias cristianas y la filantropía, quedan rápidamente obsoletas, insuficientes para dar una respuesta adecuada y eficaz a la complejidad que trae consigo la cuestión social. (MIRANDA ARANDA, 2003:88)

Los problemas sociales adquirieron tal dimensión que obligaron a desplegar nuevas estrategias de intervención y también forzaron al Estado a asumir un papel más activo en la función de prestar asistencia a las víctimas del primer capitalismo (TENTI FANFANI.2000). La nueva clase, el proletariado, fue adquiriendo conciencia de sí misma y organizándose en defensa de sus intereses frente a la patronal y frente al Estado. La cuestión social se convierte en un problema de Estado,

de orden público y de supervivencia del sistema.

I-b. El nacimiento del Trabajo Social en Gran Bretaña.

La profesionalización del Trabajo Social es compleja y no unívoca. Se forja en el tiempo, es una construcción que se hace progresivamente, alimentándose de diversas corrientes, utilizando numerosas estrategias, inscribiéndose en el conjunto de los hechos sobresalientes de la época. Es pues algo socialmente e históricamente construido.

> *"....así la mirada histórica con esta perspectiva intenta aproximarse al tema del trabajo social actual desde lo que hace, en su práctica cotidiana, en tanto ésta es constructora de sujetos de intervención y ha sido constituida en el devenir del tiempo...". (CARBALLEDA.2006:9).*

El Trabajo Social se desarrolló como disciplina especializada desde la mitad del siglo XVIII hasta finales del XIX, a partir de las sociedades organizadas para la asistencia a los pobres. (MIRANDA ARANDA, 2003: 83).

La Charity Organization Society (COS) fue creada en Inglaterra en 1869 con diferentes perspectivas. Sus horizontes de intervención se relacionaron con la mendicidad, buscar nuevas formas de ayuda desde una perspectiva de tegnologización, es decir, asentada en un proceso de conocimiento, ya vinculado con una búsqueda de la verdad científica de la pobreza aplicando el método hipotético-deductivo en el contexto del positivismo.

La intervención apuntaba a determinar la existencia de necesitados verdaderos y fortalecer las familias en un contexto de conflicto social creciente; se

planteaba que la existencia del pauperismo estaba relacionada con el acceso facilitado a los medios que paliaban el hambre o la indigencia. En otras palabras, desde esa perspectiva existen pobres porque hay un exceso de ayuda social. Estos discursos fundacionales, que retornan en diferentes épocas es posible rastrearlos en documentos explicativos de la crisis del 30 o recientemente, cuando fueron retomados por el Instituto de Manhattan en la década de los 80 del siglo XX para fundamentar el achicamiento de las políticas sociales y del estado Benefactor en un contexto de aparición del neoliberalismo al nivel mundial. (CARBALLEDA. 2006:32).

Estas actividades eran desarrolladas por voluntarios que adquirieron sus propias habilidades y conocimientos en un sistema de autoaprendizaje. Transcurridos unos años, la profesión alcanzó la educación graduada y una estructura común de práctica. El Trabajo Social estaba desarrollando una profesión extraordinariamente diversa que luchaba por incorporar la teoría y el desarrollo de la práctica necesaria para alcanzar su misión. (MIRANDA, ARANDA. 2003:110).

Si bien la introducción de criterios científicos, tendientes a otorgar racionalidad a las primeras formas de ayuda social organizada, se producen en Inglaterra, es en Estados Unidos donde el Trabajo Social se convierte en profesión y en un nuevo campo disciplinar de las ciencias sociales. Este periodo histórico comprendido entre 1860 y 1930, puede ser caracterizado como un tiempo en el que se produjeron transformaciones que cambiaron definitivamente el rumbo de la historia, ellas son:

- Económicas, con el paso de una economía agraria a una economía industrial y a la consolidación del modo de producción capitalista.
- Socio-demográficos, con el acelerado aumento de la población a partir

fundamentalmente de la inmigración masiva.

- Culturales, que se manifiestan en los cambios en las costumbres y estilo de vida como producto de este nuevo modelo de sociedad, secularización de la enseñanza superior y acceso de las mujeres.
- Políticas, con la victoria luego de la guerra de sucesión, de las tendencias industrialistas, demócratas, liberales, progresistas en simultáneo con el auge del movimiento reformista, en el cual tuvieron un ´papel relevantes las principales figuras fundantes del Trabajo Social.
- Religiosas, cambios en la concepción del sujeto y de las causas de la pobreza.

Con la instauración del capitalismo industrial, quedan a la luz las enormes contradicciones de la sociedad capitalista y emerge la cuestión social. Robert Castel la define como “una a aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura”. (CASTELL. 1997:20).

Así, el corto periodo comprendido entre 1900 y 1920, será denominado la era progresista, a raíz del fuerte cuestionamiento del sistema imperante y de la consolidación de trascendentes reformas sociales .En este contexto y en el marco de dicho movimiento de base profundamente humanista, inspirado por los principios democráticos de la época, es que emerge el Trabajo Social profesional y en el cual sus precursores tuvieron un papel predominante.

Un elemento clave y distintivo del movimiento reformista es la participación activa de las mujeres y sus luchas por la emancipación. El fin de siglo y sus arrolladoras transformaciones, también trajeron consigo importantes rupturas en cuanto a la dicotomía público-privado, que confinaba a las mujeres a una única misión y

destino de ser madre y esposa; hacia fines del siglo XIX emerge una nueva mujer, que comienza a invadir el espacio público cuestionando la desigualdad de los sexos, reclamando autonomía y libertad. La participación en diversas organizaciones sociales y sindicales, fueron convirtiendo a la visitadora y trabajadora de la caridad en activista política y profesional, investigadora, docente y en miembro fundadora o directora de numerosas instituciones públicas o privadas. (MIRANDA, ARANDA.2003)

I-c. La COS, un antecedente imprescindible.

Los antecedentes organizados del moderno Trabajo Social comienzan con los trabajadores amistosos (friendly visitors) a mitad del Siglo XVIII. Son mujeres de la clase media que, como voluntarias, visitan a las familias indigentes eventualmente organizadas en las Charity Organization Societies (COS) creadas en la década de 1840 en Inglaterra y desarrollada luego en los años setenta. Su entrenamiento estaba basado en el auto aprendizaje. Los fundadores y líderes de la COS procedían por igual de la clase media y alta y la organización tenía apoyos en la aristocracia.

La COS en Estados Unidos, inicia su propio camino e introduce novedades respecto a las tradiciones anteriores .Se declaran enemigos acérrimos de proporcionar ayudas o limosnas directas. En el afán de racionalizar amplían sus objetivos, introducen novedades metodológicas, nuevas técnicas extraídas de las ciencias, buscando una mayor eficacia en los procesos de ayuda.

Además de la COS, diferentes autores señalan también otras fuerzas que hicieron avanzar el Trabajo Social. Sarasa Urdiola (1993) cita expresamente a los socialistas fabianos que plantearon una serie de reformas sociales que, a su juicio,

pusieron las bases de lo que sería el Trabajo Social público. (MIRANDA, ARANDA.2003:145).

Se va configurando una profesión, preferentemente femenina, en un contexto en el que la mujer está sometida a papeles absolutamente secundarios, no tiene poder ni derecho a voto en la mayoría de los países, es relegada de la vida académica y política, su producción material es considerada de segundo orden.

I-d. Mery Richmond. Del voluntariado a la profesionalización.

Podemos decir que en la década de 1890 se produce la transformación del Trabajo Social: de ser una empresa en su mayor parte mantenida por voluntarios, a estar dominada por personal profesional asalariado y experto. (MIRANDA, ARANDA. 2003:147).

Mary Richmond se concentró en la necesidad de especificar las bases del conocimiento y las técnicas que distinguían a los trabajadores sociales entrenados de los voluntarios bien intencionados. Para ayudar a desarrollar y promover el método de trabajo de caso, en 1904 Richmond empezó a redactar un borrador que llegó a ser un clásico: Social Diagnosis. Ella misma declara que cuando intenta definir el Trabajo Social de casos individuales lo hace por el camino de la ciencia social, más bien que por los de la pedagogía, de la psicología o de la teología. (MIRANDA, ARANDA. 2003:147).

Hay que entender su figura en el contexto de la COS, no se limita a mantener los dogmas y las perspectivas clásicas de esta organización, sino que aporta una visión diferente de entender la pobreza. El acercamiento a los pobres estaba

inspirado en las COS por la ética protestante. La pobreza era el resultado de defectos morales, un carácter débil, incapacidad de entender y cumplir las normas sociales, el desprecio por el ahorro. Se trataba de racionalizar la intervención, para lo cual, además de la coordinación de todas las agencias que intervenían, se proponen investigar la situaciones en lugar de proporcionar socorros sin más requisitos, investigar era la consigna, y naturalmente registrar las informaciones recogidas minuciosamente, de tal manera que luego cada agente pudiera dar cuenta detallada de sus observaciones y de sus intervenciones en el seno de la agencia a otro más veterano y experto que le supervisaría su trabajo y decidiría el camino a tomar o el tipo de ayuda que había que proporcionar. (MIRANDA, ARANDA. 2003:150).

Había que intervenir científicamente, lo que implicaba investigar, pero ya no sólo caso a caso, el Casework, se entiende necesario para intervenir pero insuficiente para explicar por qué tanta gente está en situación de precariedad. El empirismo llega también a estos ámbitos, son los hechos los que importan, lo que hay que entender y explicar.

De lo que se trata es de conseguir entender los mecanismos por los cuales se produce la pobreza, pero no sólo un mero afán de conocer los mecanismos y realidades sociales sino para estar en mejores condiciones de cambiar esa realidad. Desde el principio se entendió que el conocimiento, científicamente construido, debía ser aplicado, debía estar al servicio de los cambios sociales. La consecuencia inmediata de este cambio de perspectiva es que comienzan a descubrir la importancia de la legislación para producir reformas sociales y reclamar cambios legislativos. Se involucran en problemas como la calidad de la vivienda de los trabajadores, los mecanismos de exclusión del sistema educativo, la mejora de la calidad de vida de los

barrios obreros, la atención a la infancia, la formación de los adolescentes, la delincuencia juvenil y la necesidad de tribunales especializados, la lucha contra el trabajo infantil, la regulación del trabajo, para mejorar el nivel de salud y disminuir las tasas de tuberculosis. (MIRANDA, ARANDA. 2003:153).

Mary Richmond, critica el paternalismo de épocas anteriores y reclama el protagonismo del sujeto y su derecho a tomar sus propias decisiones adelantándose a lo que luego se llamó el derecho a la auto-determinación y formulando un nuevo tipo de relación entre el que solicita la ayuda y el profesional.

En 1907 publica The Good Neighbor in the Modern City, dedicado al Trabajo Social y al uso de los recursos comunitarios, refiriéndose a la redes de apoyo que rodean a los individuos, formadas por los vínculos que unen a los miembros de su familia extensa, parientes, vecinos, amigos, compañeros de trabajo, grupos vecinales o religiosos, vínculos que se pueden utilizar para lo que ahora llamamos el soporte social y la ayuda mutua.

En su último libro incorpora distintos elementos de su paso por la Escuela de Chicago y de sus últimas lecturas, su enfoque situacional: el hombre en situación, que es un concepto que toma de uno de los profesores de Chicago. En 1921, cuando el Smith College le concede una licenciatura honoraria, lo hace por haber establecido las bases científicas de una nueva profesión. (MIRANDA, ARANDA. 2003:159).

I-e. Trabajo Social en Argentina.

El trabajo social surge en Argentina en el marco de los procesos de industrialización y urbanización capitalista. La inmigración masiva jugó un papel fundamental en torno a las demandas colectivas y al surgimiento de organizaciones de

trabajadores y de instituciones con financiamiento público. Las distintas formas de abordar la prevención de enfermedades, asociando o disociando asistencia y educación, tienen elementos comunes desde sus orígenes hasta la actualidad.

Para abordar la historia del Trabajo social es fundamental comprender que, en el marco de la relación entre clases, existieron ciertas condiciones que generaron nuevas instituciones y modalidades de intervención vinculadas al surgimiento de la llamada cuestión social.

Para José P. Netto, el surgimiento de la profesión obedece a determinadas condiciones histórico-sociales, en un movimiento de continuidad y ruptura, donde emerge un espacio socio-ocupacional de inserción del trabajo social. De modo que su origen no responde a una simple evolución de las formas de ayuda que pasaron a institucionalizarse, adquiriendo un rango "científico", sino que es un proceso que se inscribe en la dinámica de la historia de la sociedad capitalista, atravesada por la lucha de clases. (NETTO. 1997: 68)

En primer lugar, es fundamental comprender que las oleadas inmigratorias entre mediados del siglo XIX y las primeras décadas del XX produjeron rupturas y la configuración de un sistema institucional argentino, que se evidencia en la conformación del Estado moderno. En ese proceso surgen fuerzas político-ideológicas contrapuestas que se expresaron, por una parte, en las organizaciones de trabajadores que llevaron a cabo numerosas huelgas y movilizaciones y, por otra, en las medidas represivas-coercitivas. El enfrentamiento de intereses opuestos se presentó en distintos terrenos: en los partidos políticos, en la prensa, en las universidades, en los escritos literarios, en las expresiones artísticas, en la Iglesia, en las instituciones públicas. (OLIVA. 2006:74)

En el marco de ese movimiento contradictorio de la sociedad capitalista surgió el Trabajo Social, de modo que el espacio socio-ocupacional donde se inserta el profesional estaba atravesado por el enfrentamiento entre clases. Ese movimiento histórico que se produce con particularidades en Argentina, busca los elementos que se presentan contradictoriamente en las nuevas modalidades de intervención.

La intervención en lo social o las formas de asistencia ya existían mucho antes de que se iniciara la formación profesional del Trabajo Social. La institucionalización del Trabajo Social no puede explicarse únicamente por la influencia del pensamiento europeo, ni se desprende directamente de la constitución del Estado moderno, sino que fue necesaria la configuración de un campo ocupacional asalariado con atribuciones particulares. (OLIVA. 2006:75).

Las instituciones de la iglesia católica y de la sociedad de beneficencia se desbordaron, ya que no se trataba de asistir mediante sus mecanismos de caridad o filantropía a mendigos, niños huérfanos o enfermos individualizados, sino que eran conjuntos poblacionales quienes demandaban la atención de sus necesidades.

Durante los últimos años del siglo XIX, la multiplicación de las luchas obreras, con sus nuevas organizaciones, llevaron a cabo una oleada de huelgas que se incrementaron año tras año. Indudablemente, en ello jugaron un papel importante las nuevas influencias de los extranjeros europeos con toda la gama de tendencias anarquistas, socialistas y comunistas. (OLIVA. 2006:76)

La inserción de las mujeres en el mercado de trabajo (establecimientos industriales, talleres, comercios, empleadas domésticas) no fue una cuestión menor, y se evidenció en su participación activa en las huelgas y manifestaciones, así como en la aparición de organizaciones y publicaciones específicamente femeninas. Ciertas

demandas de la reproducción de la fuerza de trabajo quedaron indiscutidamente vinculadas al salario y a las condiciones de trabajo que eran reclamadas en la acción directa hacia las patronales o en los pedidos de intervención estatal, ya sea mediante las leyes obreras o la creación de organismos de control. Pero las respuestas del Estado a la cuestión social tomarán otro rumbo, mediante la cobertura de las necesidades disociadas del salario.

La comprensión de ese fenómeno es importante para analizar el surgimiento del trabajo social, dado que existe una relación directa con la creación de instituciones públicas y principalmente con las áreas de salud, educación y vivienda. (OLIVA. 2006:77)

En 1883, en la ciudad de Buenos Aires, se creó la asistencia pública, para hacerse cargo de la atención de la salud e iniciar la creación de una serie de instituciones. Con este paso se institucionalizó la intervención del Estado en los hospitales y en materia de salud pública.

Con respecto al financiamiento público de la enseñanza, un primer paso se dio en 1876, cuando por ley, la sociedad de beneficencia se vio obligada al traspaso de la administración de las 100 escuelas de su dependencia. Pero será a partir de 1884 cuando se inicie una nueva etapa con la sanción de la Ley 1420, la cual plantea la obligatoriedad de cursar la escuela primaria para todos los menores de 14 años, y promueve la creación de instituciones estatales de enseñanza laica y acceso gratuito. (OLIVA. 2006:77-78).

El proceso de respuestas a las demandas colectivas se puso de manifiesto en las formas en que el Estado fue cubriendo las necesidades disociadas del salario, mediante la creación de las formas de consumo no mercantilizadas.

Ya para los primeros años del siglo XX, Argentina tenía cientos de instituciones de tipo asistencial, educativas, sanitarias, mutualistas, vecinales, que pretendían dar respuestas o buscar alternativas de distinto orden para enfrentar la cuestión social.

Emilio Coni, provee datos sobre el surgimiento y funcionamiento de más de 800 instituciones, con epicentro en la ciudad de Buenos Aires: hospitales, asilos, cocinas populares, dispensarios, escuelas, colonias, cooperativas, baños populares, ligas y sociedades de lucha contra enfermedades, mutuales, círculos obreros, asociaciones de colectividades. Esta variada gama de organizaciones, desde distintos perfiles e intereses, en su intervención define sectores o franjas etarias, procediendo a la fragmentación de la cuestión social. En ese proceso se desdibujan las demandas que dieron origen a las instituciones y se aborda solo un recorte de las necesidades sociales. (OLIVA. 2006:78).

Desde la década de los sesenta del siglo XIX, el higienismo transitaba los principales centros urbanos, junto al inicio de las grandes corrientes inmigratorias. En los siguientes años, a medida que fueron creciendo las ciudades y circulaban nuevos conocimientos para controlar y evitar enfermedades, se crearon instituciones desde donde se llevó a cabo la asistencia y educación sanitaria:

> "Todas las cuestiones relativas a la protección y asistencia de la infancia y del niño escolar bajo todas sus formas; la del adolescente, el hombre y la mujer en sus diversas fases sociales; la lucha contra las enfermedades populares evitables; la mutualidad y el cooperativismo, en una palabra, todas las obras de asistencia y previsión social". (CONI. 1918:11)

Muschietti, afirmaba que para enfrentar los problemas sociales, la disciplina médico-social requería el concurso de otras disciplinas y profesionales: sociólogos, educadores, legistas, economistas, y de cuantos lucharan por el bienestar colectivo. Al hacer alusión a la experiencia italiana en la lucha contra la malaria, planteaba el surgimiento del concepto de prevención, la importancia de la educación de masas y la propaganda higiénica oral. Refiriéndose al problema de la prostitución, insistía en el factor económico que la determinaba y rechazaba toda culpabilización de la mujer que la ejerce, prefiriendo referirse a la explotación sexual de la mujer, y designaba el tema como problema sexual perteneciente al campo de la sociología como una faz dentro de la cuestión social. (MUSCHIETTI. 1914: 29).

El autor realiza un aporte interesante en la distinción entre la higiene y la medicina social, aclarando que no deben confundirse como si fuesen términos equivalentes. Explica que la higiene es una contribución, pero no puede resolver los problemas de la sanidad pública, en tanto no es posible por sí sola superar el factor económico-social. Mientras que la medicina social significa profilaxis social contra todos esos males. El concepto social de esta disciplina se contrapone enseguida al concepto individual de la medicina de hoy, comúnmente practicada. Ésta cura el individuo, aquella la sociedad. (MUSCHIETTI.1914: 29).

El financiamiento público para la cobertura de necesidades no reconocidas en el salario se realizó con algunas medidas higiénicas sobre las condiciones habitacionales: la comisión nacional de casas baratas, creada en 1915, se proponía la construcción de viviendas, intentado llegar a los sectores de más bajos recursos.

Además, en la ciudad de Buenos Aires se llevaban a cabo campañas municipales contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y las infectocontagiosas,

mediante la organización de dos secciones: higiene profiláctica e higiene general urbana. Los médicos tenían a su cargo la profilaxis de las enfermedades infecciosas y los estudios demográficos. Asimismo se llevaba a cabo el aislamiento de los enfermos y la desinfección de ropas y locales. La prevención sólo cobra sentido en la medida en que se modifican las condiciones objetivas del hábitat: el hacinamiento en los conventillos o las deplorables condiciones de los ranchos de las zonas rurales eran un problema grave que no se combatía mediante la enseñanza de pautas higiénicas. (OLIVA. 2006:77-81).

La función educativa de los profesionales del Trabajo Social, desde sus comienzos, estuvo teñida de contradicciones, dado que el aleccionamiento sobre cuestiones de higiene era una preocupación planteada a partir de intereses opuestos, tanto para el disciplinamiento requerido por la burguesía como para las reivindicaciones de los trabajadores.

Es decir, se trataba de inculcar que la prevención era responsabilidad de las medidas que se llevaran a cabo dentro de cada hogar, dependiendo del nivel de educación de cada familia y en ese sentido, se promovían medidas educativas para modificar pautas de conducta. La enseñanza se centró principalmente en las mujeres, quienes debían asumir la función de las tareas del hogar y el cuidado de los niños y por ello, parte de la formación en las escuelas, tanto primarias como secundarias, se destinaba a la instrucción en pautas higiénicas, economía doméstica y costura. A este tipo de educación apuntó la formación de las visitadoras de higiene social, que, desde los establecimientos escolares o dependencias del sistema de atención pública de la salud, realizaban visitas domiciliarias. (OLIVA. 2006:77-83).

La prevención ha constituido uno de los íconos de la función educativa asignada al Trabajo Social. Muchos asistentes sociales y trabajadores sociales han tomado la educación sanitaria como una bandera de la prevención que no requiere mayores recursos, dado que se promueve a través de charlas, talleres, reuniones informativas. Mientras que quienes asocian la asistencia a la educación sostienen que para la prevención tiene una importancia fundamental la provisión de los recursos necesarios, reivindicando siempre una mayor cobertura de las prestaciones. A partir del mejoramiento de las condiciones de vida cobra otro sentido la acción educativa.

I f- Argentina: La asistencia como derecho.

Luego de la crisis de 30 y la década infame el Estado comienza a tener un papel novedoso, se sancionan alrededor de trescientas leyes laborales y de seguridad social. Entre 1943 y 1947 se llega a la ocupación plena de la fuerza de trabajo y surgen nuevas identidades colectivas alrededor de la figura del trabajador. En ese contexto, la política social comenzará a dar un nuevo sentido a las instituciones de salud, acción social o educación, incorporando nuevas modalidades de intervención y generando una nueva simbolización de éstas. (CARBALLEDA.2006:61).

I g-La fundación Eva Perón y la asistencia legitimada.

Una de las formas con las que el gobierno peronista ejerce acciones en cuanto política social es la fundación Eva Perón, la cual tenía por tarea la recuperación de derechos y tenía una visión estratégica de la política social. Junto con los planes

quinquenales la fundación genera nuevas representaciones ya no de la pobreza, sino de los derechos sociales, las garantías y obligaciones que el Estado debe avalar. Nace una nueva concepción de sujeto de las políticas sociales, un sujeto de derecho social, lo que recibe ya no es obra de la caridad, sino que es una cobertura que el Estado está obligado a entregar por derecho constitucional. (CARBALLEDA.2006:63).

Si analizamos las diferentes disciplinas que se desenvolvían en las nuevas instituciones creadas por el Estado, en ellas aún perdura una modalidad relacionada con los parámetros de la década de los treinta y cierta conformación liberal-positivista.

Con respecto al Trabajo Social como ejecutor de políticas sociales, podemos encontrar datos concretos en la conformación administrativa de los hogares, estos contaban con un Jefe del servicio Social, entre sus integrantes. Era función del asistente social mantener el vínculo de los menores con su grupo familiar, ubicar empleos para los familiares, obtener subsidios, agilizar cobertura médica, etc.

Las prácticas funcionaban como articulantes entre los derechos sociales y la política social. En el plano de lo formal la capacitación de los asistentes sociales, se encontraba alejada de esta perspectiva, con influencia de las escuelas belgas, francesas y el social work de los EE.UU. (CARBALLEDA.2006:69).

I h- La década de los sesenta. Una mirada al contexto.

Los años sesenta se caracterizaron por estar atravesados por una fuerte convulsión política e importantes cambios sociales.

El tercer mundo, en especial en Europa y los EE.UU, era entendido como un fenómeno nuevo, que era necesario comprender. Los sectores desposeídos eran

frecuentemente nombrados como “nuestro tercer mundo”.

La década de los sesenta implicó nuevos desafíos para las prácticas del campo de lo social y de las humanidades, los cambios pueden orientarse hacia la búsqueda de nuevos marcos conceptuales y formas de explicación de los problemas sociales. (CARBALLEDA.2006:75-76).

Luego del golpe de Estado de 1955 el país inició un periodo de crisis socioeconómicas diversas y que se fueron acrecentando a través del tiempo. Se produce una fuerte migración interna desde las regiones más empobrecidas, hacia los grandes centros urbanos. De esa forma se estaban construyendo nuevos escenarios de intervención en la periferia de las grandes ciudades, llamados “villas miseria”, donde el Trabajo Social hará una síntesis de tipo político y metodológico. Paros, movilizaciones, lucha armada, fueron conformando movimientos, agrupaciones y diferentes organizaciones que lograron generar hechos políticos cada vez más importantes, como el Cordobazo de 1969. Aparecía una franja nueva en la sociedad, los jóvenes, así como nuevas corrientes culturales, la entrada de los medios masivos de comunicación en los hogares y el renacer de la búsqueda de la identidad nacional. (CARBALLEDA.2006:77-78).

I i- El desarrollismo. Políticas sociales.

Las políticas sociales del desarrollismo están fuertemente ligadas con la práctica del Trabajo Social, en la actualidad el desarrollismo continúa embebiendo nuestra profesión. Las acciones de la política social, a través de sus prácticas, proponían lograr las condiciones previas a un progreso y una modernización que no se

atrasarían en llegar a América latina.

En el campo del Trabajo Social, el funcionalismo fue una de las corrientes que generaron mayor influencia. En principio a partir de la teoría del “cambio social”, que proponía el pasaje de una sociedad tradicional a una sociedad moderna, donde el Trabajo Social se enunciaba como agente de cambio. Desde el Estado se debía promover la modernización y el escenario elegido es la comunidad. Así el sujeto de la intervención, en especial en el campo de la salud, será construido como sujeto pasivo, portador de problemas. (CARBALLEDA.2006:80-82).

La politización en el campo de la salud se expresa en una profundización del estudio del proceso salud-enfermedad. Comenzará a utilizarse la noción de proceso, saliendo de los esquemas ligados a las ciencias naturales como causa de enfermedad y la noción de multicausalidad.

La visión crítica implicó también una reflexión más profunda sobre las características sociales de los problemas de salud que se abordaban en tanto condicionantes.

Comienzan a utilizarse en la intervención del trabajo Social conceptos relacionados con los criterios de desviación, adaptación, marginalidad, disfunción y patología social, que también poseen un alto grado de medicalización. (CARBALLEDA.2006:82-84).

La visión comunitaria de la salud significó un intento de búsqueda de la participación de la comunidad y la necesaria puesta en escena de estrategias, formas y metodologías de intervención que salen del caso individual. Estas formas no lograron cambiar en forma sustantiva las relaciones de poder ni los condicionamientos estructurales del proceso salud-enfermedad, pero de alguna manera acercaron al

Trabajo Social a terrenos que había transitado en forma diferente. (CARBALLEDA.2006: 87).

La intervención desde esta perspectiva, concuerda en forma relevante con la tendencia modernizadora de la sociedad, cuyo horizonte era el desarrollo, estas estrategias de intervención incluyen en forma relevante a la comunidad, siendo ésta un nuevo territorio donde las prácticas del campo de la salud llevarán adelante sus acciones.

La visión comunitaria de salud, también significaba un intento de búsqueda de participación comunitaria y en consecuencia la necesaria puesta en escena de estrategias, formas y metodologías de intervención.

Este nuevo contacto con la realidad fue gestando otro modelo de intervención, la reconceptualización, entendida como una corriente de pensamiento o movimiento que intentaba cambiar en forma relevante los presupuestos básicos del Trabajo Social. Esta visión no va a proponer el desarrollo ni la modernización de la sociedad, tendrá una mirada crítica de los presupuestos del modelo anterior. La reconceptualización intentaba profundizar su análisis social desde una perspectiva centrada en el país y su inserción dentro de América Latina, como país dependiente. Las bases de este modelo pueden ubicarse a mediados de la década del setenta. (CARBALLEDA.2006:90-91).

Se vinculaba con la realidad Latinoamericana; el incremento de la práctica politizada y el crecimiento de un proceso critico en los ámbitos académicos, especialmente desde la necesidad de cambiar planes de estudio y bibliografía.

Básicamente se conoce a la reconceptualización como una corriente que se apoya en el cuestionamiento y reformulación del Servicio Social, desde su metodología

y práctica profesional.

En síntesis las formas de intervención en lo social cambian desde la vigencia de un nuevo paradigma explicativo, que se apoya en la teoría de la dependencia, en una época marcada por las transformaciones, de este modo, los posibles desarrollos y debates de la reconceptualización, quedaron truncos a partir del golpe de estado de 1976. En Argentina, el golpe militar, abrirá la puerta para la entrada del neoliberalismo, el ajuste y el empobrecimiento de toda la sociedad, en un marco de represión y crímenes desde una sistemática aplicación del terrorismo de Estado.

I j- Neoliberalismo. Su impacto en lo social.

A partir del ingreso del neoliberalismo en la escena política mundial, crisis comenzaba a ser sinónimo de fin, de terminación de una época, del derrumbe de una serie de certezas.

La aplicación de políticas liberales comenzaba a fracturar la sociedad, asimismo la confianza en la ciencia, la técnica y el progreso comienza a desmoronarse rodeada de desencanto y una caída de la sensación de optimismo desde los inicios de la Ilustración.

La sociedad disciplinaria empezaba a transformarse con sistemas de control y disciplinamiento y además fuertemente asociados a la lógica de Mercado. Las desigualdades y el empobrecimiento sostenido en la sociedad Argentina impactan en la esfera familiar y aparecen una multiplicidad de discursos. (CARBALLEDA.2006:101-103).

Se produce una disputa entre lo moderno-post-moderno en el mundo capitalista que ingresa en un período de crisis, económica, política y social. Los ciudadanos pasan a ser consumidores, los derechos sociales serán derechos al consumo, así la solidaridad se transformará en un objeto de consumo más. (CARBALLEDA.2006:104).

I k- Los ochenta. Nuevos movimientos sociales.

A partir de la década de los ochenta, junto con la recuperación de la democracia una serie de sucesos impactan en la intervención del Trabajo Social y en todas las disciplinas del campo de la salud. Se produce lo que se denomina focalización, políticas restringidas y una aplicación de políticas sociales y de salud donde la lógica del costo-beneficio quedará por encima de la accesibilidad.

El trabajo Social se encuentra en un punto de tensión, en el cual se circunscriben las posibilidades de respuesta desde las políticas sociales y se incrementan las demandas como efectos de la crisis económica. El Estado social comenzaba a ser reemplazado por las ONGs y el Mercado.

Una serie de nuevos paradigmas comenzaban a dialogar con las prácticas, desde una caída del Estado, que ahora se sostenía en democracia. Surgen nuevos espacios de intervención, los asentamientos, que se producen por consecuencia de la toma de tierras.

Dentro del campo de la salud el estilo de intervención que crece es el de la “participación”, basado en desarrollos de otros países.

Surge un avance significativo de corrientes relacionadas con la necesidad de sistematización dentro del campo del Trabajo Social, en algunos casos como una revalorización de lo popular, y vinculado a las ideas del Trabajo Social Alternativo. (CARBALLEDA.2006:106-109).

CAPITULO II. MODELO MEDICO HEGEMÓNICO Y SALUD.

Cuándo la salud está ausente, la sabiduría no puede revelarse, el arte no se manifiesta, la fuerza no lucha , el bienestar es inútil y la inteligencia no tiene aplicación.

Herófilo (382 –322 a C)

En este capítulo se abordan los siguientes conceptos: la definición de Salud desde diferentes autores, el concepto Modelo Médico Hegemónico de Eduardo Menéndez y se realiza una breve reseña histórica del Sistema sanitario del Partido de la Costa. También se mencionan los diferentes niveles de atención hospitalarios y en qué lugar de esta estructura se encuentran los hospitales del Partido de la Costa.

II- a. Conceptos de Salud y Salud Pública.

A lo largo de la historia de las ciencias dedicadas al estudio, investigación e intervención en el ámbito de la Salud se definieron múltiples aproximaciones de los conceptos Salud y enfermedad.

Las distintas elaboraciones teóricas se han ido transformando acorde a los momentos históricos en que los autores las producían. Estos conceptos son el resultado de construcciones socioculturales que se consolidan en un determinado tiempo y lugar. En ellos se conjugan, junto a los factores sociales y culturales, elementos objetivos, propios de la realidad de la época y subjetivos. En consecuencia

se dice que se trata de constructos ya que adquieren diferentes significados a lo largo de la evolución histórica y científica del hombre.

Arribar a un concepto unificado, consensuado y aceptado por la comunidad científica no es una tarea sencilla; la complejidad que supone esta tarea se relaciona con la multiplicidad de disciplinas que convergen en el campo actual de la salud. En él se reconocen distintas líneas teóricas, diferentes formas de abordaje de las problemáticas de salud y por consiguiente de intervención; esto genera dificultades para arribar a un concepto unívoco tanto al interior de una ciencia como entre ellas.

Desde un marco referencial tradicional, se define a la salud como la ausencia de enfermedad, y en una definición ampliada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende a la misma como "la salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social transitorio" no solo la ausencia de enfermedad.

Estas definiciones son problematizadas y cuestionadas desde el marco crítico, que define a la salud de forma integral, teniendo como base la realidad compleja que lo determina, es decir, se concibe a la misma como un proceso dinámico de salud-enfermedad que radica en la sociedad en su conjunto y que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales.

Así mismo la Ley Básica de Salud Nº 153 de la Ciudad de Buenos Aires, en su artículo 3º, define la salud como: "es percibida desde un marco integral, ya que está vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente". Esta concepción del proceso de salud-enfermedad plantea la cuestión de concebir a los sujetos de intervención como sujetos

activos en el proceso que los atraviesa, dejando de concebir al mismo como algo exclusivamente biológico e individual.

Galende (1990), considera que la Salud, es el mejor equilibrio que una persona puede tener en una relación activa con su medio ambiente, en un momento determinado de su vida, en un país, en una cultura y en un contexto histórico determinado. Esta definición implica, por un lado reconocer a la persona como unidad y por otro concebir la Salud, como estado inalterable no como mera adaptación al medio.

Siguiendo a Milton Terris, quien propone en 1990 una adaptación contemporánea a la definición de Winslow, la Salud Pública queda definida como:

> *"La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"* (TERRIS. 1990).

Para Menéndez, la Salud Pública puede ser definida o considerada como una ciencia, como un conjunto de disciplinas, como una serie de técnicas, como un sector político técnico del Estado, como un fenómeno social operado por una parte de la sociedad civil, entre otras cosas. Desde nuestra perspectiva, la Salud Pública es un

sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, de acuerdo las condiciones económico-políticas dominantes.

La Salud Pública en cuanto saber y en cuanto sector se constituirá a partir de la medicina y esto es decisivo. Si bien se constituye a partir del reconocimiento de la enfermedad-atención-prevención como procesos económicos sociales, lo hace en términos de saber y de organización técnica a partir de las ciencias médicas. Este hecho no es secundario, sino central para entender no sólo las orientaciones dominantes que se le impusieron a la Salud Pública, sino los equívocos interpretativos al respecto. Los daños a la salud como fenómeno colectivo y/o ambiental quedarán entonces en manos de una disciplina que va asumiendo su cientificidad a través de lo biológico.

Esto impone una aproximación al sujeto colectivo en términos no sociales ni históricos sino naturales. Por otra parte, la práctica médica impondrá una intervención en términos del individuo y a través de instrumentos clínicos. Es decir que la salud pública se constituye a partir de la enfermedad como entidad genérica natural y del sujeto como unidad de intervención. Esta aparente polarización entre lo genérico natural y lo clínico individual se sintetiza sin embargo a través de una concepción y práctica donde lo colectivo se reduce a historia natural o a la suma de individuos.

II- b. Modelo Médico Hegemónico.

Eduardo Menéndez (1988) ,define al Modelo Médico Hegemónico como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias prácticas y saberes de atención a la enfermedad, y durante dicho proceso el Modelo Medico Hegemónico irá construyendo una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención. En la práctica social, esto se resolverá en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativos-preventivos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y complementarias constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico.

Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica, económica y política que opera tanto, sobre las prácticas médicas como sobre el conjunto del sistema, tiende a generar más que la exclusión de los otros saberes y prácticas médicas, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica y técnica al Modelo Médico Hegemónico. En consecuencia, el análisis global del Modelo Médico Hegemónico no debe reducirse a sí mismo, sino que debería ser realizado conjuntamente con los otros saberes y prácticas a los cuales sub-

alterniza; además tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción histórica de esas relaciones.

El análisis de éste modelo supone el reconocimiento de tres sub-modelos: el modelo individual privado, el modelo corporativo público y el modelo médico corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica mecanicista-evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud-enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico-paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente que puede llegar a la sumisión, concepción del paciente como ignorante, el paciente como responsable de su enfermedad. Inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, prevención no estructural, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia inductora al consumismo médico, prevalencia de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, tendencia a la ruptura entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica.

Estos caracteres corresponden inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte del siglo actual. El desarrollo económico-político conducirá a procesos de concentración y organización privada y

estatal de las actividades médicas a partir de la década de 1930, y esto tanto a nivel de las instituciones de atención como de la denominada industria de la salud.

En los dos sub-modelos corporativos podemos distinguir los siguientes rasgos estructurales: estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas, tendencia a la centralización y planificación, burocratización, disminución y evasión de la responsabilidad, dominio excluyente de los criterios de productividad, profundización de la división técnica del trabajo, creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos y creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación.

Debe señalarse que uno de los rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico que se enfatiza en el modelo corporativo público es el preventivismo, así como el reconocimiento de la importancia del medio ambiente. Sin embargo, y esto debe ser subrayado, ese énfasis no implica que el preventivismo sea hegemónico, dado que en todos los contextos aparecerá subordinado a lo curativo.

El rasgo estructural dominante del Modelo Médico Hegemónico es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no solo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparecen pensadas las consecuencias que éste tiene para la orientación dominante, de la perspectiva médica hacia los problemas de salud-enfermedad, subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Lo biológico no solo

constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación a nivel de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos, que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente natural, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta y donde el sujeto y los conjuntos son considerados siempre como pacientes.

II-c. Sistema de Salud en Argentina. Un poco de historia.

La conformación actual del Sistema de Salud Argentino, es el resultado de una compleja evolución histórica.

Hasta 1943, la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública, como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

En el ámbito de la Salud, la década del 40, es escenario de un doble nacimiento: el del Estado “responsable-garante” del derecho a la Salud y el de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales. (BELMARTINO. 1991). Es decir, por un lado, la década del 40 registra la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de

la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo del Estado de Bienestar. Pero por otro lado, se expande la lógica del seguro social focalizado, en un grupo de trabajadores formales asalariados.

Como evidencia, a favor de considerar que la Argentina avanzó en la incorporación de un estado de Bienestar, se puede argumentar que entre 1946 y 1951, "se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas a más de 130.000, esto significa 7,4 camas cada 1000 habitantes". (GERMANI. 1987:31). En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. "En los comienzos de los 50, se había erradicado el paludismo que solo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos y nuestro país contaba con una de las mayores coberturas del mundo (BELMARTINO. 1991:14). Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social.

Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951), se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). "A través de las mismas se garantizaba la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa y gratuita al 65% de la población argentina, que era considerada no pudiente y para ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica". (NOVICK. 2000:41).

Poco después de la gestión de Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud.

En la década del 50, según Tobar (2001), se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento de servicios de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados. “El surgimiento del sindicalismo, como actor reconocido en el interior del sistema político, que se encuentra en la base del “Estado de Compromiso”, no solo representa una de las diferencias más importante con las condiciones vigentes bajo el Estado liberal; constituirá además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica”. (BELMARTINO. 1991:14).

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado. De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, no obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, entre otras, de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista y de baja racionalidad en su gestión. (TOBAR. 2001).

El rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se constituirá en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud. La preservación y expansión del seguro de salud asociado a los gremios y con control estatal determina una modalidad particular de expansión de la ciudadanía que ha sido caracterizada como ciudadanía regulada. (TOBAR. 2001:8).

El rol distribucionista del Estado, según Belmartino, es reemplazado en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación del capital. “El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional, conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización, específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista, concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta “política de transferencia”, que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios, que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación”. (BELMARTINO. 1991:18).

No obstante, este mismo autor dice que, la contracción de la actividad social del Estado, no involucra un “achicamiento” ni una privatización, por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecno-burocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo, a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso modernizante y eficientista, pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes.

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instalaba en la Argentina a partir de 1976, asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso, que asumía funciones de

intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales y también asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial, donde las políticas sociales tenían un papel fundamental.

Las Fuerzas Armadas, incorporaron el discurso neoliberal, que dio fundamento a su equipo económico. Esto repercutió en la esfera de salud, primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores, como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial. (TOBAR. 2001).

Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales, que transfiere el conflicto a la esfera provincial, liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

En el año 1983, con la vuelta a la democracia, se genera en la población grandes expectativas de transformación. El gobierno radical, recibe como herencia de la dictadura militar, no sólo la elevadísima deuda externa, sino también una profunda crisis de integración social.

Desde este periodo en adelante tomaremos como referencia el trabajo: “Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud”, realizado por las Licenciadas Rossi, María T. y Rubilar, Amanda N.

Para poder llevar adelante una reconversión productiva, así como una profunda reforma del aparato estatal, el gobierno democrático diseñará en los primeros

años de gobierno, una serie de estrategias, entre las que se encontraban el proyecto del Seguro de Salud, el proyecto de democratización de los sindicatos y el Plan Austral.

El proyecto del Seguro Nacional de Salud, elaborado por el Ministro de Salud y Acción Social, fue el último intento de integración del sistema. Desde el Ministerio, se creía necesario una conducción unificada sobre el conjunto de prácticas relacionadas con la salud, por ello con el objeto de integrar las políticas de salud a otras prioridades del área social (alimentación, vivienda, promoción del desarrollo comunitario y familiar, recreación y atención de las situaciones de emergencia social), propone la unificación de los Ministerios de Salud y Acción Social, e incorpora el Instituto Nacional de Obras Sociales a la Secretaría de Salud.

El equipo de trabajo bajo su conducción, aborda desde el principio de la gestión múltiples actividades, entre las que se pueden destacar: la supresión del arancelamiento hospitalario, que había impuesto el gobierno militar, medidas para combatir la desnutrición, disposiciones sobre salud mental, vivienda, minoridad y familia y la organización puesta en marcha y funcionamiento del Plan Alimentario Nacional y del Fondo de Asistencia de Medicamentos, el proyecto del Seguro de Salud, constituye una actividad más, aunque será la que más repercusión política va a alcanzar.

Se asegura la cobertura universal para el acceso al sistema de servicios de salud, incorporando a los trabajadores autónomos e incluyendo a las personas sin cobertura bajo la responsabilidad financiera del Estado. Con la intención de federalizar el sistema, se propone otorgar protagonismo a las provincias en la definición de las políticas de salud.

La reglamentación del proyecto estaría a cargo de la Administración Nacional del Seguro de Salud, la que designaría síndicos en las obras sociales encargados de controlar el manejo de las mismas, reteniendo el poder de policía respecto de las prestaciones y el poder sancionar. Además, la Administración del Seguro controlaría, el Fondo de Redistribución, el cual se integraría con el diez por ciento del total de ingresos de cada obra social.

Los primeros éxitos del Plan Austral, (1985), ampliaron el margen de maniobra política del Poder Ejecutivo, razón por la que se decide enviar a las Cámaras el proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud. A este proyecto se oponen tanto los sindicatos, como las organizaciones de prestadores. Ambos responsabilizan al gobierno, por el agotamiento del modelo de financiación vigente, durante más de una década.

A fines de 1988, se sancionan las leyes 23.660 de Obras Sociales y la 23.661 de Seguro Nacional de Salud, producto de un acuerdo entre el gobierno y la CGT, que a partir de ese momento regularon el sistema nacional de salud.

En la década de los ‘80 el crecimiento continuo del sector prestador privado, llevó a una situación de paulatina saturación y posterior sobreoferta de servicios, que ya no pudo ser financiada por un sistema de seguridad social, cuyos recursos dejaron de crecer en la segunda mitad de la misma. Se produce entonces, un punto de inflexión del sistema de salud, la crisis financiera impone la contención de costos, paralelamente a la necesidad de incrementar la cobertura y mejorar la productividad y la eficiencia.

En la década del 80, se observa que factores tales como: el incremento de especialidades, especialistas, camas sanatoriales, el protagonismo de la tecnología diagnóstica en el proceso de atención, el ingreso de pacientes al sistema servicios, por

cualquiera de sus niveles de complejidad, como la escasa capacidad del Estado de controlar los aumentos de los precios de los medicamentos y las particulares condiciones de la producción y comercialización de la industria farmacéutica; conducen a un aumento significativo de los costos de atención médica. Produciendo en las organizaciones de cobertura, crisis financieras recurrentes. Además, una importante expansión de la capacidad instalada privada provoca una saturación de la oferta, lo que conducirá a la búsqueda de nuevas formas de contratación.

En la década del 90, se impulsa un acelerado proceso de transformación de las estructuras estatales y del conjunto de la economía Argentina. Dentro de este marco general de la reforma del Estado, a principios de 1992, el Poder Ejecutivo Nacional, definió las políticas de salud, mediante el decreto 1.269/92, que estableció cuatro políticas sustantivas, lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población; mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población; disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir; redefinir y orientar el rol del sector salud del Estado Nacional.

Se realiza la reforma de previsión social, que crea un sistema mixto, con dos componentes: el obligatorio y el voluntario. El obligatorio, presenta dos modalidades, administración por el Estado, con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto); y administración privada con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado, o bien un plan auspiciado por una empresa en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado (régimen de capitalización). El

componente voluntario, es similar en todos los demás aspectos al de régimen obligatorio, pero funciona con contribuciones del asegurado exclusivamente.

A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS, iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la Reforma Sectorial fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios.

El antecedente para la desregulación del sistema de obras sociales, fue la sanción de las leyes 23.660 y la 23.661, a fines de 1988, por las cuales se derogó la ley de Obras Sociales (1970) y se creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Estas leyes constituyeron un esfuerzo de crear una red sanitaria nacional, en la que prevaleciera un criterio de justicia distributiva, comprendiendo al total de la población del país.

El decreto 578/93, del Poder Ejecutivo Nacional, estableció un marco normativo para el desarrollo del hospital público de autogestión (HPA), e invitó a las provincias a adherir a esa propuesta, que pretendía lograr la descentralización funcional de los hospitales públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. El citado decreto estableció además el registro del hospital público de autogestión incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones otorgadas por los agentes del Seguro de Salud a los hospitales.

El Programa Médico Obligatorio (PMO), fue incorporado al sistema del seguro de salud, en función de lo establecido por el decreto Nº 492/95. Una comisión intersectorial, tuvo a su cargo la elaboración del programa y se estableció un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible.

En 1995 se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución, era destinado a compensar a las obras sociales de menores ingresos, pero su manejo se hacía en forma discrecional. Por decreto Nº 292/95, se modificaron las funciones de redistribución, dándole un carácter automático.

El decreto Nº 247/96, aprobó la canasta del Programa Médico Obligatorio, que garantiza prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos. No admitía períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los Coseguros estipulados en él. Las prestaciones no incluidas podrían ser brindadas a través del mecanismo de la excepción.

Los decretos de desregulación de las obras sociales y control de la medicina prepaga, firmados en 1996, permitían a las empresas de medicina privada funcionar como obras sociales, en consecuencia, deberían tener el mismo tipo de control que aquellas, contar con solvencia económica y financiera y reunir requisitos de atención médica.

Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia.

La Superintendencia de Servicios de Salud, creada en 1996 a partir de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ley 23.661), el Instituto nacional de Obras Sociales (ley 18.610) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (ley 23.660), como organismo descentralizado, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. A través del decreto Nº 1.615, establecía la autarquía administrativa, económica y financiera del ente, que tendría a su cargo fiscalizar y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de obras sociales, la supervisión del Programa Médico Obligatorio y el cumplimiento de las obligaciones de pago de los entes comprendidos en el Sistema, respecto a los Hospitales Públicos de Autogestión.

Hacia 1998, se inició la discusión acerca de los contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público de atención de la salud. La compra y venta de servicios a terceros, encuentra su marco legal en la normativa de los hospitales públicos de autogestión, que establecía la posibilidad de que los mismos firmen convenios con entidades de la seguridad social u otras, de que cobren servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores y de que se integren en redes de servicios.

Los índices de desocupación, así como otros indicadores sociales, muestran que el crecimiento económico logrado, no aseguró por sí solo un aumento del bienestar para amplios sectores sociales y los sistemas y programas sociales aplicados no han sido suficientes para sustentar el proceso de transformación. Tales modificaciones son de referencia obligada, como contexto de los cambios en el sector salud.

En el año 2000 la reforma sectorial, se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y controles previstos, tales como la superintendencia de salud, el programa nacional de garantía de la calidad de la atención médica, y el programa médico obligatorio. Este programa médico, fue modificado por la resolución 939/00, del Ministerio de Salud. La misma explicitó en forma más detallada las coberturas a brindar por los agentes de seguro; puso énfasis en los aspectos de promoción y prevención y jerarquizó la atención primaria. Normativas adicionales extendieron a todos los agentes del seguro la atención de pacientes con SIDA, de personas discapacitadas y de personas con adicciones.

El año 2001 se caracterizó por una gran turbulencia política y social que provocó en noviembre de ese año la renuncia del presidente de la república, en medio de una profunda crisis económica.

La repercusión de la crisis económica en los hospitales públicos, fue severa. La interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población, por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media, entre otros factores, produjeron un enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero.

A este conjunto de situaciones debe agregarse el incremento sostenido de los insumos y el aparentemente creciente riesgo de las demandas judiciales por mala praxis.

Ante este panorama el Ministerio de Salud, decidió declarar la Emergencia Sanitaria Nacional (decreto 486/02) y al amparo del mismo puso en marcha las siguientes iniciativas:

*** Programa Remediar:** Por la grave carencia de medicamentos en los centros de atención, el alza injustificada de precios, sumada a la escasez de recursos para adquirirlos de gran parte de la población, el Ministerio puso en marcha esta iniciativa financiada con fondos de la Nación y con la reprogramación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo. El Programa, tiene por objetivos asegurar el acceso de la población más desprotegida a la distribución gratuita de medicamentos básicos para el tratamiento de las patologías más frecuentes y fortalecer el sistema de atención primaria de la salud. Por otro lado, con este programa se procura fortalecer el primer nivel de atención aplicando estrategias de atención primaria de salud con participación comunitaria en la promoción y gestión de políticas de salud, así como en los procesos de control en las etapas de implementación del programa.

***Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (N° 25.649):** según la cual “toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de la forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración”. Esta medida está destinada a permitir la compra de medicamentosa menores precios y por lo tanto, a inducir una reducción del importante diferencial de precios existente en el mercado. A su vez, también debería atenuar el impacto de la devaluación en el sector.

Para que este tipo de política sea efectiva debe ser complementada con un eficaz control de calidad. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), es el organismo regulador estatal encargado de verificar la eficacia e inocuidad de esos productos. Por su parte, también se eliminaron los aranceles sobre la importación de insumos para la salud y se redujo la presión impositiva sobre parte del sector al reducir el IVA sobre las compras importadas; medida, esta última que beneficia a la seguridad social y al sector público, por estar exentos del IVA sobre sus ventas.

*** Programa Médico Obligatorio de Emergencia:** el catálogo de prestaciones del Programa Médico Obligatorio, establecía una amplia gama de servicios, incluidos los relacionados con patologías de baja incidencia y alto costo de tratamiento. Mediante la Resolución Ministerial 201/02, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia y se resolvió que, los agentes del seguro adapten todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos, a los efectos de garantizar a sus beneficiarios dicho programa. También se dispuso que la Superintendencia de Servicios de Salud, formase una Comisión revisora del Programa Obligatorio definitivo, que será aplicado después del período de emergencia.

*** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable:** fue luego aprobado por el Congreso de la Nación, al sancionar la ley 25.673/02. El alcance de esta ley beneficia a la población en general, pues prevee acciones coordinadas con los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente para la capacitación de educadores, trabajadores y de la comunidad en su conjunto. La ley dispone,

además, la distribución gratuita de anticonceptivos y de información sobre esos procedimientos a quienes lo soliciten.

En 2003 El Ministro de salud, presenta el Plan Federal de Salud 2004-2007 en el que se plantean los siguientes ejes fundamentales:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría.
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

Se ratifica, asimismo, el alcance de la Política Nacional de Medicamentos, incorporada en 2002, a través de la cual se establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician al sistema sanitario en su conjunto.

A partir del año 2008, no sólo estamos en condiciones de pensar en una reforma estructural del sector, tendiente a revertir la desarticulación de la política de salud, sino que la misma es imprescindible.

Tanto las experiencias nacionales, como las internacionales indican que será necesario la coordinación de un sistema de salud que integre las iniciativas de los diferentes subsectores en el logro de un sistema equitativo de cobertura universal, es

decir, que todos los sectores sociales por su simple condición de ciudadanía deben tener la obligación de aportar y el derecho a recibir el servicio de salud que necesitan.

Será necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se fortalezcan entre sí.

En este sentido resultará prioritario que el Estado asuma el rol de regulación y control del sistema y diseñe una estrategia sanitaria nacional consensuada en el Consejo Federal de Salud y con todos los actores del sector, que tienda a compensar las fuertes iniquidades regionales.

En la formulación de la reforma, deberá participar la sociedad civil, que es quien recibe los servicios y sortea como puede los problemas de financiamiento para dar respuesta a sus necesidades de prevención, reparación y rehabilitación de su salud, así como de accesibilidad a los servicios. Por ende, prestadores, financiadores y sociedad civil, deberán acordar las bases para un sistema de salud, que brinde protección y seguridad a toda la población.

II-d. El sistema sanitario del Partido de La Costa

La provincia de Buenos Aires, está compuesta por 134 Municipios y está dividida en 12 Regiones Sanitarias, en la cual funcionan aproximadamente 2092 Centros de Primer Nivel de la Salud.

La Región Sanitaria VIII, tiene sede en la ciudad de Mar del Plata, en Av. Independencia Nº 1213. La misma se compone de los siguientes municipios: Ayacucho, Balcarce, Pinamar, Gral. Madariaga, Villa Gesell, La Costa, Gral. Alvarado, Gral.

Lavalle, Gral. Guido, Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, San Cayetano y Tandil.

El Partido de la Costa, corresponde a la Región Sanitaria VIII. Se encuentra al sudeste de la Provincia de Buenos Aires, a 292 km. de la Ciudad de Buenos Aires y a 240 Km. de la ciudad de Mar del Plata. Ocupa una franja costera de 96 km. de largo, un ancho variable de 2 a 4 km, con 13 localidades. La ciudad cabecera del Partido, sede del gobierno municipal, es Mar del Tuyú, la elección de esta localidad se hizo teniendo en cuenta que es el centro geográfico de la zona urbanizada de este Municipio. El mismo cuenta con tres hospitales, en zona norte, centro y sur, al igual que diferentes centro de atención primaria de la salud en las distintas localidades.

En 1970, se inaugura el hospital de la localidad de San Clemente. En 1983, se construyeron los hospitales de Santa Teresita: “Dr. Roberto León Dios” y el de Mar de Ajó: “Dr. Carlos Masías”. (Stocco. 2006). El nivel de atención de los hospitales es municipal, los mismos desempeñan y brindan una atención primaria de la salud; por tener consultorios de atención externos, internación y guardia.

El hospital de Mar de Ajo es el de mayor complejidad ya que cuenta un centro de diagnóstico, servicio de neonatología, obstetricia y cirugía general. Cuenta con guardia de pediatría, traumatología, clínica y terapia intensiva. El mismo recepciona todos los casos de alta complejidad del Partido. Los casos que no pueden ser resueltos allí son derivados hacia los hospitales pertenecientes a la región VIII por cercanía.

Dichos hospitales cuentan con una Dirección y Administración, y con diferentes Servicios de Consultorios Externos, como ser Cardiología, Cirugía, Diabetología, Diagnóstico por Imagen, Fonoaudiología, Ginecología, Infectología, Kinesiología, Neurología, Neurología Infantil, Obstetricia, Odontología, Oncología,

Oftalmología, Psiquiatría y Psicología, entre otros servicios. Siguiendo con el cronograma, los Hospitales cuentan con Guardia Médica y de Salud Mental, Servicio de Vacunación, Rayos, Laboratorio, Servicio Social, Farmacia, Oficina de SAMO, Oficina de Radioperador y Mesa de Entrada.

Los CAPS, posen servicios de consultorios externos, vacunación, enfermería y farmacia. En el CAPS, de Las Quintas, en la localidad de Santa Teresita, funciona el Servicio de Salud Mental del Partido.

II-e. El trabajo Social en el ámbito hospitalario.

Las estrategias de intervención del trabajador social en el ámbito hospitalario deben pensarse a nivel interinstitucional.

El trabajo interinstitucional debe entenderse como el contacto y la articulación con otras instituciones y profesionales, que estén abordando la misma problemática. El mismo permite “no sólo aportar a la reconstrucción del tejido social sino también dialogar entre sí, visibilizando el padecimiento, como manifestación de la desigualdad; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestra forma de actuar, revisar nuestra intervención” (CARBALLEDA.2009).

El trabajo interinstitucional puede también incluir la noción de trabajo en red. El mismo es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que aúnan sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes: “la noción de red implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva; que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal

como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades" (DABAS;PERRONE.1999).

Uno de los desafíos del Trabajo Social en el campo de la salud implica realizar una intervención transformadora, que pueda dar cuenta de la interrelación de fenómenos que interactúan en el complejo salud- enfermedad, percibiéndolo como un espacio de múltiples determinaciones que definen la cuestión social hoy.

Las funciones del Trabajo Social dentro del Servicio Social hospitalario son de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Realiza derivaciones, orientación e intervención. Efectúa seguimientos de pacientes internados y externados, trabaja en red con diferentes instituciones.

Según lo establece la normativa de organización y funcionamiento de los Servicios Sociales hospitalarios, es:

> "Es la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de las situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares (…) Tiende a favorecer la accesibilidad en salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los recursos institucionales, intra y extrasectoriales que obstaculizan su integral atención". (Resolución nº 4827/2002).

Entendemos a la intervención profesional del Trabajo Social como la puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional (CAZZANIAGA. 1997: 1). En relación a ello, consideramos que un aspecto central en toda intervención profesional es la intencionalidad de generar un cambio sobre una realidad concreta.

CAPITULO III. DISCIPLINA, INTERDISCIPLINA Y TRANSDISCIPLINA.

En este capítulo es pertinente enunciar los conceptos de: disciplina, interdisciplina y transdisciplina desde la mirada del Trabajo Social. También se hará referencia a la interdisciplina en los equipos de salud.

III-a. Trabajo Social y Disciplina.

Cada disciplina desde la comunidad científica que la avala, construye una matriz disciplinar, es decir unos referentes desde los que se edifica y que le permiten reconocerse o diferenciarse de otras. Es así, una forma de establecer fronteras.

Según Tomas Kuhn esta matriz disciplinar tiene tres elementos, desde la disciplina del Trabajo Social:

- *Generalización simbólica:* Lo constituyen el conjunto de lenguajes y contenidos heredados de las ciencias sociales, desde los que se nombra y resignifica el objeto de análisis del trabajo Social y se dota de sentido al quehacer profesional. Los conceptos de comunidad, sociedad, crisis, potencialidad, práctica, empoderar, visibilizar, procesos, son algunos de los que acompañan el discurso del Trabajo Social. En estos lenguajes los elementos teóricos son retomados desde su utilidad para comprender los

fenómenos sociales y acercar los satisfactores a las necesidades y las potencialidades a las posibilidades.

- *Modelos de Comprensión e interpretación de la realidad:* es la cosmovisión que en la disciplina se crea para habitar y leer el mundo, sus relaciones y los sujetos sociales. Las prácticas cotidianas y las posibilidades de su transformación son los énfasis en Trabajo Social, el método inductivo característico de las reflexiones y la contextualización de los fenómenos y el develar los sentidos que los sujetos le asignan. En las formas de preguntar, es común encontrarse con el Cómo, el cómo hacer, cambiar, comprender. Es un cómo que quizás interroga por lo metodológico y lo procedimental es una necesidad permanente en la comprensión de las prácticas sociales.
- *Ejemplarizaciones:* Las tipificaciones y los ejemplos empleados desde cada disciplina igualmente constituyen un factor de identidad como colectivo. En el Trabajo Social los ejemplos son cotidianos.

Uno de los problemas para la complementariedad disciplinar en la construcción de conocimiento, lo constituyen las matrices disciplinarias cerradas, en tanto son pocos los puentes que pueden establecerse con las demás disciplinas; las especialidades en el lenguaje, en las formas de operar propician cierres en las comunidades académicas y exclusiones de otros conocimientos, más aún cuando el énfasis es la especialidad disciplinar con la ilusión de comprender desde esa parte del conocimiento la totalidad de la sociedad; cuando además de lo cerrado de los esquemas de las disciplinas, ésta se acompaña de formas de pensar donde la pregunta

no tiene lugar y donde la opción es por desconocer otras perspectivas, enfoques y realidades como conocimiento científico.

Son tres los elementos desde los que se intenciona la comprensión del quehacer del Trabajo Social:

a. La formación académica, donde la universidad perfila unos roles sociales, propone unos sentidos a la profesión y construye un contenido a aquello definido.
b. La formación personal desde las cosmovisiones que cada persona tiene del mundo, determinada en un porcentaje genético, cultural y social y de las lógicas con las que cada persona combina estos elementos que determinan su-existencia.
c. El campo laboral ya que el ser humano en tanto está en construcción se hace en relación a las comunidades y personas con quienes convive e interactúan. Igual sucede en las profesiones dependiendo de los espacios de actuación profesional, se fortalecen o debilitan aptitudes y actitudes formadas.

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, otorgando las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción. Las ciencias naturales durante mucho tiempo han ejercido su hegemonía, de

hecho todavía tienen un estatus diferente en relación con las ciencias sociales, dicho de otra manera, marcan los territorios de conocimiento y de ejercicios profesionales. (CAZZANIGA: 2001).

El Trabajo Social, por su propio proceso de constitución disciplinar, adquiere características particulares. Es un campo híbrido entre lo público y lo privado, lo ubica en la incomodidad de trabajar con un sector social, pero respondiendo en su calidad de profesional asalariado a un tercero, Estado, instituciones privadas, ONG, empresas, muchas veces con un mandato de parte del empleador de control social, la enfrenta a nudos de gran complejidad que tensionan su práctica cotidiana. Tiene esa mirada particular que le permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes; trae aparejado esa especie de condición de todólogos que en la práctica cotidiana se transforma para los trabajadores sociales, en un hacerse cargo de todo, aquello que no es objeto de intervención de las demás profesiones, donde el adjetivo de social que portamos en nuestro título, habilitaría a resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión.

La intervención social como mecanismo de reparación de las fisuras que en términos de desigualdades sociales se dan en la sociedad, fue configurada desde diversas lógicas siendo la caridad y la filantropía las que han permanecido con más fuerza en el tiempo. El Trabajo Social como profesión, es una práctica que se formaliza en un momento histórico particular, la consolidación del sistema capitalista, y presenta diferencias sustantivas respecto de aquellas, ya que el carácter racionalista y científico aparece como significativo cuando los médicos higienistas proponen la creación de escuelas para formar estos profesionales en muchos países de América Latina y en

particular en el nuestro, lo hacen con la convicción de la necesidad de una intervención que pudiera estudiar las causas de la pobreza y proponer con criterios racionales, alternativas de superación.

No obstante esto, la fuerte presencia de las otras prácticas de asistencia y el encomendar preponderantemente a las mujeres esta misión por los atributos construidos respecto de las mismas en la sociedad patriarcal, abnegación, sensibilidad, instinto maternal, produce una operación de desplazamiento hacia la profesión. De esta manera, en el propio imaginario de Trabajo Social, el necesario compromiso social se convierte en la imposibilidad de poner los límites a las demandas y la aceptación medianamente pasiva de bajos salarios o la incorporación a una institución en carácter de ad honorem, se re interpretan en una suerte de identificación con los que menos tienen. Visto desde afuera, estas identificaciones suponen una homologación de prácticas y la posibilidad de pensar que cualquier persona de buena voluntad puede ocupar ese lugar. (CAZZANIGA: 2001).

III-b. Interdisciplina y los equipos de salud.

Descomponer el término interdisciplinariedad nos remite a entre disciplinas, lo cual implica la convergencia en aspectos concretos de variadas disciplinas y los diálogos explícitos entre éstas, en torno a una problema social o un asunto común; además que reta a la construcción colectiva del conocimiento, donde los elementos de cada disciplina converjan, rompiendo barreras para complejizar la comprensión de fenómenos.

El Trabajo Social en tanto disciplina de las Ciencias Sociales, se

construye en la relación entre necesidad y satisfactor, entre posibilidad y potencialidad. Posiciona a la profesión ya que tiende a disminuir las desigualdades sociales entre pobreza y acumulación. Quizás el estar situados en este lugar, con un objeto tan indefinido, en tanto no está dado en si mismo, propicia las ambivalencias sobre el perfil profesional y el especial sobre la legitimidad social de la disciplina. Sin embargo, también es una oportunidad para convocar al trabajo conjunto, a la convergencia de conocimientos y a ampliar referentes que trasciendan las fronteras especialistas que ocultan el trasfondo de problemas en las dinámicas sociales. Desde estos argumentos se valida la fortaleza de Trabajo Social para que sea quien convoque al trabajo interdisciplinario (KUHN: S/D).

Según Follari, lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco.

La fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de la ciencia hegemónica, se traduce en las formaciones académicas de los profesionales. Las diferentes consolidaciones que las disciplinas y por ende las profesiones, presentan en los campos de intervención, se encuentran en relación con los estatus 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. Al interior de los equipos, estas diferencias aparecen con verdaderas asimetrías en el ejercicio del poder. Los que deciden y los chicos de los mandados. (CAZZANIGA: 2001).

Estos obstáculos, no siempre de fácil remoción, ameritan una fuerte autocrítica entre todos los actores a fin de llegar a diálogos profundos entre los diferentes saberes. Desde todos los espacios debemos contribuir a esto, y especialmente los ámbitos de formación deberán realizar esfuerzos para transferir otros modos de pensar y hacer, respetando las especificidades pero teniendo como objetivo los trabajos en complementariedad.

Por otra parte, es interesante repensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan de por sí una gran complejidad, acentuada en la actualidad dadas las transformaciones operadas en el contexto. Dice Tenti Fanfani al respecto: “... la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos", y frente a ello el autor llama la atención a la formación profesional diciendo "... es sintomático... que la formación de los especialistas no haya tomado suficientemente en cuenta la necesidad de desarrollar en sus graduados las habilidades necesarias para el trabajo en equipos inter - disciplinarios".

Si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan, merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva, no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una mirada disciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

En los espacios hospitalarios es frecuente que al trabajador social se le asigne la misión de conectarse con los familiares del paciente, provea de pasajes, resuelva la cuestión de los medicamentos, reinserte en algún lugar al que fue dado de alta, realice diversos trámites frente a la justicia, entre otras actividades. Es imperioso reconsiderar nuestras estrategias de intervención en clave interdisciplinaria, independientemente de los espacios en los que trabajamos y de la presencia de otros profesionales.

La interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social. No es desde la soledad profesional que se puede dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan en 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.

El trabajador social debe 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. 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. 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. (CAZZANIGA.2001).

La interdisciplina no es ni más ni menos que la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento. Quizás, estas visiones de lo interdisciplinario sean útiles para recapacitar alrededor del concepto en la actualidad.

La interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la "competencia " individual desvaloriza el trabajo en equipo , o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto "costo- beneficio". (CARBALLEDA: 2001).

Por otra parte, puede ser interesante analizar las diferentes instancias de relación entre los diferentes campos de saber. Es decir cuando en la interrelación dentro de los equipos de trabajo se producen fragmentaciones, a veces de índole institucional u otras por "tradiciones" que prestigian a una modalidad de conocer por encima de otra.

Esas fragmentaciones pueden ser de tipo horizontal, sumisión, dentro de un mismo campo de conocimiento o de tipo vertical, o sea que predomina una disciplina por encima de otra u otras.

La existencia de esquemas piramidales o verticales solo reproduce una lógica de dominación que va mucho más allá del problema del conocimiento en abstracto o neutral. En el campo de la salud, muchas veces existen "presiones" sobre el equipo de salud desde la industria farmacéutica, la tecnología médica o la propia mercantilización del sector. Generando indefectiblemente una especie autoritarismo enmascarado en una modalidad del saber.

La conformación de un "equipo de trabajo" implica sostener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la Intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal.

En conclusión la Interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la Intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la Interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene "momentos" de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica. (CARBALLEDA: 2001)

III-c.Trabajo Social y transdisciplina.

El trabajo social como disciplina se constituye en la perspectiva integral de la problemática que aborda. Esto es, que pretende tener una perspectiva de comprensión del problema o situación problema más allá de los límites disciplinares.

Propone su intervención desde el conocimiento de lo social, dada la formación misma del trabajador social, trasciende lo disciplinar.

La mirada transdisciplinaria va más allá de la interdisciplinaria que se queda en las relaciones entre lo fragmentado. La transdisciplina es un desafío, rompe límites, integra conocimiento, no pretende sumar, ni tan sólo relacionar. La transdisciplina es la unidad producto de la integración de las disciplinas fragmentadas por el conocimiento clásico occidental, se construye en un estudio articulado de las diversas disciplinas,

funciona con otra lógica, donde el intertexto aparece como una forma de conocimiento, de aproximarse a la comprensión del objeto de estudio o de trabajo.

La transdisciplina permite la visión articulada del problema que se trabaja, es posible al aproximarse a diferentes segmentos de la realidad desde la complejidad de una realidad que como seres humanos finitos tenemos que reducir para intervenir, pero que se puede mirar integralmente.

La formación del trabajador social en el estudio de diversas disciplinas del conocimiento, construye la mirada transdisciplinaria como un continuo dado.

La correcta aplicación de esta postura epistemológica *exige* construir un objeto de trabajo, las preguntas, las hipótesis, y las categorías deben ser transdisciplinarias, para que se logre una coherencia teórica-metodológica.

Todo ello referido en este caso a la intervención misma y desde luego al diagnóstico como requisito previo. Lo transdisciplinario de la acción del trabajo social se traduce en la operación al integrar miradas, discurso e interpretaciones desde la definición de la situación problema, hasta la construcción de la estrategia de intervención que se conforma por acciones de trabajo social y ya no mas por la suma de acciones educativas, informativas, de capacitación o administrativas. No es lo mismo juntar miradas disciplinares a constituir una mirada trasdiciplinar desde lo social. (TELLO NELIA: 2006)

CAPÍTULO IV: TEORÍA DEL DISCURSO, SABER Y PODER.

¿Has pensado que así como hay oscuridad alrededor de la luz, también hay peligro alrededor del poder?

Ursula K Le Guin

En este capítulo se abordaran conceptos tales como: discurso, poder-saber desde las teorías de Michel Foucault; los cuales atravesaron y atraviesan la práctica del Trabajador Social y han, en algunos casos, definidos las intervenciones en lo social. Es nuestra intención analizar ciertos conceptos clave en su complejidad y nivel de pertinencia y valorar los aportes que la perspectiva foucaultiana tiene para hacer al Trabajo Social. Convencidos de que es indispensable bregar por la responsabilidad en el uso de la herramienta teórica.

4-a. El discurso y sus procedimientos de exclusión.

Michel Foucault sostiene que en toda sociedad la producción del discurso está controlada, seleccionada y redistribuida por diversos procedimientos que tiene como objetivo exorcizar los poderes y peligros de su pesada materialidad. También refiere que uno de los procedimientos es la exclusión, siendo el más conocido lo prohibido; debido a que no se tiene permitido decir todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia. “Tabú del objeto, ritual de la circunstancia, derecho exclusivo o privilegiado del sujeto que habla…. ” (FOUCAULT. 1970: 5).

Lejos de ser, el discurso, algo trasparentes, dice Foucault, es uno de esos lugares en donde se ejerce de manera predilecta alguno de sus poderes. No es simplemente algo que se pronuncia sino que conlleva una expresión de lucha, lucha por el poder del que se quiere apropiar. (FOUCAULT. 1970: 6).

El discurso, por más que en apariencia sea poca cosa, las prohibiciones que recaen sobre él, revelan su vinculación con el deseo y con el poder; no es simplemente lo que manifiesta (o encubre) el deseo; es también lo que es el objeto del deseo. El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse. (FOUCAULT. 1970: 6).

Otro principio de exclusión que desarrolla el autor, es el de separación y rechazo. Ejemplificado en la razón y la locura. El loco como aquel que su discurso no tiene valor. En cambio se le concede extraños poderes, como el de expresar una verdad oculta, esa que la sabiduría de los otro no puede descubrir. De todas formas, excluida o secretamente investida por la razón, en un sentido estricto, no existía. A través de sus palabras era cómo se reconocía la locura del loco; ellas eran el lugar en que se ejercía la separación, pero nunca eran recogidas o escuchadas. Podían objetar que esta forma de separación en ese momento ya estaba acabando pero de alguna manera ese procedimiento se reconfiguraba ahora el loco era escuchado y se buscaba un sentido. (FOUCAULT. 1970: 6).

Pero tantas consideraciones no prueban que la antigua separación ya no actúe; basta con pensar en todo el armazón de saber, a través del cual desciframos esta palabra; en toda la red de instituciones que permite al médico o psicoanalista

escuchar esa palabra y que admite al mismo tiempo al paciente manifestar, o retener, sus pobres palabras. Esto nos hace sospechar que la línea de separación actúa de otra forma, según líneas diferentes, a través de nuevas instituciones y con efectos que no son los mismos. Y aun cuando el papel del médico no fuese sino el escuchar una palabra al fin libre, la escucha se ejerce siempre manteniendo la cesura. Escucha de un discurso que están cubierto por el deseo, y que se supone cargado de terribles poderes. “Si bien es necesario el silencio de la razón para curar los monstruos, basta que el silencio esté alerta para que la separación permanezca”. (FAUCAULT. 1970: 7).

Parafraseando a Fuocault quien dice que es un tanto aventurado considerar la oposición entre lo verdadero y lo falso como un tercer sistema de exclusión. Pero ciertamente, si uno se sitúa al nivel de una proposición, en el interior de un discurso, la separación entre lo verdadero y lo falso no es ni arbitraria, ni modificable, ni institucional, ni violenta. En otra escala, si se plantea la cuestión de saber cuál ha sido y cuál es constantemente, a través de nuestros discursos, esa voluntad de verdad que ha atravesado tantos siglos de nuestra historia, o cuál es en su forma general el tipo de separación que rige nuestra voluntad de saber, es entonces, quizás, cuando se ve dibujarse algo así como un sistema de exclusión. (FOUCAULT. 1970: 8).

Esta separación histórica ha dado sin duda su forma general a nuestra voluntad de saber. Pero sin embargo no ha cesado de desplazarse: las grandes mutaciones científicas quizás puedan a veces leerse como consecuencias de un descubrimiento, pero pueden leerse también como la aparición de formas nuevas de la voluntad de verdad. (FOUCAULT. 1970: 9)

Pues esta voluntad de verdad, como los otros sistemas de exclusión, se apoya en un soporte institucional. También es acompañada, por la forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad, en la que es valorizado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido. (FOUCAULT. 1970: 11).

> "Recordemos a título simbólico únicamente, el viejo principio griego: que la aritmética puede muy bien ser objeto de las sociedades democráticas, pues enseña las relaciones de igualdad, pero que la geometría solo debe ser enseñada en las oligarquías ya que demuestra las proporciones en la desigualdad" (FOUCAULT.1970: 11).

Todos estos procedimientos, que enuncia el autor se ejercen en cierta manera desde el exterior; funcionan como sistemas de exclusión; conciernen sin duda la parte del discurso que pone en juego el poder y el deseo.

4-b. El discurso y sus procedimientos de control.

Foucault sostiene que existen, evidentemente, otros muchos procedimientos de control y delimitación del discurso. Aquellos que son internos, puesto que de algún modo esos discursos ejercen su propio control; procedimientos que juegan un tanto a título de principios de clasificación, de ordenación, de distribución, como si se tratase en este caso de dominar otra dimensión del discurso: aquélla de lo que acontece y del azar. (FOUCAULT.1970:13).

En primer lugar, el comentario, puede sospecharse que hay regularmente en las sociedades una especie de nivelación entre discursos: los que se dicen en el curso de los días y de las conversaciones, y que desaparecen con el acto mismo que los ha pronunciado; y los discursos que están en el origen de un cierto número de actos nuevos de palabras que los reanudan, los transforman o hablan de ellos. Discursos

que, más allá de su formulación, son dichos, permanecen dichos, y están todavía por decir. Los conocemos en nuestro sistema de cultura: son los textos religiosos o jurídicos, literarios y también en una cierta medida los textos científicos. (FOUCAULT. 1970: 14).

Es cierto que este desfase no es ni estable, ni constante, ni absoluto. Bastantes textos importantes se oscurecen y desaparecen, y ciertos comentarios toman el lugar de los primeros. Pero por más que sus puntos de aplicación cambien, la función permanece; y el principio de un cierto desfase no deja de ponerse continuamente en juego. (FOUCAULT. 1970: 14).

> "La desaparición de este desnivel no puede ser nunca más que juego, utopía o angustia. Juego al estilo de Borges, de un comentario que no fuese otra cosa más que la reaparición palabra a palabra (pero esta vez solemne y esperada) de lo que comenta; juego también de una crítica que hablase infinitamente de una obra que no existiese". (FOUCAULT. 1970: 14).

El comentario no tiene por cometido, cualesquiera que sean las técnicas utilizadas, más que el decir por fin lo que estaba articulado silenciosamente allá lejos. El comentario conjura el azar del discurso al tenerlo en cuenta: permite decir otra cosa aparte del texto mismo, pero con la condición de que sea ese mismo texto el que se diga, y en cierta forma, el que se realice. La multiplicidad abierta, el azar son transferidos desprovistos, por el principio del comentario, de aquello que habría peligro si se dijese, sobre el número, la forma, la máscara, la circunstancia de la repetición. Lo nuevo no está en lo que se dice, sino en el acontecimiento de su retorno. (FOUCAULT. 1970: 16).

Existe otro principio de enrarecimiento de un discurso. Y hasta cierto punto es complementario del primero. Se refiere al autor no considerado, como el individuo que habla y que ha pronunciado o escrito un texto, sino al autor como principio de agrupación del discurso, como unidad y origen de sus significaciones, como foco de su coherencia. En los terrenos en los que la atribución a un autor es indispensable (literatura, filosofía, ciencia), se percibe que no juega siempre la misma función; en el orden del discurso científico, la atribución a un autor era, durante la Edad Media, un indicador de su veracidad. Se consideraba que una proposición venía justificada por su autor incluso para su valoración científica. El autor concluye que el comentario limitaba el azar del discurso por medio del juego de una identidad que tendría la forma de la repetidora y de lo mismo. El principio del autor limita ese mismo azar por el juego de una identidad que tiene la forma de la individualidad y del yo. (FOUCAULT. 1970: 16).

Foucault sostiene que otro principio de limitación seria lo que se llama las disciplinas Principio también relativo y móvil. Que permite construir, pero solo según un estrecho juego. La organización de las disciplinas se opone tanto al principio del comentario como al del autor. Al del autor porque una disciplina se define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas como verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos: todo esto constituye una especie de sistema anónimo a disposición de quien quiera o de quien pueda servirse de él, sin que su sentido o su validez estén ligados a aquel que se ha concentrado con ser el inventor. Este principio también se opone al del comentario; en una disciplina, a diferencia del comentario, lo que se supone al comienzo, no es un sentido que debe ser descubierto de nuevo, ni una identidad que debe ser repetida; es lo que se requiere para la construcción de nuevos enunciados. Para que haya disciplina

es necesario que haya posibilidad de formular indefinidamente, nuevas proposiciones. (FOUCAULT. 1970: 19).

Una proposición debe cumplir complejas y graves exigencias para poder pertenecer al conjunto de una disciplina; antes de poder ser llamada verdadera o falsa, debe estar como verdad. La disciplina 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.

> "La disciplina 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. 1970: 22)

Existe un tercer grupo de procedimientos, al decir de Foucault, que permite el control de los discursos. No se trata esta vez de dominar los poderes que conllevan, ni de conjurar los azares de su aparición; se trata de determinar las condiciones de su utilización, de imponer a los individuos que los dicen un cierto número de reglas y no permitir de esta forma el acceso a ellos, a todo el mundo. Enrarecimiento, esta vez, de los sujetos que hablan; nadie entrará en el orden del discurso si no satisface ciertas exigencias o si no está, de entrada, calificado para hacerlo. Todas las regiones del discurso no están igualmente abiertas y penetrables; algunas están altamente defendidas mientras que otras aparecen casi abiertas a todos los vientos y se ponen sin restricción previa a disposición de cualquier sujeto que hable. (FOUCAULT. 1970: 23)

El intercambio y la comunicación son figuras positivas que juegan en el interior de sistemas complejos de restricción; y, sin duda, no sabrían funcionar independientemente de éstos. La forma más superficial y más visible de estos sistemas de restricción la constituye lo que se puede reagrupar bajo el nombre de ritual; este define la cualificación que deben poseer los individuos que hablan, define los gestos, los comportamientos, las circunstancias, y todo el conjunto de signos que deben acompañar el discurso; fija finalmente la eficacia supuesta o impuesta de las palabras, su efecto sobre aquellos a los cuales se dirigen, los límites de su valor coactivo. (FOUCAULT. 1970: 24).

Las sociedades de discursos, tienen un funcionamiento en parte diferente su cometido es conservar o producir discursos, pero para hacerlos circular en un espacio cerrado, distribuyéndolos nada más que según reglas estrictas y sin que los detentadores sean desposeídos de la función de distribución. Un modelo arcaico nos viene sugerido por esos grupos de rapsodas que poseían el conocimiento de los poemas para recitarlos, o eventualmente para variarlos y transformar los; pero este conocimiento, aunque tuviese como fin una recitación que permanecía ritual, se protegía, defendía y conservaba en un grupo determinado, debido a los ejercicios de memoria, a menudo complejos, que implicaba; el aprendizaje permitía entrar a la vez en un grupo y en un secreto, que la recitación manifestaba pero no divulgaba; entre el habla y la audición los papeles no se intercambiaban. (FOUCAULT. 1970: 25).

Apenas quedan semejantes sociedades de discursos, con ese juego ambiguo del secreto y de la divulgación. En el orden del discurso verdadero, en el orden del discurso publicado y libre de todo ritual, todavía se ejercen formas de apropiación

del secreto y de la no intercambiabilidad. Puede tratarse muy bien que el acto de escribir, tal como está institucionalizado en el libro, el sistema de la edición y el personaje del escritor, se desenvuelva en una sociedad de discurso, quizás difusa, pero coactiva. Pero existen aún bastantes otras, que funcionan según otro modelo, según otro régimen de exclusivas y de divulgación: piénsese en el secreto técnico o científico, piénsese en las formas de difusión o de circulación del discurso médico; piénsese en aquellos que se han apropiado el discurso económico o político. (FOUCAULT. 1970: 26).

Según Foucault la doctrina vincula los individuos a ciertos tipos de enunciación y como consecuencia les prohíbe cualquier otro; pero se sirve, en reciprocidad, de ciertos tipos de enunciación para vincular a los individuos entre ellos, y diferenciarlos por ello mismo de los otros restantes. La doctrina efectúa una doble sumisión: la de los sujetos que hablan a los discursos, y la de los discursos al grupo, cuando menos virtual, de los individuos que hablan. (FOUCAULT. 1970: 27).

Es muy abstracto separar, los rituales del habla, las sociedades de discursos, los grupos doctrinales y las adecuaciones sociales. La mayor parte del tiempo, unos se vinculan con otros y constituyen especies de grandes edificios que aseguran la distribución de los sujetos que hablan en los diferentes tipos de discursos y la adecuación de los discursos a ciertas categorías de sujetos. Son los grandes procedimientos de sumisión del discurso. Por ejemplo: un sistema de enseñanza, es una ritualización del habla; una cualificación y una fijación de las funciones para los sujetos que hablan; la constitución de un grupo doctrinal cuando menos difuso; una distribución y una adecuación del discurso con sus poderes y saberes. Acaso el sistema

judicial y el sistema institucional de la medicina no constituyen también, al menos en algunos de sus aspectos, similares sistemas de sumisión del discurso. (FOUCAULT. 1970: 28).

4-c. El saber-poder.

Foucault centra su mirada sobre determinadas zonas estratégicas de la vida social, espacios conflictivos, ámbitos problemáticos que son justamente problematizados en función de luchas y de intereses de grupos o de clases sometidas. (FOUCAULT. 1977: 14).

Lo que está en juego es elaborar estratégicamente saberes que son saberes alternativos porque se enfrentan a poderes específicos, y por tanto también a los saberes que los legitiman en función de sus racionalizaciones, unos saberes que se conjugan en racionalidades específicas, y tienen la pretensión de instituirse en saberes científicos, es decir, verdaderos, y por tanto en saberes que deben ser universalmente aceptados. El saber no es tan aséptico y neutral como se afirma con tanta frecuencia. (FOUCAULT. 1977: 15).

Dice Foucault si se quiere plasmar la historia de determinar dos tipos de discursos portadores de saber, no se pueden dejar de lado las relaciones de poder que existen en las sociedades en las que funcionan esos discursos. El objetivo es por tanto elaborar saberes que vayan más allá de los saberes instituidos y nos permitan comprender su razón de ser, elaborar contra saberes al servicio de movimientos alternativos, saberes en fin, que permitan reconocer los puntos de apoyo del poder de clases. (FOUCAULT. 1977: 15).

Frente al intelectual orgánico y frente al intelectual universal Foucault encarna el papel del intelectual especifico, asume que su trabajo intelectual está al servicio de quienes luchan en determinados espacios, en determinados ámbitos en donde se produce el gobierno de unos sujetos por otros, trata de entender la sociedad a partir de lo que ésta rechaza, de lo que se excluye de los desechos, de lo negado, de lo censurado, de los límites. El discurso psiquiátrico, el discurso médico, el discurso de la psicopatología y de la criminología. (FOUCAULT. 1977: 15).

Al exponer dichos discursos a la luz de la historia y al juego de las luchas y de los intereses, esos discursos seguros y ampulosos, orgullosos de su verdad y arrogantes, ponen de manifiesto la política de la verdad a la que sirven y de la que son deudores, de forma que su verdad se vuelve a la vez frágil y cuestionable.

El autor se pregunta: ¿Quién impone las reglas en un determinado campo, desde cuándo, por qué y en beneficio de quién? Estas cuestiones requieren respuestas basadas en una labor paciente que da forma a la impaciencia de la libertad. La locura, en tanto que objeto del saber psiquiátrico, un saber «científico» que se desarrolló especialmente el siglo XIX, está íntimamente relacionada con una nueva forma de ejercicio del poder propia de los Estados liberales, y más concretamente con la puesta en marcha de una sociedad basada en el capitalismo industrial. La encuesta y más tarde el examen, es decir, formas específicas de análisis que permitieron el nacimiento de la psicología, la psiquiatría, la criminología y el psicoanálisis, estén ligadas a formas específicas de control social y político en el interior de las sociedades de libre mercado. . (FOUCAULT. 1977: 15).

4-d. Relaciones de poder.

El capitalismo no se perpetúa únicamente gracias a la reproducción de las condiciones capitalistas de producción. Para que las relaciones sociales capitalistas se reproduzcan no basta únicamente con el poder del Estado y de sus aparatos, es preciso el ejercicio de poderes que se ejercen por todo el cuerpo social a través de los canales, formas, e instituciones más diversas. . (FOUCAULT. 1977: 16).

Pero para que exista capitalismo se requiere también que haya productores, es decir, trabajadores disciplinados, trabajadores asalariados dispuestos a someter sus gestos y sus pensamientos a los imperativos de los procesos de producción, trabajadores, en fin, convertidos en proletarios. Foucault lo formula, clara y sucintamente, en La verdad y las formas jurídicas, uno de los ensayos más brillantes que forma parte de su antología. Lo que me gustaría mostrar es que en realidad el trabajo no es en absoluto la esencia concreta del hombre o la existencia del hombre en su forma concreta. Para que los hombres se encuentren de hecho en situación de trabajar, vinculados al trabajo, es necesaria una operación o una serie de operaciones complejas mediante las cuales los hombres se encuentran ligados al aparato de producción para el cual trabajan. Para que el trabajo pueda aparecer como la esencia del hombre se necesita que el poder político realice una operación de síntesis.

El sistema capitalista es el que transforma el trabajo en beneficio, en sobre beneficio o plusvalía. En efecto, penetra mucho más profundamente en nuestra existencia. Este régimen, tal y como se instauró en el siglo XIX, se ha visto obligado a elaborar todo un conjunto de técnicas políticas, técnicas de poder, por mediación de las cuales el hombre se encuentra ligado a una realidad como la del trabajo; todas estas

técnicas constituyen un conjunto que hace que los cuerpos y los tiempos de los hombres se conviertan en tiempos de trabajo y en Fuerza de trabajo de tal forma que puedan ser efectivamente utilizados para ser transformados en beneficios. Pero para que haya plusvalía, es preciso que haya subpoder; es necesario una trama de poder político microscópico, capilar, enraizada en la existencia de los hombres se haya instaurado para fijar a los hombres al aparato de producción, convirtiéndolos en agentes de la producción en trabajadores. (FOUCAULT. 1977: 16).

El autor expresa el ataque del subpoder está necesariamente ligado al cuestionamiento de las ciencias humanas y del hombre, considerado éste como objeto privilegiado y Fundamental de un tipo de saber. No se puede situar las ciencias del hombre en el terreno de la ideología como si fuesen pura y simplemente reflejo y expresión en la conciencia de los hombres, de las relaciones de producción, tanto estos saberes como estas formas de poder no son aquello que, por encima de las relaciones de producción, expresan esas relaciones o permiten reconducidas. Estos saberes y estos poderes se encuentran enraizados mucho más profundamente, no solamente en la existencia de los hombres, sino también en las relaciones de producción. Y esto es así porque, para que existan las relaciones de producción que caracterizan a las sociedades capitalistas, es preciso haya, además de un cierto número de determinaciones económicas, estas relaciones de poder y estas formas de funcionamiento del saber. (FOUCAULT.1977: 16).

El poder se incardina en los cuerpos, en las prácticas, en los gestos de los seres humanos, pero también en los pensamientos, e las representaciones y en las racionalizaciones y hasta en el propio reconocimiento de nosotros mismos. Por esto

cuestionar las formas capitalistas de vida implica conocer las formas insidiosas mediante las cuales operan poderes y saberes específicos, pero a la vez asumir en nuestra propia existencia la renuncia a un reconocimiento, a una identidad que nos ha sido asignada. La lucha contra el poder implica la elaboración de una ética alternativa de la existencia. Así se explica que en los últimos años de su vida Foucault estuviese obsesionado por proporcionar algunas claves sobre la producción social de la subjetividad. (FOUCAULT. 1977: 17).

4-e. Resistencia.

La resistencia es un aspecto de las relaciones de poder. Toda forma social contiene su contra-forma capaz de crear oportunidades para la innovación. Y no es necesario pensar en quiebres dramáticos sino que pueden ser cambios mínimos, con lo cual las nociones de estrategia y táctica adquieren especial riqueza.

Aunque el rasgo distintivo del poder consiste en que determinados hombres pueden decidir más o menos totalmente sobre la conducta de otros hombres, esto nunca ocurre de manera exhaustiva. No existe poder sin resistencia ni rebelión en potencia, ya que resistencia es el nombre de la segunda fuerza sobre la que se aplica una primera fuerza en las relaciones de poder que son relaciones de fuerza: los que resisten o se rebelan contra una determinada forma de poder no deben contentarse con denunciar la violencia o criticar la institución; es necesario poner en cuestión la forma de racionalidad vigente en el campo social: cómo están racionalizadas las relaciones de poder (FOUCAULT. 1996:04).

Si el poder toma la vida como objeto de su ejercicio, Foucault está interesado en determinar lo que en la vida le resiste y, al resistírsele, crea formas de subjetivación y formas de vida. Es por ello que estudia los actos de verdad, los procedimientos reglamentados que atan un sujeto a una verdad, buscando dilucidar si existen otras maneras, diferentes a las conocidas en el Occidente moderno, de relación entre sujeto y verdad.

Cuando, se remonta a la Antigüedad es, debido a las exigencias del trabajo genealógico, ya que su preocupación es una cuestión actual: "…es preciso sospechar algo así como una imposibilidad de constituir en la actualidad una ética del yo, cuando en realidad su constitución acaso sea una tarea urgente, fundamental, políticamente indispensable, si es cierto, después de todo, que no hay otro punto, primero y último, de resistencia al poder político que en la relación de sí consigo" (FOUCAULT. 2006:46).

Foucault dirá que la verdadera resistencia se sostiene en la invención de una una nueva ética, un nuevo modo de vida, considerando que las prácticas de sí son relacionales y transversales (FOUCAULT. 2006:50-55).

Parafraseando al autor decimos que es sólo en términos de negación que hemos conceptualizado la resistencia. No obstante, tal y como se comprende, la resistencia no es únicamente una negación: es proceso de creación. Crear y recrear, transformar la situación, participar activamente en el proceso, eso es resistir. Decir no, constituye la forma mínima de resistencia. Pero naturalmente, en ciertos momentos, es muy importante. Hay que decir no y hacer de ese no una forma de resistencia decisiva.

CAPÍTULO V REPRESENTACIONES SOCIALES.

En este capítulo es pertinente abordar el concepto de las representaciones sociales, ya que las mismas atraviesan indiscutiblemente la práctica de los Trabajadores Sociales en Salud, como así también en todos los campos de desempeño profesional. Se hará un recorrido de conceptos entre el ayer y el hoy, desde la mirada de diferentes autores. Desde la perspectiva sociológica, se caracterizarán las representaciones colectivas e imaginarios sociales. Se concluirá con algunos aspectos de la organización y construcción de las representaciones sociales y como estos se identifican en los procesos de identidad y memoria.

5- a. Conceptos de Representaciones Sociales.

Podríamos definir a las representaciones sociales como una particular forma de conocimiento del sentido común y también como una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento. (BANCHS.1984).

Ese conocimiento circula en forma de discursos, prácticas, saberes, que se entrelazan al conocimiento científico y determinan formas de aprehender y explicar la realidad de las personas.

Acercándonos al concepto citamos a Moscovici (1979) que expone:

> *(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración delos comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias las cuales los relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979:17-18).*

Siguiendo a Serge Moscovici, estas representaciones del mundo son muy dinámicas, sobre todo en una época en que los cambios son tan vertiginosos.

Así como también poseen un núcleo central encarnado en la tradición y difícilmente modificable, ellas impregnan de alguna manera nuestras decisiones, ya que representan la mirada del otro, de los pacientes, de los compañeros de trabajo, de los demás profesionales y de colegas.

Por ello, son parte de una cultura, más no se trata de las representaciones colectivas a las que se refería Durkheim, que se imponen a los individuos y se conciben como realidades preexistentes e inmodificables, sino de representaciones que contienen elementos periféricos muy dinámicos y elementos centrales más estables.

Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades.(MOSCOVICI.1979).

Jodelet (1984), indica que el campo de representación designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Por lo tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social.

> “las representaciones sociales son... la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico” (JODELET: 1984).

Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida. (JODELET.1984:473).

Jodelet (1992) siguiendo a Hallbwacks y a Freud, nos recuerda que no hay una memoria puramente individual, pues su dinámica se fundamenta sobre lo social. Identifica sus fases indisociables, como dos caras de una moneda.

Para Carballeda, las Representaciones Sociales dan cuenta de la construcción social de la realidad a través del sentido común, la intersubjetividad, la comunicación y la práctica cotidiana. Las mismas pueden ser entendidas como formas de conocimiento práctico dirigida a la comunicación y para la comprensión del contexto social, material y de las ideas.

Son formas de conocimiento que se manifiestan como elementos cognitivos, imágenes, conceptos, categorías y teorías. Conllevan elementos afectivos, culturales e histórico sociales. Siendo socialmente elaboradas y compartidas contribuyen a la construcción de una realidad común que posibilita la comunicación.

De este modo las Representaciones Sociales son esencialmente fenómenos sociales que deben ser entendidos a partir de su contexto de producción; a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven como formas de comunicación en donde circulan. (CARBALLEDA. 2004).

Carballeda (2004) sostiene al igual que los autores citados, que existe además una clara vinculación con la cultura, en tanto espacio de construcción y circulación de prácticas y saberes. Ambas cuestiones se expresan en la vida cotidiana e implican fenómenos que pueden ser observados e investigados.

Por otra parte, se vinculan estrechamente con las prácticas sociales, en tanto que éstas se producen a través de conocimientos prácticos, a partir de la construcción cotidiana.

La noción de Representación permite dentro de las Ciencias Sociales la vinculación entre mundo material y mundo intelectual donde actúan las prácticas.

A partir ellas se puede acceder a procesos relacionados con: la intersubjetividad, el sentido común y la comunicación. La construcción de éstas se relacionan con la identidad, la pertenencia social, como producto de un proceso de aproximación de la realidad exterior al pensamiento, en tanto elaboración psicológica y social de la realidad.

De esta forma para el pensamiento del autor las Representaciones Sociales son constitutivas de lo social y circulan en los discursos, se vinculan con la vida cotidiana, desde allí es posible pensar en una articulación con la construcción de identidad.

5-b. Representaciones de ayer y de hoy.

En 1961 Moscovici se refirió al fenómeno de la polifacia cognitiva, en tanto que las representaciones tienen un carácter a la vez estable y dinámico, son al mismo tiempo estructuras y procesos, pensamiento social constituido y constituyente. En dos palabras son un fenómeno histórico, cultural y social del mundo de vida contemporáneo.

Su carácter histórico-cultural implica por un lado que ellas no surgen de la nada, sino que están ancladas en una cultura, con sus saberes populares, mitos, tradiciones, y por lo tanto responden a las características particulares de cada tradición histórico-cultural.

Son por tanto un fenómeno social, esto es, se construyen en un espacio social específico, teniendo dos formas de determinación, la central en términos de las características de la sociedad global y la lateral en términos de las características de los submundos o grupos específicos desde los cuales se construyen esas representaciones. El hecho de que sean histórico-sociales implica necesariamente que no son modificables, cambiantes; en tanto que conocimiento popular, del sentido común, del mundo de hoy, esas representaciones están permanentemente entremezclándose, cambiando, asimilando novedades. (MOSCOVICI: 1979).

Esto es el interés que motivó a Moscovici a captarlas en su proceso de emergencia, de transformación, de mezcla de saberes, y evidenciar que el conocimiento que nos orienta en la vida cotidiana, no es mejor ni peor que el científico, ambos se retro-alimentan, y la persona se construye a sí misma entre los demás, en las relaciones que establece con su mundo. Genera una identidad en la que internalizamos a ese otro generalizado de Mead, que representa las normas, valores, creencias de su grupo y de su sociedad. Identifica tres formas en que las representaciones pueden ser sociales en función de las relaciones entre los miembros de grupo:

- Las Representaciones pueden ser compartidas por todos los miembros de un grupo altamente estructurado, un partido, una nación, sin que hayan sido producidas por el grupo. Estas Representaciones hegemónicas prevalecen implícitamente en toda práctica simbólica o afectiva. Reflejan la homogeneidad que Durkheim tenía en mente cuando llamó esas representaciones como representaciones colectivas.
- Otras representaciones, son producto de la circulación de conocimientos e ideas pertenecientes a sub-grupos que están más o menos en contacto, cada sub-grupo crea su propia versión y la comparte con los otros. Estas son representaciones emancipadas, con cierto grado de autonomía (...) y resultan de compartir e intercambiar un conjunto de interpretaciones y símbolos. Son sociales en virtud de la división de funciones y de la información que se reúne y combina a través de ellas.
- Por último hay representaciones generadas en el curso de conflictos sociales y la sociedad como un todo no las comparte. Ellas están

determinadas por relaciones antagónicas entre sus miembros e intentan ser mutuamente excluyentes. Estas son polémicas y deben verse en el contexto de oposiciones o luchas entre grupos y con frecuencia se expresan en términos de un interlocutor imaginario.

5-c. Acerca de su relación con las ideologías.

La estrecha relación conceptual que une a las representaciones sociales y a las ideologías ha hecho que algunos autores como Ibañez y Robert y Faugeron, afirmen que las Representaciones Sociales no son sino la manifestación concreta y objetivada de las ideologías que las engendran.

Para Moscovici, que coincide en este particular con Althusser, considera que las Representaciones Sociales y las ideologías se encuentran en una relación de inclusión.

Una ideología es, en esta perspectiva, el sistema constituido por un conjunto de representaciones sociales y la relación entre ambas pertenece por lo tanto al tipo de relación que une a las partes con el todo.

En la versión de Moscovici, sin embargo, se anula la utilidad del concepto de ideología, la cual se ve reducida a un concepto englobador, que se queda vacío si se le restaran las representaciones sociales.

Para Ibáñez (1988), las Representaciones Sociales se refieren siempre a un objeto particular y pueden ser asignadas a agentes sociales específicos. Es decir, las representaciones sociales son siempre representaciones de algo y de alguien y siempre inevitablemente son construidas por grupos o personas, lo cual excluye la existencia de representaciones sociales genéricas y socialmente indiferenciadas en cuanto a sus portadores.

En oposición con estas características, la ideología sí tiene un carácter de generalidad que la asimila a un código interpretativo o a un dispositivo generador de juicios, percepción, actitudes, sobre objetos específicos, pero sin que el propio código esté anclado en un objeto particular, sino que atraviesa todos los objetos, además de que no es atribuible a un agente particular.

Es decir, la ideología es uno de los elementos de causalidad que interviene en la génesis de las Representaciones Sociales, pero esta relación de causalidad es de tipo circular, puesto que éstas pueden modificar a su vez los elementos ideológicos que han contribuido a su propia formación. (IBAÑEZ. 1988).

5-d. Algunos Aspectos de la construcción y organización de las Representaciones Sociales y la identificación de procesos ligados a la identidad y la memoria.

Las Representaciones Sociales establecen lazos entre los sujetos y el mundo, de allí surgen procesos vinculados al papel de la identidad de la memoria. La memoria implica una inscripción y una articulación entre lo individual y lo colectivo.

Desde la interacción de los marcos de interpretación surgen formas constructivas de la identidad a partir de la construcción de intercambios y reciprocidades.

Es posible pensar una relación espacio y memoria a partir de la existencia de una dialéctica entre espacio, memoria e identidad del grupo. Así, cuando un grupo está encerrado en un espacio, construye imágenes del medio exterior.

El espacio se presenta como un portador de la memoria, de ahí la utilización simbólica del mismo. De esta manera la memoria colectiva toma su punto de apoyo en las configuraciones espaciales. Así también el entorno físico influye en la conformación de los grupos.

La Psicología Social marca la existencia de la memoria dentro del cuerpo, es decir un lugar de representaciones de éste. Allí se entrecruza la vivencia personal del propio cuerpo y sus representaciones inclusive entre dolor y placer.

También existen desde las teorías psicosomáticas efectos de la vida social sobre el cuerpo que son producto de las representaciones. Allí aparece otro punto de encuentro entre cuerpo, identidad, memoria y representaciones sociales. La memoria se expresa en tanto memoria intelectual como memoria social. También las definiciones del espacio implican imágenes del pasado. Es decir que una nueva definición del espacio puede estar ligada a una nueva imagen del pasado.

Los contenidos de la memoria no resultan sólo de procesos internos, sino que son básicamente productos, en tanto relación con otros sujetos. El universo cognitivo humano traduce el resultado de un tratamiento de la interacción de un ambiente que presenta los atravesamientos que van a estar introducidos en la memoria con las significaciones, lugares, espacios psicológicos.

Las interacciones sociales condicionan las huellas dentro de la memoria. La memoria autobiográfica implica un puente entre lo social, político, individual y colectivo. Una vía de entrada a la relación entre Representaciones Sociales, memoria e identidad es a través de la noción de memoria colectiva. Ésta se encuentra ligada a la identidad de diferentes grupos, funciona como un almacenamiento del orden social, en tanto los grupos que se reflejan en su memoria. La memoria colectiva impone un orden social, con sus valores e intereses.

Así la identidad del grupo es su memoria. La memoria colectiva es generada colectivamente en la interacción social. Los límites son irregulares e inciertos y es difícil encontrar oposición entre pasado y presente. Tiene características de multiplicidad, no hay una memoria colectiva universal. Se apoya en rasgos de semejanza, en la historia de un mismo grupo.

Los monumentos y edificios en una ciudad implican una disponibilidad simbólica que articula diferentes procesos históricos que se inscriben en la memoria y generan identidad, dándole un sentido simbólico a los espacios. Así los ciudadanos dan sentido al espacio.

Podemos responder desde dos interpretaciones a estas cuestiones; por un lado que las personas le otorgan sentido y entidad a la ciudad, dando una ordenación simbólica a los lugares. Por otra parte, la existencia de límites, adentro y afuera que ya no existen.

En cuanto a la memoria social y su relación con las representaciones sociales, en principio es posible observar que diferentes coyunturas, generan distintos fenómenos de memoria, estos pueden ser espontáneos o manipulados y se relacionan con las identidades colectivas.

Las Representaciones Sociales al inscribirse dentro del contexto social y cultural y en un tiempo histórico definido, se vinculan con los procesos de simbolización. Estos se encuentran en todas las sociedades, y desde los actores ubicados en cada contexto surgen los esquemas organizadores y las referencias intelectuales de la vida social.

La simbolización surge de la experiencia de cada uno de los actores y desde allí se construye la experiencia, y se forma la personalidad. De ahí que los procesos de simbolización se relacionen con la identidad y se vinculen con la memoria.

La recuperación de la dimensión social de los sistemas simbólicos, teniendo en cuenta las condiciones de transmisión y producción de las representaciones implica una necesaria vinculación con la identidad y la memoria.

5- e. Representaciones colectivas e imaginarios sociales.

Desde la perspectiva sociológica, la representación que los diferentes grupos de la sociedad se hacen de ella es fundamental. Ésta es una de las ideas principales desarrolladas por Castoriadis.

Escobar (2000:67) sostiene:

"en esta perspectiva, los imaginarios pueden definirse como los conjuntos de ideas-imágenes que sirven de relevo y de apoyo a las otras formas ideológicas de las sociedades tales como los mitos políticos fundadores de las instituciones de poder" (ESCOBAR.2007).

De acuerdo con esto, el concepto de Representación Social es fundamental por cuanto se convierte en una herramienta primordial para la investigación social. De ahí que lo que se conozca de las sociedades no sea la realidad sino una representación de ellas.

Cada grupo, como cada sujeto, crea su propia identidad, y ésta tiene que ver con un proceso de reconstrucción permanente, pues se trata de un proceso de configuración dinámica, en el que el conjunto de historias particulares, de las voces de sujetos diversos revelan lo colectivo o grupal. Los imaginarios se visibilizan a través de discursos y objetos, a través de prácticas y acciones sobre la realidad.

Desde la perspectiva de Cornelius Castoriadis, quien en 1964 inaugura el campo de teorización del concepto imaginario social, su propuesta no sólo es importante porque trasciende algunas de las ideas del psicoanálisis y del marxismo, sino también porque orienta la investigación hacia una dirección tremendamente potente de significaciones. Se trata de un teórico que logra recoger los conceptos y categorías que hacen posible pensar lo imaginario, esto es, el esquema que fundamenta toda sociedad.

> *"la virtud de Castoriadis radica en ir más allá de la actitud constrictora y reduccionista que preside las perspectivas marxista y psicoanalítica, las cuales, en última instancia, relegan a lo imaginario a la condición de epifenómeno sin consistencia en el entramado de la vida social". (Carretero. 2003:95)*

Castoriadis indagó las condiciones de producción de invenciones colectivas y anónimas por las cuales lo histórico social opera transformaciones de sentido en una sociedad, desmarcando su pensamiento de una idea de sujeto o inconsciente colectivo. Introducir el papel de las significaciones imaginarias en la configuración de la sociedad moderna hace posible una mejor comprensión de ésta y del lugar del individuo en ella.

Lo imaginario para Castoriadis no tiene el sentido de imagen sino de capacidad imaginante, como invención o creación incesante, social, histórica, psíquica, de figuras, formas, imágenes, es decir, de producción de significaciones colectivas. Es capacidad imaginante de inventar lo nuevo; es social porque la capacidad imaginativa, propia del ser humano, es una facultad que se despliega en la vida histórica de las sociedades; es histórica porque el hombre es consciente de su tiempo, porque se construye en el tiempo, porque configura su historia; es psíquica porque es fuente de representaciones que no obedecen a una lógica ortodoxa. Lo imaginario es siempre simbólico y está referido a la capacidad de inventar e imaginar significaciones, con lo cual se constituye en el modo de ser de lo histórico-social:

> *Lo social-histórico es lo colectivo anónimo, lo humano impersonal que llena una formación social dada, pero que también la engloba, que ciñe cada sociedad entre las demás y las inscribe a todas en una continuidad en la que de alguna manera están presentes los que ya no son, los que quedan por fuera e incluso los que están por nacer. Es, por un lado, unas estructuras dadas, unas instituciones y unas obras «materializadas», sean materiales o no y, por otro lado, lo que estructura, instituye, materializa. En una palabra, es la unión y la tensión de la sociedad instituyente y la sociedad instituida, de la historia hecha y de la historia que se hace (CASTORIADIS., 1983:11).*

La función de las significaciones es proporcionar un modo particular de respuestas a interrogantes primordiales de un colectivo, por cuanto cada sociedad debe definir su identidad. No se trata de respuestas sino de sentidos encarnados gracias al hacer de un colectivo en sus prácticas sociales.

De acuerdo con lo precedente, lo imaginario tiene, para el filósofo griego, dos vertientes: la histórica-social y la psíquica. La primera está referida al imaginario social instituyente o imaginario radical; la segunda, a la imaginación radical, a la psique. Estas vertientes constituyen las dos dimensiones irreductibles de lo imaginario, a saber, el imaginario individual y el social: para este autor lo imaginario social es lo que permite a una sociedad verse, definirse, como un nosotros concreto. (CABRERA. 2006:56).

Las representaciones, surgidas de las acciones y discursos, realizan los imaginarios y constituyen la fuente de la creatividad social. La sociedad crea, a través del lenguaje, instituciones, significaciones nuevas, representaciones de sí mismas.

> *"Una sociedad es esencialmente surgimiento de nuevas significaciones imaginarias sociales, es decir, una institución cuya dinámica fundamental se da entre lo instituyente —lo imaginario radical— y lo instituido —las instituciones creadas—. Aquí lo decisivo es la capacidad de crear nuevas significaciones y nuevos sentidos, dentro de los cuales se hace imaginable y pensable una sociedad como sí mismo, y el mundo como su mundo. Así, lo imaginario social radical constituye una matriz creativa desde la cual es posible (en el sentido filosófico del término) una sociedad o institución humana que es producto novedoso de la acción de los hombres (CABRERA. 2006:58).*

Podemos concluir diciendo que la sociedad a través de la creación constante de figuras, formas e imágenes, que actúan como significaciones, le da sentido a las cosas, hechos y procesos y que ellas tienen como finalidad estructurar el mundo. (CASTORIADIS.1983).

CAPITÚLO VI: METODOLOGIA.

En este capítulo describiremos brevemente el enfoque seleccionado para esta investigación, la misma es exploratoria con revisión de las fuentes primarias y secundarias accesibles y enfoques cualitativos, refiriendo algunas precisiones en relación a las técnicas e instrumentos utilizados durante el proceso de investigación. Así daremos cuenta de algunos aspectos vinculados a la observación, la entrevista en profundidad, y la investigación documental.

6- a. Tipo de Diseño y Metodología Cualitativa.

La metodología propuesta corresponde a un diseño de investigación exploratorio de tipo cualitativo. Es una investigación exploratoria con revisión de las fuentes primarias y secundarias accesibles y enfoques cualitativos.

Entendiendo por metodología en ciencias sociales, a la manera de realizar investigación; es decir, al camino y al instrumental propio para el abordaje de la realidad, la cual no puede, ni debe, reducirse a un conjunto de técnicas sino que, incluye “las concepciones teóricas de abordaje, el conjunto de técnicas que posibilitan la aprehensión de la realidad y también el potencial creativo del investigador”, (DE SOUZA MINAYO. 2004:20).

La presente investigación perseguirá los lineamientos propios de la metodología cualitativa por considerarse a la misma como la más apropiada para que la temática abordada adquiera cuerpo y sentido, siguiendo un diseño de tipo exploratorio-descriptivo.

La investigación cualitativa se distingue por ser flexible o por su “diseño emergente”. Ello implica que el estudio no se define en su totalidad antes de comenzar, sino que va emergiendo en el mismo trabajo de campo, se va moldeando sobre la marcha a través del surgimiento de nuevos ámbitos de indagación, recorte de lo planeado, aparición de cuestiones no previstas, modificación de protocolos de observación, entrevistas y nuevas lecturas. Este enfoque metodológico exige, como expresa Gallart (1992), ir y venir entre los datos y la teoría modificando los aspectos conceptuales y replanteando los sujetos de investigación.

Asimismo, Guber (1998) caracteriza al proceso de investigación como una relación social donde el investigador es un actor más en el “flujo del mundo social” que negocia sus propósitos con los demás actores. Ello implica reconocer que el investigador inevitablemente es parte del fenómeno estudiado.

Para Valles (1997), otra característica de los estudios cualitativos es que existe una relación más estrecha e interactiva entre la fase de recolección, de información y la del análisis.

Alonso (1998), sostiene que además de la interacción entre métodos y análisis, es fundamental el lugar que ocupa el marco teórico del investigador. De esta manera, concibe a la interpretación como producto de una situación reflexiva del investigador sobre la información obtenida a partir de la combinación de las teorías y métodos. La información alcanzada a partir del análisis de las entrevistas, del material documental y de las observaciones realizadas sobre la realidad abordada, no son resultados sino que están enmarcadas en las categorías y conceptos que se desarrollaron en el marco teórico.

Otra característica de la metodología cualitativa, es que posibilita entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, permaneciendo el investigador próximo al mundo empírico (Taylor y Bodgan, 1992). La perspectiva del actor es una construcción orientada teóricamente por el investigador, quien busca dar cuenta de la realidad empírica tal como es vivida y experimentada por los actores. Este acercamiento permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición de la situación, la visión que tienen de su propia historia y de las condiciones estructurales en la que están inmersos.

Esta metodología parte de una perspectiva holística, es decir que las personas, los escenarios y los grupos son considerados como un todo. De este modo, la descripción y comprensión del contexto social y político del objeto de estudio, son fundamentales para lograr un entendimiento general de las experiencias.

En palabras de Olga Vélez Restrepo (2003), la investigación cualitativa como perspectiva subjetiva, de reconstrucción social de la realidad, constituye una vía fecunda de aproximación al conocimiento, descubrimiento y re- valoración de los sujetos históricos-sociales con los cuales se construye la práctica profesional del Trabajo Social.

Con respecto al tipo de estudio exploratorio-descriptivo, adherimos a lo desarrollado por Carlos Sabino (1998), quien explicita que lo que se propone es alcanzar una visión general, aproximativa, del tema de estudio, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura o comportamiento de grupos homogéneos de fenómenos. Permitiendo así, contrastar conocimientos teóricos y metodológicos previamente definidos con la realidad.

6-b. Técnicas utilizadas.

6-b_1- Entrevista en profundidad.

En tanto caracterizamos a la entrevista como un proceso comunicativo, Valles (1997) señala que debemos tener en cuenta que este proceso depende no sólo de una situación micro-social (compuesta por el entrevistador, el entrevistado y el tema en cuestión), sino también por los elementos externos, los factores extra-situacionales que relacionan la entrevista con la sociedad, la comunidad o la cultura.

Asimismo, para Alonso (1998) el análisis de los discursos sociales que se produce a partir de las entrevistas en profundidad implica la comprensión del texto en su contexto social y en la historicidad de sus planteamientos, desde la reconstrucción de los intereses de los propios actores. Siguiendo este enfoque, el habla es reveladora de condiciones estructurales, de un sistema de valores, normas y símbolos y, al mismo tiempo, refleja las representaciones de grupos determinados en condiciones históricas, socio-económicas y culturales específicas. Los relatos que surgen en el marco de una entrevista refieren a un contexto de clase, pero también de otras pertenencias.

El autor también sostiene, que la entrevista permite la aproximación del investigador a la realidad social desde el testimonio de los propios protagonistas, y que la información que se obtiene no debe interpretarse como falsa o verdadera, sino que expresa el producto de un individuo en sociedad que es necesario localizar, contextualizar y contrastar. Por ello, el investigador no debe esperar como resultado de la entrevista una descripción de hechos pasados, sino la apropiación que el informante ha realizado de un determinado suceso.

"La entrevista en profundidad, es pues, un constructor comunicativo, no es un simple registro de discurso, que "hablan al sujeto". Los discursos no son así preexistentes de una manera absoluta a la operación de tomo de datos que sería la entrevista; constituyen un marco social de la situación de la misma. El discurso aparece, pues, como respuesta a una interrogación, difundido en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, donde cada uno de los interlocutores, co-construyen en cada instancia ese discurso". (ALONSO.1998: 78).

6-b$_3$- Investigación documental.

Desde el proceso de investigación documental se puede hacer un análisis de la información escrita. Con el propósito de establecer relaciones, posiciones o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudios, esta se caracteriza por el empleo predominante de registros escritos como fuentes de información.

Las fuentes utilizadas en la investigación, pueden ser diversas, por ejemplo: libros, revistas, tesis, manuscritos y monografías; el propio centro de trabajo, la comunidad a la que se pertenece; los adelantos de la tecnología, las conferencias, las discusiones académicas, los seminarios, las clases, los congresos, y ensayos. Es por esto que el mundo ha logrado describir, conocer predecir y controlar los fenómenos que se presentan en la realidad.

El objetivo de la investigación documental es formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio y descubrir respuestas a determinados interrogantes a través de la aplicación de procedimientos documentales.

La técnica documental permite la recopilación de información para enunciar las teorías que sustentan el estudio de los fenómenos y procesos. Incluye el uso de instrumentos definidos según la fuente documental a que hacen referencia. (GALÁN AMADOR, M. 2011).

6- c. Diseño y construcción del instrumento de investigación.

Se tuvieron presentes para esta investigación los discursos y las representaciones sociales de los profesionales entrevistados.

Con respecto a los discursos y a las representaciones sociales, se utilizó la entrevista como herramienta de recolección de datos.

En cuanto a la realización de las entrevistas, se optó por la entrevista en profundidad. Este proceso de comunicación, donde se ponen en juegos elementos conscientes e inconscientes. A lo largo de este proceso reconocimos que el espacio de intercambio social que constituye la entrevista no surge espontáneamente, sino que es propuesto por el investigador a fin de obtener aquello que es importante y significativo para los informantes acerca de un suceso que queremos investigar desde sus significados, perspectivas e interpretaciones.

Resulta fundamental que el entrevistado se sienta cómodo para hablar de sí mismo, para esto el entrevistador deberá tener cualidades tales como, la capacidad de escucha y comprensión. Ruth Sautu (2003), plantea que luego de realizar la pregunta inicial el entrevistador debe dejar hablar al sujeto sin producir interrupciones, para luego así poder repreguntar, con el fin de obtener precisiones sobre determinados temas.

El rol del entrevistador consiste entonces en abrir temas, sugerir interpretaciones, incentivar reflexiones y proponer perspectivas nuevas. En esta investigación se elaboraron dos guiones para las entrevistas realizadas.

6 - e. Descripción del proceso y análisis de la investigación.

Se procedió a reunir toda la información existente vinculada al tema elegido; para lo cual fue necesario acercarnos a los diferentes materiales bibliográficos, y visitar portales virtuales.

Cada entrevistado recibe una carta de información sobre las características del trabajo de investigación y responde una hoja de consentimiento, antes de la concreción de la entrevista, para convenir criterios básicos relativos a la misma.

También se explicó la modalidad de entrevista y que la misma debía ser grabada, ya que permite al desgravarla, exponer las palabras textuales de cada entrevistado.

En cuanto al lugar, hora y fecha de los encuentros, se acuerda previamente con los entrevistados mediante comunicación telefónica o personalmente. Se tomó como espacio físico para la realización de las diferentes entrevistas, lugar de trabajos de los profesionales, y cafés.

Las entrevistas se han realizado, siempre bajo la modalidad individual, llegando a una duración máxima de entre 30 y 60 minutos.

El tema elegido para esta investigación ha funcionado como dinamizador del diálogo y ha permitido la aparición de “lo imprevisto”. Se organiza la información en base a las categorías previstas y emergentes de las entrevistas y se realiza el análisis e interpretación de datos.

CAPITULO VII. ANALISIS DEL TRABAJO DE CAMPO

En este capítulo desarrollaremos el análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales de Trabajo Social y a los médicos de los hospitales públicos del Partido de La Costa. Se llevara adelante este proceso, mediante la desgravación del total de las entrevistas realizadas.

Se organizará la información definiendo categorías generales y dentro de las mismas, sub-categorías o dimensiones, las cuales emergen del discurso de los entrevistados.

Los profesionales entrevistados, fueron doce, la franja etárea fue desde 25 a 55 años, los mismos se desempeñan o desempeñaron funciones en las instituciones hospitalarias del Partido de La Costa.

Para el desarrollo del análisis se preservo la identidad de cada entrevistado, por lo tanto de ahora en más se protegerá la identidad de los entrevistados con el uso de seudónimos.

7 a- Categorías analizadas en las entrevistas a los Trabajadores Sociales.

1-. Representaciones sociales.

Retomando el concepto de representaciones sociales propuesto por Jodelet en el capitulo IV, en el que sostiene que es la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro

medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento espontáneo, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico.

Para el análisis de esta categoría se define las siguientes dimensiones:

1-a <u>El trabajador social como nexo.</u>

El papel que cumplen los profesionales en las instituciones donde los mismos se encuentran insertos está relacionado y atravesado por las prácticas, los discursos, lo instituido, lo instituyente y el modelo médico hegemónico.

Mostrar como nos definimos, a través de los relatos de los entrevistados, aporta a la materialización del discurso que circula sobre el papel del trabajador social.

Esta dimensión adopta diferentes valores según las entrevistas realizadas a los profesionales.

Juana "Básicamente pienso que mi función dentro del hospital, es ser una especie de nexo entre los médicos, paciente, familia".

Mariela "Básicamente me parece que es, articular entre los médicos y la familia".

Mirta "Uuu, vaya pregunta, el rol fundamental del trabajador social en el servicio social del Hospital es ser un nexo entre el paciente y el médico, a veces somos los traductores del médico, porque los pacientes no lo entienden"

Gabriela "Nexo entre la comunidad y la gente que es externada"

Nely "Facilitarle a la persona que se presenta o que vos ves en el Servicio, lo que viene a solicitar, no se"

Liliana " bueno, si vamos a la parte teórica tendría que hacer promoción y prevención de la salud, tendríamos que trabajar con la familia, trabajando todo lo que es la patología puntual haciéndoles entender como es el tratamiento, como es vivir con esa patología, hacer promoción de la salud. La realidad es que estamos ahí atrincheradas a veces, que se yo, estamos trabajando con los pacientes que están internados, estamos haciendo derivaciones, gestión"

Se desprende de estos relatos, que los trabajadores sociales se ubican desde el discurso y desde su quehacer profesional en un lugar subordinado. Definirse como nexo denota la falta de autonomía de los trabajadores sociales que realizaron o realizan su práctica profesional en los hospitales del Partido de La Costa.

1-b <u>Imaginario social que el otro tiene del trabajador social.</u>

Esta dimensión nos aportara una visión de cómo es definido, por los otros[2], el papel del trabajador social desde los discursos de los mismos profesionales.

La mirada del otro marca profundamente la identidad propia, creándose imaginarios que nos incluyen o excluyen, nos legitiman o invalidan.

La mirada de otro nos coloca, como recadistas, conocedores y o expendedores de recursos sociales.

[2] Tomamos los otros como las personas que concurren al servicio social y también todo el personal del hospital.

Gabriela "que damos la bolsa, que sacamos los chicos a las madre, que enseñamos como maestras ciruelas lo que hay que hacer. Es la mirada de la gente y del personal del hospital también, por ejemplo si le preguntas a la administrativa no sabe. Los mandan al servicio social, si la persona está perdida la mandan al servicio social"

Mariela "Es la persona que da la chapa, la bolsa, el recurso netamente. Si a la persona le falta una bayaspirina al servicio, somos el cesto de basura del hospital. Como dadores de recursos. Yo creo que es histórico de nuestra profesión"

Nely "el trabajo social es el que da, el que da… el que da la bolsa de mercadería, los pasajes el que te da todo, o que tenemos la obligación de ayudarlos o darles"

Liliana "somos el descarte, somos la molestia, somos… no somos una profesión, no nos tiene como profesionales, somos el che pibe..."

Nely "*yo creo que ellos son más que nada, bueno uno también es… da lugar*"

Estos dichos, dan cuenta de cómo se ha mirado y se mira a través de la historia, el papel que cumple el trabajador social retrotrayéndonos a sus inicios donde era pensado como una tarea filantrópica, hasta la actualidad en donde no se ha podido romper con dicha mirada.

Nos preguntamos ¿es la mirada de los otros que nos representa socialmente? ¿O somos nosotros, los trabajadores sociales, que permitimos ser definidos así?

2- Modelo Medico Hegemónico.

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

Para el análisis de dicha categoría se desprende las siguientes dimensiones.

2-a Relaciones de poder entre profesionales

Foucault (1977) expresa en el capitulo IV "El poder se incardina en los cuerpos, en las prácticas, en los gestos de los seres humanos, pero también en los pensamientos, en las representaciones y en las racionalizaciones y hasta en el propio reconocimiento de nosotros mismos".

Las relaciones humanas sean cuales fueren, ya se trate de una comunicación verbal, o de relaciones amorosas, institucionales o económicas, el poder está siempre presente: me refiero a cualquier tipo de relación en la que uno intenta

dirigir la conducta del otro.

Mariela: *“Como todo paso que das en el hospital tenés pedir permiso.”*

Gabriela: “*Hay médicos que no entienden cual es tu rol, se piensan que sos secretaria, alcánzame las historias clínicas”*

Liliana: “Es que no te ven como un par, no sos un colega de ellos, no sos médico, les estas generando un problema”.

Mariela: “*Es muy difícil son los dueños del saber del conocimiento, lo mismo en toda la comunidad, enfermera, directivos los otros profesionales, es siempre como que esta arraigado el discurso medico, esta haya arriba…entonces a veces se dificulta el trabajo en equipo.*

Liliana: “Somos el descarte, la molestia, no somos una profesión, no nos tienen como profesionales(los médicos), somos una más y molesta”.

Mariela: “Cuando con el dispositivo llevamos un paciente psiquiátrico a la guardia, el medico me dice para que me la traen si esta compensada, ustedes están aburridos, que van buscando gente por las casas”

Gabriela: “Ante una situación de violencia de un adulto mayor, la médica de guardia me responde ¿Quién sos? ¿Para qué venís? ¿Para que la traes?

Juana*. “Hay decisiones que te la respetan y otras no. Cuando pedís por favor a ese paciente tenelo dos días mas porque estamos tratando de resolver alguna situación, hubo casos que te lo respetan y hubo casos que al otro día vas y le habían dado el alta.*

Nely: “Es directo, un ninguneo, no hay un discurso afín, ellos lo que hacen es mantener su posición de poder y te lo hacen ver todo el tiempo, no sólo ellos sino todos”

Juana: “te cuento una situación puntual donde el director médico del hospital me dijo... ¡¡¡¿Para qué mandar una trabajadora social al domicilio?!!! ¿Para saber qué color de esmalte de uñas usa?

Mariela: "fui a ver a la administradora del hospital para comentarle que en la temporada de verano íbamos a tener cinco trabajadoras sociales más en la guardia cubriendo el turno tarde, ella me respondió: yo estoy queriendo sacarlas y quieren agregar cinco más…"

En el común de estas entrevistas se observa: la circularidad del poder, que marca la asimetría entre la comunidad médica y los Trabajadores Sociales. En distintas situaciones que comentan los profesionales se visualiza la invisibilidad y desautorización a las intervenciones que se realizan. No entendiendo el papel fundamental que debería cumplir el trabajador social en el ámbito hospitalario.

2-b <u>Posicionamiento del Trabajador Social frente a los otros profesionales.</u>

Se considera que dicho posicionamiento se inscribe dentro de una construcción social e histórica, relacionada con la historia de la profesión, con la identidad que cada uno de nosotros se ha formado sobre el ejercicio profesional, con la identidad que nosotros proyectamos y con la identidad que los otros nos atribuyen.

> *"...así la mirada histórica con esta perspectiva intenta aproximarse al tema del trabajo social actual desde lo que hace, en su práctica cotidiana, en tanto ésta es constructora de sujetos de intervención y ha sido constituida en el devenir del tiempo...". (CARBALLEDA.2006:9).*

Gabriela: "*A mí me cuesta posicionarme, con todos ahí adentro"*

Gabriela: *El jefe de terapia intensiva, solicito que tengamos articulación, que nos acerquemos .Yo voy si me llaman sino no voy.*

Mariela: Hay médicos de guardia que no te podes ni acercar, y hay otros que les podes pedir todo lo que no le podes pedir a los otros.

Nely: "Con la infectóloga se trabajaba bien, te traía los casos"

Liliana: "Falta delimitar un poco el posicionamiento del trabajador social, y te das cuenta desde lo diario, porque te llaman por cosas que no te competen todo el tiempo"

Mirta: "Si bien hay médicos con los que se puede trabajar depende de como te posicionás"

Gabriela: "Te cuento una anécdota…cambiamos el escritorio porque estaba muy deteriorado, con previa autorización de la administración, nos dijeron que eligiéramos el que menos se usaba, sacamos el de ginecología, a los dos días el jefe de ginecología hizo un lío bárbaro, fue y se quejó en Dirección, nunca nos informaron desde la dirección, a todo esto el jefe de ginecología cambia el escritorio por el de enfermería, la jefa de enfermeras nos tiró la puerta abajo diciendo que le habíamos cambiado el escritorio, con quién se las agarró? Con nosotras, con los más débiles"

Liliana: "El médico tiene otra autonomía y nosotras tenemos patrón y nos coarta la libertad, ya que para hacer una devolución, una nota, no se pueden presentar sin autorización previa, por la dicotomía que hay entre la Dirección de salud y Dirección de desarrollo"

Desde estos dichos de las profesionales entrevistadas se puede visualizar: que la Trabajadora Social desde la función asignada y asumida, termina estando en un lugar de subordinación frente a las demás disciplinas médicas.

Reforzando así de alguna manera el discurso medico hegemónico que circula y se materializa en las instituciones hospitalarias del Partido de La Costa. También se desprende que esta particularidad se da a través de la rivalidad existente entre la Dirección de Salud y Desarrollo Social lo que genera que la autonomía de las Trabajadoras sociales quede relegadas a las decisiones de estas direcciones.

3- Espacio físico otorgado al servicio social.

En cuanto al espacio físico que se le otorga al Servicio Social dentro del hospital podemos decir que está íntimamente relacionado con el poder, en palabras de Pelegri Viaña "El poder se manifiesta en la arquitectura, en la distribución de superficies y espacios de dominio diferencial de los sujetos". (2004; 39).

Al respecto, Ricardo Malfe afirma que "los poderes aunque parezcan cristalizados, de hecho circulan y son usados estratégicamente (…) el análisis de los espacios nos hablan de la distribución de poder, de la atribución de prestigio, o, por el contrario, de la falta de reconocimiento hacia determinados roles." (Acevedo: 2004).

El análisis de los espacios da cuenta de las relaciones de poder al interior de las instituciones, el lugar que asume cada disciplina y como la distribución del poder determina los espacios para la intervención.

De esta categoría se desprenden las siguientes dimensiones:

3-a Falta de privacidad en la entrevista.

Liliana: "No hay privacidad, no podemos entrevistar, no tenemos teléfono, tenemos que ir al 107 o a la dirección para comunicarnos"

Nely: "Nosotros no teníamos privacidad para la entrevista, estaban los administrativos pidiendo turnos y estabas vos haciéndole la entrevista a la persona. De ultima le tomabas el domicilio, ibas a la casa y le hacías la entrevista ahí"

Nely: "No se puede hacer una entrevista delante de todos".

Mariela: "No teníamos teléfono, había que esperar que se fueran todos para poder hablar y tener privacidad, íbamos a la oficina del director o a mesa de entradas"

3-b <u>Espacios reducidos.</u>

Nely: La oficina era un sandwichito, entraba un escritorio y dos sillas, entraba alguien y te tenías que parar".

Liliana:" Hubo una remodelación de lo edilicio nos proporcionaron una oficina linda pero muy chica, dividida entre la administrativa y nosotras"

Juana: "Es una oficinita, es como el último orejón del tarro"

Nely: "Acá en San Clemente durante quince años el servicio social estuvo afuera del hospital en una oficinita muy chiquita, las persona esperaban para ser atendidos afuera, a cielo abierto"

Gabriela*: "Antes de agosto teníamos un consultorio que estaba detrás de la parte administrativa, chiquito, lleno de humedad, sin ventilación, terrible"*

Liliana: "Nos ponen en el lugar que queda, en el que sobra, en el que no está planificado"

Estas apreciaciones dan cuenta del lugar que ocupa el Trabajo Social en el ámbito hospitalario del Partido de La Costa. Demostrando así el poder instituido que se ejerce desde el espacio físico.

Creemos que esta situación no favorece las condiciones en donde se desarrolla el papel del trabajador social obstaculizando el ejercicio profesional, ya que no se posee la privacidad necesaria cuando la situación lo requiere.

En las palabras de Nelly queda evidente que el espacio de los servicios sociales no esta planificado, ni pensado ya que en el hospital de San Clemente durante quince años, el servicio social estuvo ubicado por fuera dela estructura hospitalaria.

4 -Trabajo interdisciplinario.

Tal como lo desarrollamos en el capitulo III Carballeda (2001), sostiene que la conformación de un equipo de trabajo implica mantener los espacios de diálogo, donde lo convocante es aquello que interpela a la Intervención, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal.

La Interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la Intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la Interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene momentos de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica.

Dentro de esta categoría teórica asume distintas dimensiones:

4-a Falta de articulación entre profesionales.

*Liliana: **"**Los del piso te convocan por un trámite o por un estudio, no para laburar en forma interdisciplinaria"*

Gabriela: "Si y no, con algunos profesionales se logra, con otros no, porque no están acostumbrados, con salud mental es muy difícil trabajar, no podemos trabajar, no hay una mirada integral".

Mariela: "Con el servicio de infectología se articula bárbaro, con el servicio de pediatría fue todo un proceso, estamos pudiendo trabajar mejor, con los médicos de guardia hay algunos que ni te

podes acercar, imposible articular."

Mariela: "Cuesta, cuesta articular, en los médicos de Santa Tersita es el viejo paradigma, tiene una dolencia, se cura y se va a la casa"

Nely: "Con la infectóloga se trabaja bien, articuladamente, de hecho ella tiene una trabajadora social, pediatría siempre son muy comprometidos, con clínica depende, con algunos sí y con otros no."

Gabriela: "*El jefe de terapia intensiva, solicito que tengamos articulación, que nos acerquemos .Yo voy si me llaman sino no voy".*

4-b <u>El trabajo interdisciplinario como un ideal.</u>

Juana "el trabajo en equipo sería lo ideal, cuesta lograrlo"

Mariela "sería lo ideal que cada uno aporte su especificidad y sea escuchado"

Nely "trabajando con situaciones tan complejas sería ideal poder tener una mirada integral y que cada disciplina pueda aportar desde su saber para la resolución de la problemática"

Liliana" el trabajo interdisciplinario seria como el ideal, porque en la práctica hace agua, para eso necesitas de la voluntad y la predisposición de los profesionales.

Se puede vislumbrar en estos relatos que las entrevistadas consideran como una utopía el trabajo interdisciplinario, es evidente la falta o escaso dialogo que existe entre las disciplinas.

Creemos que desde la soledad profesional no se puede dar respuesta a la multiplicidad de las demandas que se presentan en las instituciones como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos.

7 b- Categorías analizadas de las entrevistas a los profesionales médicos

1-Representaciones sociales

Retomando el concepto de representaciones sociales propuesto por Jodelet en el capitulo IV, en el que sostiene que es la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento espontáneo, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico.

Para el análisis de esta categoría se define la siguiente dimensión:

1-a El trabajador social como nexo.

En estos fragmentos se visualiza como definen los profesionales de la salud el papel de trabajador social que desarrollan su profesión en los hospitales del Partido de La Costa.

Juan "Cuando uno se va especializando descubre que hay resortes que son fundamentales. En lo que es cuando uno plantea el rol del trabajador social".

Guillermo "Creo que es la persona a través de la cual uno puede entender, conocer al paciente, más allá de rescatarlo, acercarse y conocer todo el entorno"

Jorge "Es el eslabón entre el servicio y la gente, entre la sociedad, sobre todo la mas necesitada, es el nexo que vincula a la población y nosotros."

Pedro "Es el nexo entre el paciente y el medico, el medico muchas veces no conoce aspectos que son importantes en la vida de los pacientes……es el trabajador

social el que trae esa información del contexto".

Los adjetivos que utilizan denotan que existe un consenso dentro de la comunidad médica para definir la función del trabajador social ya que en general los entrevistados lo definen como un nexo entre el paciente y el médico.

1-b El trabajador social como trasmisor de información del paciente.

Juan "a veces no conocemos aspectos importantes de la vida de los pacientes, situación social, nivel de vida, etc."

Silvia "el trabajador social forma parte del personal de salud sobre todo para saber qué le pasa a la gente en su trabajo y su vida personal"

Jorge "es el facilitador del acceso de la familia al sistema de salud. A través del conocimiento del estado de situación de la estructura social y las necesidades de las familias"

Guillermo "nunca me olvido de Adela, de pami, la trabajadora social vos le decías ¡¡mira!! Adela tengo un paciente con tuberculosis y ella decía ha y ¿dónde vive?, en tan lado. Ese flaco decía ella se acuesta con fulanita, sabia porque se caminaba todo".

Guillermo "marta la trabajadora social de este hospital no caminaba la calle, gastaba los tacos acá, y lo hemos hablado con ella"

Estos discursos remarcan la representación social que se tiene del trabajador social. Es visto como facilitador de información, como trasmisor, como nexo, como resorte. No hay una horizontalidad en la intervención ni una mirada integral. Demostrando que el profesional médico define al trabajador social desde una mirada prejuiciosa y descalificante.

2-Modelo Medico Hegemónico.

Retomando el concepto de modelo medico hegemónico definido por Eduardo Menéndez como un modelo de atención de la salud caracterizado por "su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad y participacionismo subordinado; que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como "pacientes" (Menéndez, 1985: 2).

Dicha categoría toma diferentes dimensiones teóricas.

2-a Como pilar en la formación académica.

Juan: *"Al principio de la carrera uno es más organicista, con el tiempo te volvés más social. Vas cambiando, si seguís haciendo lo mismo es porque no querés que te lastime"*

2-b Medicina sectorizada.

Jorge: "Hoy en día la medicina esta tan sectorizada, en compartimientos estancos y nunca terminamos de relacionarnos entre todos, que seria lo que ayudaría más al paciente, estamos en grupitos."

Juan:" La idea es que la problemática social que llega a la guardia, debería ser contenida en teoría en los centros periféricos".

Juan: "La enfermedad tiene cinco ejes y vos por ahí no los estudiaste, social, psicológico, psiquiátrico y clínico"….

2-c **Como forma de pensamiento.**

*Juan: **"**Yo siempre les digo a las sicólogas, a las trabajadoras sociales que no soy fundamentalista del modelo médico hegemónico, soy simpatizante"*

Jorge: "Si, yo personalmente me enfoco más en lo social, uno intenta correrse del modelo"

Guillermo: "Los médicos de guardia en líneas generales reciben al paciente y lo envían a la casa"

Consideramos que la salud no sólo incluye aspectos biológicos, sino también sociales, en tanto la misma debe ser concebida como un producto social, entendiendo que los individuos podrán gozar de buena salud en la medida en que puedan participar activamente en los cambios y transformaciones que surgen cotidianamente a lo largo de sus vidas.

En el ámbito hospitalario no existe una concepción integral de la salud, sino que predomina una fuerte fragmentación que determina cuáles son los roles y tareas que se le asigna a cada disciplina. En este contexto, las cuestiones que no responden a la lógica biomédica son relegadas a profesiones no médicas, dentro de las cuales se ubica el Trabajo Social.

3- **Importancia del trabajo en equipo:**

Es fundamental entender la importancia del trabajo en equipo como la complementación de las distintas disciplinas, ya que las situaciones que se presentan a diario son complejas y requieren un abordaje interdisciplinario con el objetivo de dar solución a las problemáticas de los pacientes y su familia.

Jorge: "*si es importante, cuando yo empecé a trabajar no sabía a quién recurrir, no sabía que existía una oficina de servicio social, igualmente el vínculo no es muy estrecho".*

Guillermo "es importante si, trabajamos en equipo, a veces es más grande otras más chico, con algunos por obligación otros porque tenemos buena onda."

Silvia: "Debería haber cuando llega el paciente articulación. Hola…si mira, tengo un paciente que hace bronquiolitis a repetición, ocúpate".

Silvia: Si es importante, más la psicóloga, del trabajador social he aprehendido muchísimo, me encantaría que haya alguien que trabaje en ciencias sociales, sociólogo, terapista ocupacional, los médicos somos muy individualistas, somos malos para conducir equipos."

Guillermo: "nosotros derivamos a los diferentes especialistas."

Juan: "Yo quiero que los trabajadores sociales formen parte activa del equipo."

7 c- <u>Categoría emergente.</u>

<u>El paciente social.</u>

Surge como categoría emergente de las entrevistas realizadas a los trabajadores sociales y médicos, la denominación "el paciente social"[3], en general entendida para el personal de salud como aquellos sujetos que al ingresar al hospital presentan motivos de interconsulta para el trabajo social, como ser: provenir de estar en situación de calle, hacer uso problemático de sustancias psicoactivas, ausencia de

[3] Esta fue una categoría emergente, es decir que no fue prevista en el guion de la entrevista, si no que fue emergiendo de los discursos de los entrevistados.

vivienda donde regresar al momento del alta, presentar una débil red social o su inexistencia.

1 - <u>El paciente social para los trabajadores sociales.</u>

Esta categoría adopta la siguiente dimensión:

1 a- <u>La estigmatización del paciente social.</u>

Gabriela: "entro un alcoholizado porque se cayó, entra por un problema médico, pero ya te llamaron porque para ellos el señor es social, por qué está sucio y tiene piojos, entonces lo tuvieron una semana internado como paciente social:"

Mirta " los pacientes sociales, que es un tema terrible, porque muchas veces los llaman pacientes sociales y en realidad son todos pacientes sociales, no sé cuál es la diferencia? Se los llama o se los estigmatiza porque no tiene familiar se tiene que hacer cargo la trabajadora social es un paciente que cuando está bien, no tiene donde ir pasa a ser social."

Mariela "Los pacientes sociales quedan internados cuando no tienen contención, desde el dispositivo de salud se trata de canalizar esas situaciones."

Liliana "Cuando ingresa a la guardia lo que ellos denominan paciente social ejemplo una gitana no evalúan por una patología sino por su aspecto.

Gabriela: "Tengo cuatro camas con tus sociales cuando me las vas a desocupar."

Se deduce de estos fragmentos que la palabra paciente social para las trabajadoras sociales remite a formas de estigmatizar a determinadas personas, Creemos que el termino posee una carga negativa ya que quienes la utilizan hacen referencia a “lo social” como sinónimo de “indigente”, “oloroso”, “sucio”, “gitano”, alcohólico” (esta expresión se liga a las dificultades que se presentan a la hora de la externación, y la necesidad hospitalaria de desocupación de camas de guardia.

2 - <u>El paciente social para los médicos:</u>

Esta categoría asume la siguiente dimensión:

2 a- <u>Permanencia en el hospital de los pacientes sociales.</u>

Guillermo*: “Todos los días tenemos pacientes sociales, seis o siete de veinticuatro camas, por falta de contención, matrimonios mayores que vienen a la Costa a buscar tranquilidad, uno de ellos muere y el otro no quiere volver”*.

Jorge: *“Sucede que hay pacientes sociales internados que no vienen familiares a cuidarlos, entonces la trabajadora social amenaza a los familiares para que se hagan cargo diciéndoles que los va a denunciar por abandono de persona”*.

Juan: *“Cuando necesitamos camas, la mayoría de las veces están ocupadas por pacientes sociales ese es un problema.”*

Jorge: "Tuve un adulto mayor que prácticamente vivía en el hospital, ya no había motivos para que permanezca, pero no teníamos su identidad y no había denuncias por desaparición de personas hasta que la trabajadora social lo ubicara vivía acá."

Pedro: "hay un buen porcentaje de pacientes sociales de veinte camas seis o siete son sociales, no hay geriátricos ni lugar donde alojarlos".

Se evidencia desde la comunidad médica que hay una mirada parcializada hacia estos pacientes, que desde el mencionado modelo médico hegemónico se produce una escisión desde lo biológico, donde no se tiene en cuenta a la persona como una totalidad. Siendo la asimetría en la relación médico-paciente, el individualismo, la ahistoricidad, el biologicismo, una concepción de sujeto pasivo, donde prevalecen los criterios mercantiles y la racionalidad científica.

De estos discursos se visualiza que predomina una fuerte fragmentación que determina cuales son los papeles y tares que se le asignan a cada disciplina. Las cuestiones que no responden a la lógica biomédica son relegadas al trabajo social.

Conclusiones finales

El objetivo de esta tesis fue analizar y caracterizar el posicionamiento del Trabajo social con respecto a las demás disciplinas en el ámbito hospitalario del Partido de La Costa.

Consideramos fundamental para este trabajo de investigación cuestionarnos acerca de los discursos que circulan sobre las representaciones sociales de los profesionales de trabajo social, que desempeñan su labor en el ámbito hospitalario; como así también la influencia del modelo medico hegemónico en las prácticas de dicha profesión. Para tal fin se indagaron a los trabajadores sociales y médicos que formaron y forman parte del personal de los hospitales públicos del Partido de La Costa, en base a las experiencias de sus prácticas cotidianas.

Creemos que la representación social que tenemos sobre nuestra profesión y la que surge desde la mirada de los otros, define indiscutiblemente el posicionamiento subalterno de la profesión, ya que ella nos constituye.

De las respuestas obtenidas en las entrevistas con respecto al papel que cumplen los trabajadores sociales en el hospital, se desprende que tanto los médicos como los trabajadores sociales lo definen de manera similar, colocando a la profesión en un lugar subalterno o subsidiario. Reflexionando sobre esta cuestión llegamos a la conclusión de que la mayoría de las entrevistadas acepta y naturaliza su práctica, es ahí en donde se produce la materialización del discurso, profundizando aún más la asimetría existente entre las dos disciplinas.

Históricamente nos han definido de múltiples maneras, como dadores de recursos, como traductores, etc. Dentro del hospital es caracterizado como nexo o eslabón entre el paciente y el médico, en definitiva existe la impronta de que dentro de la verticalidad de la institución somos vistos como los más débiles. Pero a través de los dichos de los profesionales de trabajo social queda evidenciado que de la propia definición se retroalimenta el discurso peyorativo que circula de la profesión.

Sostenemos que aún persiste en el imaginario social una mirada que identifica a la profesión como practica de resolución de problemas sociales, más aún el de hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales, quedando minimizada en relación con otras que tendrían ganado un status diferencial como la medicina, con las que el trabajo social suele compartir los espacios de intervención.

Otro aspecto a considerar es el tema del saber-poder, el cual se manifiesta en el discurso de los profesionales médicos, ya que en su mayoría dejan entrever su adhesión al modelo médico hegemónico. Creemos que el poder logra su efecto y es aceptado porque produce verdades para las personas, proporciona subjetividades que la gente puede asumir en su vida cotidiana, configura identidades y regula las visiones del mundo. Desde esta perspectiva adscribimos al pensamiento de Foucault, quién dice “no es posible que el poder se ejerza sin el saber, es imposible que el saber no engendre poder”.

A partir de las entrevistas y de observaciones realizadas pudimos visualizar los efectos del ejercicio del poder al interior de la institución, generándose una asimetría en la relación profesional entre trabajadores sociales y médicos, en la cual es clave la falta de determinación en relación a la toma de decisiones. En diferentes situaciones el médico anula e invisibiliza a los trabajadores sociales, ya sea en guardia, en internación y en la práctica cotidiana.

Asimismo al indagar sobre el trabajo interdisciplinario entendiéndolo como un diálogo entre las distintas disciplinas, en donde el objetivo es establecer estrategias en común, encontramos que al no existir una mirada integral de la salud y al no reconocerse la especificidad de la profesión, se dificulta dicha tarea. Lo antes expresado emerge de las respuestas que se obtuvieron con respecto a esta práctica, donde tanto los profesionales de trabajo social y médicos, consideran al trabajo en equipo como una mera derivación de casos o una cooperación ocasional.

De los tópicos analizados la cuestión de los espacios físicos otorgados al Servicio dentro de la institución, nos habla de la desigual distribución del poder, de la atribución de prestigio y de la falta de reconocimiento en cuanto al papel o la función que cumplimos dentro del hospital.

Esto se evidencia en los relatos de la mayoría de los profesionales, quienes refieren que se los relega a trabajar en espacios reducidos, donde se hace casi imposible entrevistar en forma privada, realizar un llamado telefónico, asimismo la falta de recursos impacta y colabora para mermar la calidad en la atención y de las intervenciones.

Estamos convencidas de que no es casual que las oficinas se encuentren alejadas, al final de los pasillos, o en algún momento, como por ejemplo en el hospital de San Clemente, en el exterior del edificio. La distancia simbólica se refuerza con la distancia física entre los profesionales, asumiendo que el poder también se manifiesta en lo arquitectónico y en la distribución de los espacios asignados.

A través de este proceso de investigación tenemos que decir, que se han obtenido algunos logros, uno de ellos es a nuestro criterio que se pensara esta profesión para el Partido de la Costa, en el transcurso de estos años ha ocupado espacios que antes eran relegados a personas no idóneas. En la actualidad se incluye al Trabajo Social en las guardias hospitalarias, siendo esto un espacio ganado.

Con respecto a los espacios físicos son visibles los cambios producidos, ya que algunos servicios sociales a través de los años han pasado de tener sus oficinas en el exterior del hospital, a tener su espacio dentro del mismo.

Sostenemos que estos pequeños logros se fundamentan en el poco tiempo que tiene el desarrollo de esta profesión en el Partido de la Costa.

A lo largo de este trabajo se han plasmado las numerosas resistencias a las que se enfrentan los trabajadores sociales en el campo de la salud, las cuales representan obstáculos para el desarrollo de un trabajo ético y profesional, surgieron desde los discursos, desde las representaciones sociales, desde el poder que se ejerce y condiciona nuestra praxis. Sostenemos que los espacios asignados, los discursos que circulan, el imaginario que nos representa y la no resistencia de parte del Trabajador Social, denotan el posicionamiento subalterno del Trabajo Social en el hospital. Para

lograr una transformación en este sentido, es que nos propusimos interpelar el posicionamiento del Trabajo Social en el ámbito hospitalario. Consideramos que hemos cumplimentado los objetivos que se han propuesto al inicio de esta investigación.

Para finalizar estas reflexiones sostenemos que el Trabajo Social es una de las disciplinas fundamentales en el trabajo con el otro, uno de sus fines es el de empoderar a las personas, tendiendo hacia la autonomía. En el ámbito hospitalario específicamente, tiene que poder recuperar la dignidad de la persona que padece. Hacernos visibles y accionar desde nuestras prácticas, expresando resistencia al poder instituido, sólo así podremos colocar a nuestra profesión en el lugar que le corresponde por principios y por derecho, en igualdad de condiciones con las demás disciplinas que coexisten en el campo de la salud.

BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, M, J. (2004). "Un instrumento para el abordaje heurístico de las instituciones". Artículo del equipo de cátedra del Prof. Ferrarós. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Ares.
catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/mja%20tetraedro.pdf

ALONSO, L (1998) "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa" – En: DELGADO y GUTIERREZ (edit.). – **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. – Edit. Síntesis.

BANCHS, M. (1984) "Efectos del contacto con la cultura francesa sobre las representaciones sociales del venezolano". En Interamerican Journal of Psychology Vol. 2.

BANCHS, M. (1999). "Identidad de Género".Simposium "El género a la psicología". Ponencia presentada en el XVII Congreso Iberoamericano de Sicología.

BELMARTINO, S. (1991). "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica" En: Cuadernos Médico Sociales no 55

CARBALLEDA, A. (2001)"La Interdisciplina como Diálogo. Una visión desde el campo de la Salud". Revista Margen. Edición N° 23.

CARBALLEDA, A. (2004). "Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad". Editorial Espacio. Buenos Aires

CARBALLEDA, A. (2004). "Representaciones Sociales e Identificación de Procesos ligados al papel de la Identidad y la Memoria". Revista Márgen N°33.

http://www.margen.org/suscri/margen23/interd.html

CARBALLEDA, A. (2004). Lo Social de la Intervención. El Proceso de Análisis en Trabajo Social. Revista Margen. Edición Nº 38. **.**http://www.margen.org/suscri/margen38/losoc.html

CARBALLEDA, A. (2006). "El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención". Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad. Editorial Espacio. Buenos Aires.

CARBALLEDA, A. (.2009). "Trabajo Social y padecimiento subjetivo". Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires http://www.margen.org/jorna/jorna09.html.

CASTELL, R. (1997). "La metamorfosis de la cuestión social" Una crónica del salariado. Editorial Paidos. Barcelona.

CASTORIADIS, C (1983). "La institución imaginaria de la sociedad". Editorial Tusquets. Barcelona.

CARRETERO, A. E. (2003). "Un acercamiento antropológico a lo imaginario". Papeles de filosofía, 22 (1) Imaginario y utopías, Athenea Digital, 7 (primavera): 40-60. Disponible en http://antalya.uab.es/athenea/num7/carretero.pdf.

CABRERA, M, A. (2006) "Más allá de la historia social" articulo academico ¿? Preguntar a eva

CABRERA, D. (2006). “Lo tecnológico y lo imaginario. Las nuevas tecnologías como creencias y esperanzas colectivas”. Editorial Biblos. Buenos Aires.

CAZZANIGA, S. (2001) “Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”.

CONI, E. (1918). “Asistencia y cuestión social”. Buenos Aires caritativo y previsor. Buenos Aires. Editorial Espinelli.

DE SOUZA MINAYO, C (2004): “El Desafió del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud”. Buenos Aires. Ed. Lugar.

DABAS, E. Y PERRONE, N. (1999) “Redes en Salud” articulo académico

baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf

ESCOBAR, J, C. (2007). “Lo imaginario”. Entre las ciencias sociales y la historia. Editorial. Universidad EAFIT. Colombia.

FOUCAULT, M. (1970). El orden del discurso. Traducción de Alberto González Troyano Tusquets Editores, Buenos Aires, 1992.

FOUCAULT, M. (1977). Estrategias del poder. Traducción de Julia Varela y Fernando Alvarez Uría. Editorial Paidos, 1999.

FOUCAULT., M (1996). “La vida de los hombres infames. Buenos Aires. Editorial Altamira.

FOUCAULT, M. (2006). “La hermenéutica del sujeto”. Curso en el collage de france 1981-1982. Buenos Aires fondo de cultura económica.

FOLLARI, R. (1992). “Apuntes Seminario Epistemología” (mimeo). Facultad de Ciencias de la Educación. UNER. Paraná.

GALLART, M. (1992). “La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de investigación” en Forni, Floreal, Gallart, María Antonia y Varsilachis de Gialdino, Irene, Métodos cualitativos II: la práctica de la investigación, Buenos Aires, CEAL

GUBER, R. (1998).“El salvaje metropolitano”, Buenos Aires. Editorial: Legasa

GALÁN AMADOR, M. (2011): “Metodología de la investigación”. http://manuelgalan.blogspot.com.ar/

GERMANI, G. (1987). “Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico”. Buenos Aires. Ediciones del Solar.

GALENDE, E. (1990) “Programa Salud Publica: sector estatal, ciencias aplicadas o ideologia de lo posible” tomado del Libro "Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón Psiquiátrica". Editorial. Paidós, Buenos Aires.

IBAÑEZ, T. (1988). “Ideologías de la vida cotidiana”. Editorial Sendai Barcelona

JODELET, D. (1984). “La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). Psicología social II. Editorial Paidos Barcelona.

MENENDEZ, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

MENENDEZ, E. (1985). "Modelo Médico Hegemónico, crisis socio - económica y estrategias de acción del sector salud". Cuadernos Médico-Sociales N° 33, Rosario.

MIRANDA ARANDA, M. (2003). "Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron ciencia" tesis doctoral

MOSCOVICI, S. (1979) "El psicoanálisis, su imagen y su publico". Buenos Ares. Editorial Huemul.

MUSCHIETTI, Adolfo. (**1914)**. Ensayo médico-social: el prejuicio de la prostitución y la lucha antivenérea. Editora Buffarini. Buenos Aires.

MORA, M. (2002). "La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici". Athenea Digital N° 2. http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf

NOVICK, S. (2000). "La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argenitna 1964-1989". En: DOMÍNGUEZ MON, A et alt.. 2000.

NETTO, J. P. (1997). "Capitalismo monopolista y servicio social. São Paulo: Editora Cortez"

OLIVA, A. (2006). “Antecedentes del trabajo social en Argentina: Asistencia y educación sanitaria” Articulo que forma parte de una tesis doctoral.

PELEGRÍ, VIAÑA, X. (2004). “El poder en el trabajo social. Una aproximación desde Foucault. Revista científica Complutense volumen 17 Universidad Complutense Madrid.

RUIZ BOTERO, L, D. (2003): “El trabajo social en grupos interdisciplinarios”. Analisis del quehacer profesional. Revista Margen N° 28.
http://www.margen.org/suscri/margen28/botero.html

SAIZAR, M. (2008). “Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente”. En Krompotic, C.: “Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud” Editorial Espacio, Buenos Aires.

SABINO, CARLOS A. (1998): “Como hacer una Tesis y elaborar todo tipo de escritos”. Segunda Edición. Buenos Aires. Ed. Lumen-Humanitas.

STOCCO, N. (2006). “Así nació mi pueblo Santa teresita” editorial del autor.

TENTI FANFANI. (**1994).** "Universidad y profesiones. Crisis y alternativas. Editores. Miño y Dávila 2ª edición. Buenos Aires

TENI FANFANI. (2000). “La acción solidaria y la cuestión social contemporánea”. Revista Arquivo Vol. 14. Universidad de Matto Grosso. Brasil.

TAYLOR, S. y BODGAN, R. (1992). “Métodos cualitativos de investigación”. Editorial Paidos.

TELLO, N. (2006) “Apuntes de Trabajo social. Trabajo social, disciplina del conocimiento”. Mexico.

TOBAR, F. (2001). “Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina”. Salud para todos. Año 7. Número 70. Mayo.

TERRIS, M. (1990). “concepto de promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud publica”. PAHO. Washington

VALLES, M. (1997). “Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis.

VÉLEZ RESTREPO, O. (2003). “Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”. Ed. Espacio

Páginas Web

/www.santateresita.com.ar/historia.htm

www.margen.com