

Aportes sobre la intervención del Trabajo Social en el ámbito hospitalario

## “...Al andar se hace camino...”

Por Karina Brovelli

**Karina Brovelli.** Trabajadora Social. Residente de 2º Año del Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández” de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Servicio Social en Salud de la Dirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

### Introducción

El presente trabajo tiene como punto de partida la experiencia del primer año de la Residencia de Servicio Social desarrollada durante los años 2010-2011 en la sala de internación de hombres del Servicio de Clínica Médica perteneciente al Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández” de la Ciudad de Buenos Aires.

A partir de la participación en este espacio fue posible tomar contacto con diversas situaciones de vida y de salud-enfermedad, que permitieron reflexionar sobre las necesidades, las protecciones y los derechos en el contexto actual, como así también acerca de diferentes respuestas que se despliegan frente a esto.

Si bien se parte de una concepción de salud integral (relacionada con los modos históricos de vivir y trabajar de los sujetos) cabe aclarar que no se analizarán aquí las condiciones de vida reseñadas como generatrices de procesos específicos de salud-enfermedad, sino que se considerará, una vez presentados estos procesos, qué revelan los mismos respecto de las condiciones materiales de existencia de las personas y de las políticas públicas que deberían prestarles asistencia, y qué estrategias se ponen en marcha frente a ello desde el Trabajo Social. Asimismo se considerarán los impactos subjetivos y vinculares que produce la situación de enfermedad e internación, y las características de la intervención de la profesión en este plano.

Más precisamente, se busca contribuir al conocimiento de las situaciones que atraviesan a la población internada en la sala de hombres del Servicio de Clínica Médica y que se construyen como demandas a la profesión, y a la sistematización de la práctica profesional en este espacio, a fin de aportar a la reflexión acerca de la intervención del Trabajo Social en el ámbito hospitalario.

Desde una perspectiva de salud integral, se entiende que el proceso salud-enfermedad se desarrolla dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas de significados respecto de los mismos. Es de este modo una construcción social donde se articulan procesos económicos, sociales, políticos e ideológicos.

Este marco conceptual implica una idea de integralidad en torno a los eventos de salud, y requiere para su abordaje de la presencia de diversas disciplinas, entre ellas el Trabajo Social. La situación de internación (originada en un problema de salud) impacta en diferentes dimensiones de la vida del sujeto, desestructurando el esquema de su vida cotidiana; es así una situación de crisis. Asimismo, esta situación pone de manifiesto, es decir, revela, los recursos que el sujeto

posee y/o puede movilizar, y aquellos de los que carece y/o a los que no puede acceder. Esto último a su vez revierte en las condiciones en que se desarrollará su recuperación.

Lo anterior interpela al Trabajo Social, en su conocimiento y acción, en tanto afecta directamente el bienestar y la calidad de vida de los sujetos, familias y grupos. Subyace a esta afirmación la idea del conocimiento y de la acción como dos momentos inseparables de un proceso dialéctico, en el que ambos se enriquecen y modifican de manera permanente. Es en esta convicción que se basa el análisis realizado en este trabajo, en el que se busca aportar a la reflexión acerca de los problemas objeto de intervención y las estrategias de intervención del Trabajo Social, como paso previo y necesario para la generación de propuestas de intervención rigurosamente fundadas y eficaces respecto de sus objetivos, que puedan a su vez ser el insumo para nuevas reflexiones...

En este sentido, este trabajo pretende ser un insumo para comenzar a preguntarse qué de colectivo hay en los casos individuales con los que se interviene cotidianamente (es decir, qué comparten, cuáles son sus rasgos comunes, qué procesos macrosociales los atraviesan), como así también para aportar a una sistematización de la acción (que permita hacerse preguntas también sobre los rasgos comunes de la misma, es decir sobre su habitualidad, sus fundamentos, sus objetivos).

Se considera que el Trabajo Social puede aportar, desde su perspectiva disciplinar, a la producción de conocimiento sobre la población con la que trabaja, y que este conocimiento puede entrar en diálogo (y en discusión) con otras formas de entender la vida y las acciones de estas personas. Ello, en tanto revierta en la acción, permite fundamentar un hacer profesional, y en tanto interprete con rigurosidad y compromiso su objeto, puede contribuir a dar voz y visibilidad a aquellos que cotidianamente son descriptos y hablados por otros.

Al mismo tiempo se trata de contribuir a la construcción de prácticas comprometidas con la defensa y ampliación de los derechos y la promoción de autonomía de los sujetos, lo que se considera debe constituir uno de los ejes del proyecto ético-político de la profesión.

## **Metodología**

El análisis del que se ocupa el presente trabajo se basa en la aplicación de una estrategia metodológica cualitativa **-1-**. Con el fin de generar datos descriptivos, se recurrió a la observación y a registros de la práctica profesional como la historia social. Se relevaron las historias sociales de las personas internadas en la sala de hombres del Servicio de Clínica Médica en el período comprendido entre el 13/10/10 y el 29/12/10. El número de historias sociales relevadas fue de 53, cifra que se corresponde con la población que se hallaba internada en ese período y que no contaba con cobertura de obra social **-2-**.

Los datos se sistematizaron mediante la utilización de un método comparativo que permitió enfrenar casos similares entre sí, buscando regularidades y tratando de formular interpretaciones que incluyeran conceptos teóricos. Así, a partir de las observaciones e intervenciones realizadas y del relevamiento efectuado de las historias sociales, se buscó identificar los principales problemas objeto de intervención y las principales líneas de acción del Trabajo Social, a fin de aportar a la reflexión sobre su intervención en este espacio.

---

*-1- Cabe mencionar que simultáneamente a la recolección de datos cualitativos, se llevó adelante una encuesta a partir de la cual se construyó un perfil estadístico de la población internada en la sala de hombres del Servicio de Clínica Médica. Los resultados de dicho relevamiento no se incluyen aquí por razones de extensión.*

*-2- El Servicio Social utiliza la historia social como instrumento de registro de las intervenciones con aquellas personas que no poseen cobertura de obra social (es decir, que poseen sólo la cobertura del Estado).*

## Problemas objeto de intervención del trabajo social

El problema objeto de intervención se entiende como el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya realización debe ejercerse una función profesional específica -3-.

En este sentido, de la sistematización realizada de la información surgen a primera vista cuatro grandes grupos de situaciones que en este espacio institucional interpelan al Trabajo Social, que se intentarán desagregar para su análisis, y que remiten a problemas habitacionales, económico-laborales, institucionales y subjetivo-vinculares.

### Problemas Habitacionales

Respecto de esta temática se observan diferentes situaciones, como expresión de las diferentes formas que asume la vulneración del derecho a la vivienda garantizado por la legislación de la Argentina y la Ciudad de Buenos Aires.

La forma más extrema de esta vulneración se pone de manifiesto en aquellos casos en que las personas se encuentran en situación de calle, pero se presenta también -incluso con más frecuencia que la situación anterior- en aquellos casos en que si bien existe un lugar donde residir, la situación de alojamiento en el mismo es precaria (como ejemplo pueden mencionarse el hecho de vivir en una habitación, el alquiler de habitaciones o de inmuebles que no cuentan con las condiciones adecuadas de habitabilidad, la residencia gratuita en inmuebles tomados o prestados por un tercero sin mediación de un contrato que otorgue regularidad a la misma, entre otras situaciones) o la modalidad de asentamiento es, podría denominarse, “multifamiliar”. Con esta categoría se quiere hacer referencia a un tipo de agrupamiento residencial observado, en el que las personas se van agregando en función de sus posibilidades económicas (o inversamente, de sus limitaciones en este sentido) de acceder a la vivienda de forma individual.

En relación a esta última situación, se observan diversas configuraciones de unidades domésticas, conformadas por diferentes combinaciones de personas que co-residen en el mismo inmueble: la pareja, la familia de origen nuclear o ampliada (o parte de la misma) de alguno de los miembros de la pareja o de ambos, los hijos (y en algunos casos las parejas o hijos de éstos) de alguno de los miembros de la pareja o de ambos, etc. Una hipótesis que podría plantearse al respecto es que, debido a las dificultades para acceder a una vivienda propia (o incluso para acceder a un alquiler) con los recursos de que disponen, estas personas se agrupan en torno a aquella/s persona/s que cuenta/n con un inmueble de su propiedad de forma de maximizar los ingresos que obtienen. Cabe señalar que esta forma de agregación habitacional constituye una situación de “vivir con” que en muchos casos es también precaria, por no encontrarse garantizada su continuidad en el tiempo.

De todos modos, debe mencionarse que ninguna de las situaciones referidas es estática, sino que en la mayoría de los casos las personas alternan entre las mismas en diferentes momentos, de acuerdo a los recursos -propios y estatales- con que cuentan en cada momento. Lo que aparece como común a todas ellas es la dificultad para poder salir del circuito de la precariedad habitacional a partir de los diferentes capitales que pueden movilizar.

En relación con lo observado, puede plantearse que la vivienda (al igual que otros bienes y

---

-3- Al respecto, puede consultarse Aquín, Nora: “Acerca del objeto del Trabajo Social”. Revista Acto Social. Febrero 1995.

servicios que satisfacen necesidades básicas de los sujetos) tiene un doble carácter: puede ser considerada socialmente como un derecho o como una mercancía. Siguiendo a Grassi, Hintze y Neufeld, es posible sostener que si la vivienda se define como derecho el no acceso a la misma interpela directamente al Estado. En cambio si la vivienda pierde su condición de derecho para pasar a ser un recurso cuyo acceso es regulado únicamente por el mercado, el no acceso a la misma deja de constituir un problema del Estado para devenir un problema de particulares, que deben adquirir este bien en el mercado a partir de sus capacidades individuales. En el contexto actual ambas condiciones conviven: aunque la vivienda es reconocida socialmente como necesidad y el acceso a la misma constituye un derecho incluido en aquellos que conforman la categoría de ciudadanía (encontrándose reconocido en la Constitución Nacional, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos incorporados a la misma y la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires), al mismo tiempo es una mercancía que debe adquirirse en el mercado. Ello implica, sobretodo considerando la elevada rentabilidad del capital privado en esta área, que sea un bien de muy difícil acceso para gran parte de la población, y que en consecuencia se observen diferentes formas precarias de asentamiento urbano por parte de los sujetos, como forma de satisfacer esta necesidad a partir de los capitales con los que cuentan.

Asimismo, el derecho a la vivienda se encuentra relacionado con el derecho al espacio público y las luchas por el territorio, el cual a su vez se halla progresivamente restringido por políticas públicas locales que parecerían reivindicar, como planteaba Oscar Ozslak para la década del 70, que “hay que merecer” vivir en la ciudad. En relación con esto, y sin ahondar en este tema, puede señalarse que las respuestas institucionales de la Ciudad de Buenos Aires en materia de vivienda en los últimos años se han mostrado inadecuadas para resolver el déficit habitacional de la ciudad, paliando de diferentes formas la precariedad de las condiciones en las que habitan las personas.

#### Problemas Económico-Laborales

Respecto de esta temática se observan asimismo diferentes situaciones, como expresión de las diferentes formas que asume la vulneración del derecho al trabajo y a un nivel de vida adecuado, garantizados por la legislación de la Argentina, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos incorporados a la misma y la legislación de la Ciudad de Buenos Aires.

Como problemática laboral común se observa el desempleo y la informalidad y precariedad laboral. Siguiendo a Javier Lindenboim, puede identificarse al trabajo informal como aquel desempeñado en actividades que revisten tal carácter (baja productividad, baja dotación de capital, baja división del trabajo, bajo nivel de calificación, flexibilidad, ilegalidad, bajo nivel de ingresos), es decir, el término hace referencia a características de la unidad productiva, y por lo tanto puede incluir a asalariados como a no asalariados. Por su parte, la noción de precariedad remite a la relación entre trabajadores y empleadores; desde esta perspectiva, el empleo precario se define como aquel que es por un tiempo determinado y/o no protegido por la legislación laboral (de lo que se sigue que los trabajadores no cuentan con la cobertura legal y social correspondiente y carecen de estabilidad). La precariedad resulta así de la relación asimétrica establecida entre las partes intervinientes en el proceso productivo; esta desigual relación de fuerzas hace que la acción -o inacción- del Estado resulte esencial en el tipo de inserción de los trabajadores en el mercado de trabajo.

En relación con esto, puede mencionarse que las transformaciones operadas en el mercado laboral en las últimas décadas, que implicaron una flexibilización de las condiciones de contratación del trabajo, habilitaron el empleo de los trabajadores a través de diversas modalidades restringidas (sin contemplación de indemnización por despido, licencias, seguridad social y

demás normativas de protección laboral); asimismo, en paralelo al aumento de los niveles de desocupación, pobreza e indigencia de esos años, fue aumentando la proporción de trabajadores en el sector informal de la economía (en relación de dependencia o como cuentapropistas).

Esta restricción de los derechos del trabajo se dio en un marco más amplio de restricción de derechos sociales, en consonancia con transformaciones del Estado y de sus funciones que consolidaron el modelo social de acumulación-legitimación neoliberal organizado alrededor de los principios del mercado. Si bien en los últimos años (período caracterizado por diferentes autores como de post-crisis 2001-2002) se observa como tendencia general una recuperación de los niveles de ocupación y salarios y un mejoramiento de los índices de pobreza e indigencia, también es cierto que no puede decirse lo mismo del avance en términos de la calidad del trabajo y de la desigualdad social.

Pero además de las condiciones de trabajo señaladas, se observa en particular, como fondo común de las diversas situaciones de ocupación observadas, el bajo nivel de ingresos que se obtienen a partir de las mismas en relación con el monto que sería necesario para atender a la satisfacción de sus necesidades. De ello se sigue que en muchos casos la economía de los sujetos es de subsistencia, no permitiéndoles proyectarse más allá de la inmediatez o realizar una más eficiente administración de sus recursos; se presenta además en otros casos la situación de personas sostenidas económicamente por familiares o allegados, sin ingresos propios para su mantenimiento; y por último, como caso extremo de esta problemática, también se observa la situación de personas sin recursos económicos propios y sin personas cercanas que puedan suplir esta carencia.

Las situaciones referidas significan para los individuos que su reproducción cotidiana no se encuentra garantizada. Pero además, las mismas se ven agravadas frente a la emergencia de un problema de salud que implica internaciones, tratamientos (y en algunos casos secuelas o cronicidad), todas cuestiones que tienen como correlato que el sujeto deba sustraerse -en el mejor de los casos, temporariamente- a la actividad laboral y por lo tanto, dejar de percibir los ingresos o incluso el trabajo con que se mantenía económicamente a sí mismo y/o a otras personas. Ello genera un deterioro de la situación económica del individuo (y del grupo familiar si éste constituía un sostén económico del mismo) que repercute asimismo en su recuperación posterior. Lo anterior pone de manifiesto que algunas protecciones o prestaciones sociales, que se hacen necesarias ante la contingencia de un accidente o enfermedad (como la licencia pagada por enfermedad, la compensación por riesgos de trabajo, entre otras), están efectivamente asociadas al trabajo formal. Al encontrarse muchas personas desocupadas o trabajando de manera informal, no pueden acceder a las prestaciones sociales que prestarían ayuda en dicha situación.

Lo expresado hasta aquí ilustra tendencias generales; sin embargo, debe considerarse el modo en que éstas se particularizan, y las formas de respuesta a las mismas, en función de las trayectorias de los sujetos y grupos. Al respecto, se han observado diversidad de situaciones, como así también de estrategias individuales y familiares de reproducción, en el contexto actual (como se mencionó, de post-crisis 2001-2002) en el que se verifican rupturas y continuidades respecto de la década del 90.

### Problemas Institucionales

En relación con este tema, se hará referencia a diferentes aspectos de las “respuestas institucionales” observadas, como manifestación de las limitaciones del sector público para accionar con celeridad y adecuación a los requerimientos de los sujetos, es decir, para constituirse efectivamente en habilitador del ejercicio de los derechos de los que es garante.

Al respecto, con frecuencia se observan dificultades en los circuitos de derivación que vehiculizan la accesibilidad a los recursos entre instituciones, es decir en la articulación interinstitucional.

Al interior del sector salud, puede pensarse, siguiendo a Mario Testa, que un sistema de atención de salud de calidad que sirva a los intereses de la población implica la existencia de “...una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema...” -4-.

El autor plantea que en nuestro país existen diversas razones que dificultan que lo anterior pueda implementarse: en el sistema público de salud prima la escasez de recursos y la multiplicidad institucional (en relación con esto último, se observa cierta desorganización a diferentes niveles, cuestión también planteada por este autor, que sostiene que a nivel de los subsectores, instituciones y servicios, cada espacio se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes); además, al existir servicios diferenciados para distintos grupos sociales, no se piensa un servicio público para toda la población sino sólo para los pobres, lo que implica una disminución de la calidad de los servicios prestados en tales condiciones.

Lo anterior se repite en relación con la articulación con otros sectores estatales, y se traduce, en el mejor de los casos, en internaciones que se prolongan cuando las personas ya se encuentran en condiciones de alta hospitalaria, a la espera de incluirse en programas o de ingresar a otras instituciones acordes a sus requerimientos (ya sea por demoras en los circuitos administrativos de admisión, por escasez de vacantes, entre otras variables que tienen como telón de fondo la escasez de recursos); en el peor de los casos, la dificultad para vehiculizar el acceso a recursos públicos redundante en que las personas egresan del hospital sin haberse dado respuesta a las necesidades que deberá afrontar una vez fuera del mismo.

En realidad se observan problemas de concertación de políticas, pero también de desfinanciamiento de las instituciones del sector público en general. En relación con esto, cabe señalar nuevamente que las reformas implementadas en la década del 90 en el marco de lo que se ha denominado ajuste estructural -5-, que consolidaron el modelo social de acumulación-legitimación neoliberal, implicaron cambios en los ejes de política pública cuyas consecuencias se extienden hasta nuestros días. A partir de entonces, el Estado retrocede en algunos ámbitos de intervención (entre otros, la salud, la educación, la vivienda) a la vez que incrementa su función en otros (por ejemplo, el mercado de trabajo y de capitales, los equilibrios macroeconómicos, etc.). Esta ubicación del Estado como residual en campos que afectan directamente a la satisfacción de necesidades de los sujetos explica la escasez presupuestaria y el deterioro de las instituciones y programas pertenecientes a los mismos, traduciéndose en respuestas fragmentarias, temporarias, acotadas (y podría agregarse, en muchos casos tardías) en relación con aquello que requieren las personas (también en relación al tiempo y la forma en que lo requieren) para su recuperación o para el mejoramiento de su calidad de vida. Como ejemplo concreto de ello puede mencionarse no sólo las dificultades que se presentan para el acceso a programas de asistencia económica, alimentaria o habitacional, sino también para acceder a los insumos e instituciones necesarias para el tratamiento o rehabilitación de la problemática específica de salud.

---

-4- Testa, Mario: *Pensar en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004. Pág. 162.

-5- El denominado ajuste estructural implicaba: estabilidad monetaria, desregulación de la economía y los mercados, apertura externa, privatización de las empresas públicas, cambios en la legislación laboral tendientes a la flexibilización, reprogramación de la deuda externa, cambios en las políticas sociales orientadas por los principios de privatización, tercerización y focalización, y en un sentido más amplio cambios en la orientación del Estado, desde un rol de promotor del desarrollo hacia un rol de creador de condiciones para la inversión privada. En relación con esto, puede consultarse Hintze, Susana: *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo. Conjeturas sobre lo posible*. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2007.

Lo expuesto anteriormente corresponde a orientaciones hegemónicas durante las últimas décadas para nuestro país. En lo que respecta al ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, puede mencionarse que esta tendencia se ha profundizado en los años más recientes, en consonancia con una visión privatista y elitista de la sociedad y el Estado, lo que se ha traducido, una vez más, en una progresiva restricción de derechos sociales de las personas en este ámbito.

### Impacto de los problemas de salud en la subjetividad y los vínculos

La emergencia de los procesos de salud-enfermedad impacta en diferentes planos de la vida de las personas. Podría, a los fines analíticos, diferenciarse una dimensión referente a las condiciones materiales de vida (abordada anteriormente) y otra relativa a los vínculos y a la subjetividad, dimensión que remite a su vez al plano de la cultura (donde se producen y re-producen los significados) y al estado de los lazos sociales en un momento dado de la sociedad.

Estos componentes (subjetivos y vinculares) de los procesos de salud-enfermedad determinarán la forma específica (singular) en que los sujetos vivirán la enfermedad, la internación, las intervenciones terapéuticas y la recuperación que deben atravesar.

En este punto resulta de interés la categoría experiencia de enfermedad, que refiere a “...*los medios y los modos como individuos y grupos responden a un determinado episodio de enfermedad...*” -6-.

La enfermedad implica una vivencia de “sentirse mal” que constituye un proceso subjetivo. Esa vivencia es interpretada por el sujeto, mediante la puesta en marcha de procesos de narrativización. La enfermedad (y podría agregarse, la internación, los tratamientos, la cronicidad, las secuelas, etc.) conlleva un quiebre de la biografía -7-, irrumpe en la cotidianeidad, las relaciones, los proyectos, la temporalidad, la comunicación, la capacidad de acción del sujeto y en su identidad. En esta línea, Beatriz Cortés plantea que la enfermedad implica un proceso de alteración subjetiva, que pone en cuestión la integración de la imagen que es sujeto tiene de sí, y en la que habitualmente se reconoce. Frente a ello, las personas despliegan estrategias narrativas para re-colocar el yo, relatar el padecimiento, ubicar un origen, una explicación, una solución, y dar un sentido a lo que están viviendo. Este proceso permite ubicar los eventos de salud-enfermedad en la historia personal, en relación con otras experiencias, en la trama de la vida; también permite abrir el futuro a un final positivo posibilitando imaginar medios de sobreponerse a la adversidad y re-construir el mundo compartido con los demás. Cabe señalar que este proceso de elaboración de significados es realizado individualmente, pero a partir de elementos disponibles en la cultura, construidos y compartidos intersubjetivamente en la vida cotidiana.

En relación con esto, se observa con frecuencia la necesidad de los sujetos de relatar la historia de su padecimiento, ubicando en la misma un posible origen de la enfermedad asociado a la ocurrencia de algún evento en la vida cotidiana (siendo incluso muchas veces un evento del pasado), como así también la puesta del proceso de enfermar en términos de “prueba” que deben enfrentar, en el marco de una lectura mística de su situación. Es decir, la necesidad de asignar un sentido, una explicación, a lo que se está viviendo se observa en la mayoría de los casos.

Lo anterior se observa también luego de producido el evento agudo de salud, en diversas

---

-6- Recoder, Laura: “Interculturalidad y salud: una mirada crítica desde la antropología”. Material del Curso de Posgrado “Interculturalidad y salud”. Hospital de Odontología Ramón Carrillo. 05/08/2010 a 25/11/10.

-7- En relación con este tema, se siguen aquí los aportes de B. Good, en “Cuerpo, experiencia de enfermedad -illness- y mundo de vida. Un enfoque fenomenológico del dolor crónico”. Medicina, Racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Cambridge University Press. Cap.5.

situaciones en las que la vida cotidiana de las personas se transforma por no poder éstas continuar desempeñando las funciones que ejercían previamente en el ámbito laboral, doméstico y familiar. A modo de ejemplo, se ha observado que ello tiene implicancias a nivel identitario, en tanto muchos de los hombres internados se han socializado con (y han asumido) la expectativa social de desempeñar el rol de proveedor económico de la unidad doméstica (cuestión que reenvía a su vez a las construcciones de género tradicionalmente hegemónicas en nuestra sociedad), apoyándose parte de su autoestima en su capacidad de cumplir con esta función. La imposibilidad de responder cabalmente a estos ideales de género es fuente de angustia y muchas veces de depresión para estos sujetos, que deben re-elaborar la imagen que han sostenido de sí mismos.

Asimismo, se presentan implicancias a nivel vincular, en tanto la situación de internación implica permanecer alejado del grupo conviviente y de otros grupos de pertenencia durante un período de tiempo, debiendo muchas veces redefinirse luego su posición en estas estructuras grupales. La ocurrencia de la enfermedad impacta así en la conformación de estos grupos, implicando una reestructuración de la dinámica que hasta el momento imperaba, modificándose los roles y la distribución de funciones y tareas, y ocasionando muchas veces conflictos en las relaciones.

Lo anterior se profundiza si, luego de la enfermedad, la persona depende en mayor medida de sus familiares o allegados para satisfacer diferentes necesidades de existencia, o para su cuidado. Es en estos casos que se pone de manifiesto el capital social (en términos de Bourdieu) con el que cuenta cada persona, es decir, el número de personas que puede movilizar para que le provean de apoyo material y afectivo de manera efectiva en la cotidianeidad. Al respecto, se observan diversas situaciones (desde la ausencia hasta la existencia de redes sociales que sostengan a la persona, pasando por situaciones donde la presencia de red es relativa o donde la misma se constituye de una única persona -lo que permitiría preguntarse si puede seguir pensándose como una red-), sin embargo, lo que atraviesa a todas ellas es la dificultad para contener simultáneamente los aspectos materiales y afectivos, es decir, para sostener en términos económicos, de cuidado y solidaridad. Debe tenerse en cuenta que esta capacidad de sostén depende de la fortaleza del vínculo y de las condiciones materiales de los que constituyen el apoyo en ese momento dado (por ejemplo, qué personas pueden asumir el cuidado -en la mayoría de los casos éste es asumido por las mujeres-, en función de las responsabilidades que ya poseen, de los ingresos de que disponen, etc.), y que además ello es dinámico (en este sentido, se observa en muchos casos un desgaste de los cuidadores con el tiempo), es decir, “la red” tiene que encontrarse en condiciones de poder prestar estos apoyos.

En relación con esto, puede plantearse que los cambios producidos en las relaciones Estado-sociedad desde mediados de la década del 70 conllevaron un debilitamiento del tejido social, en particular una fragmentación de los lazos de solidaridad local (familiar, barrial, comunitaria), en el marco de un movimiento de re-privatización de la vida. Como saldo de estas transformaciones, la familia (las redes de proximidad) y la comunidad fueron depositarias de la responsabilidad por el destino de sus miembros, a la vez que se estrechaban sus posibilidades de generación de recursos. En relación con esto, más allá de las capacidades y de las limitaciones de las redes en el contexto actual para hacerse cargo adecuadamente del cuidado de sus miembros (cuestión que sería interesante retomar en otros estudios), ello no libera al Estado de su legítima función como garante de los derechos de los sujetos y por lo tanto como responsable de desarrollar acciones para que esos derechos puedan ejercerse efectivamente -8-.

---

*-8- Si bien el Código Civil de nuestro país contempla la obligación de los parientes de prestar asistencia y cuidado unos a otros, también es cierto que la Constitución de la Nación (y los instrumentos internacionales de Derechos Humanos incorporados a la misma) y de la Ciudad contemplan una serie de Derechos Sociales en los que el Estado debe desempeñar un rol activo.*

## La vulnerabilidad como telón de fondo

Es posible recuperar algunas cuestiones comunes a la mayoría de las situaciones y problemas descritos hasta aquí, que remiten a un conjunto de condiciones que configuran un cuadro de vulnerabilidad asociado a la posibilidad de ejercicio efectivo de derechos y de desarrollo de proyectos de vida. Puede sostenerse, siguiendo a Robert Castel, que la extensión de las protecciones sociales es un proceso histórico que tiene lugar junto al desarrollo del Estado y las exigencias de la democracia. El Estado Social tendió a garantizar las protecciones como una cuestión de derecho, y en este sentido, como plantea Gosta Esping-Andersen, a desmercantilizarlas. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, las transformaciones operadas en las últimas décadas implicaron la instauración de nuevos arreglos entre el Estado, el mercado y la familia en el marco de “...un proceso global de privatización de la vida, que abarcó desde las formas de “ganarla” hasta las de ... cuidar de ella (la salud) y de programarla (la educación, la familia, el crédito para la vivienda)...” -9-.

En este proceso se instaló como hegemónica la idea de que el mercado debía ocupar un papel central como regulador de los intercambios sociales, y se devolvió a la esfera privada (al individuo y a la familia) gran parte de las responsabilidades relacionadas con la reproducción de los sujetos. Ello dio lugar a procesos de exclusión y de deterioro de la calidad de vida de parte importante de la población (que extienden sus consecuencias hasta nuestros días), generando que para muchas personas la reproducción cotidiana no se encuentre garantizada.

Es decir, ese modelo social de acumulación implica para muchos sujetos un proceso de condicionamiento constante del acceso a los derechos mínimos fundamentales y a condiciones de vida dignas, donde se satisfagan las necesidades sociales. Así, en el marco descrito, muchas personas se encuentran desprotegidas frente al riesgo, entendido éste como un acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismos su independencia social. Castel afirma que esta desprotección contra las contingencias implica encontrarse sumido en la inseguridad social, o en otros términos, en situación de vulnerabilidad.

En definitiva, lo que se verifica es que la erosión de los sistemas públicos de protección (que otorgaban a los individuos cierta seguridad frente a los principales riesgos de la vida) y la privatización de las responsabilidades por el bienestar terminan por colocar a un sector de la población en una condición de indefensión, que puede definirse como vulnerabilidad. En otras palabras, se entiende que la vulnerabilidad está configurada por un complejo de situaciones por las que atraviesan las personas, tributarias de la desprotección operada desde el Estado y el colectivo social, que implican una vulneración sistemática de derechos y una incertidumbre en relación a la autogestión del propio destino.

## **Estrategias de intervención del trabajo social**

### Una observación sobre la intervención como proceso metodológico

Se considera aquí que las estrategias de intervención se van construyendo en función de las diferentes situaciones que se plantean, con miras a incidir en la situación de vulnerabilidad que atraviesan los sujetos y producir mejoras en la calidad de vida de los mismos. Lo que da inicio a la intervención en el espacio institucional observado es el hecho de tomar contacto con las

---

-9- Danani, Claudia: “El espacio público en su laberinto: las políticas sociales y las confrontaciones del universalismo”. En: Gluz, Nora y Arzate Salgado, Jorge (comp.): *Particularismo y universalismo en las políticas sociales: el caso de la educación*. UNGS-UNAM. Buenos Aires. 2010. Pág. 10.

personas internadas y con sus familiares o allegados (actividad que se realiza de forma sistemática, utilizando como herramienta principal la entrevista) y efectuar un diagnóstico inicial de su situación socio-familiar. En función de la evaluación que el profesional realice de la situación laboral, habitacional, y de las redes de apoyo material y afectivo con que cuenta la persona se plantean posibles alternativas de acción, ambas cuestiones (evaluación y acciones) que se irán redefiniendo a lo largo del proceso **-10-**.

Es decir, los procesos de intervención desarrollados han incluido dialécticamente -y muchas veces simultáneamente en el tiempo- las instancias de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Mediante el diagnóstico se intentó dar cuenta del campo problemático (en el sentido que Margarita Rozas Pagaza le asigna al término) que atraviesa al sujeto (y a su grupo familiar) de forma de orientar la planificación de acciones que incidieran en esa situación. A la vez, la implementación de las estrategias proyectadas y su evaluación permitieron afinar el diagnóstico inicial y planificar nuevas líneas de intervención. Cabe mencionar que en todas esas instancias se ha trabajado desde la singularidad (en el sentido que Susana Cazzaniga le otorga al término), reconociendo las situaciones particulares y buscando herramientas diferentes en cada caso, de acuerdo a las preocupaciones, necesidades y recursos de las personas. Asimismo la intervención se fue construyendo y modificando en conjunto con el sujeto, en función de los emergentes que fueron surgiendo en cada momento y en paralelo a la relación que se fue construyendo con éste. Es decir, no es posible delinear una receta para la acción sino grandes lineamientos que dan sentido a la misma: las necesidades y deseos del sujeto, que el trabajador social categoriza en forma de derechos y proyectos de vida (más allá de otras directrices que pueda aportar en el proceso).

Asimismo, se observa en este espacio que el accionar del trabajador social se desarrolla en directa relación con otros actores, con los que debe articular, a saber: el sujeto, el grupo cercano de éste y otros profesionales e instituciones pertinentes. Además, el intercambio con otros trabajadores sociales atraviesa también todas las intervenciones, en tanto constituye el grupo de referencia profesional.

De la sistematización realizada de la información surgen en principio cuatro planos de la intervención del Trabajo Social en el área de Clínica Médica, que remiten a la dimensión material, subjetiva y vincular de la vida de los sujetos, y a la dimensión institucional del quehacer profesional. Cabe aclarar que esta división es analítica, siendo en la práctica inescindibles estos aspectos e interpenetrándose mutuamente en la intervención (ya que se busca trabajar las situaciones por las que atraviesan los sujetos en su complejidad, sin parcelar los problemas).

#### La gestión de recursos como ejercicio de Derechos de Ciudadanía

La llamada “gestión de recursos” constituye la dimensión con la que históricamente más se ha asociado a la profesión (y sobre la que, al interior del campo profesional, se ha construido la oposición asistencia/promoción). Es posible considerarla como constitutiva de la intervención, ya que la dimensión material, es decir de las condiciones materiales de vida, es a su vez una dimensión constitutiva de las problemáticas sociales con las que predominantemente trabaja la disciplina **-11-**.

---

*-10- Cabe señalar asimismo que algunas veces no se observa problemática social al momento de las entrevistas, en esos casos se ofrece el espacio del Servicio Social para cuestiones que puedan surgir eventualmente; es decir, no todas las situaciones requieren de la intervención del trabajador social.*

*-11- Históricamente -y sobretudo a partir del movimiento de reconceptualización- desde el colectivo profesional se ha disputado la reducción del rol a la viabilización de dichos recursos. Cabe señalar que, en consonancia con estos planteos, se considera aquí que este tipo de acciones constituye una de las dimensiones de la profesión, y no la única.*

La mayoría de las acciones de este tipo llevadas adelante desde el Trabajo Social en el espacio observado se orientan a viabilizar el acceso a recursos de asistencia (pensiones, jubilaciones, programas de ayuda económica, alimentaria o habitacional, etc.), documentación o servicios. Para ello se utilizan como herramientas principales la entrevista (con el fin de brindar orientación a los sujetos y articular acciones con otros profesionales e instituciones) y el informe social (como instrumento de comunicación con otros profesionales e instituciones); asimismo, en algunos casos, el profesional es quien realiza directamente las gestiones, por ejemplo cuando el sujeto no se encuentra en condiciones de realizarlas por sí mismo y/o no cuenta con otras personas que puedan hacerlo por él.

Se considera aquí que la “gestión” de recursos y servicios necesarios para la satisfacción de necesidades de las personas debe conceptualizarse en términos de ejercicio (también podría pensarse, de reparación) de derechos de ciudadanía. Desde esta perspectiva, siguiendo a María Carmelita Yazbek, la asistencia puede entenderse como una acción reivindicativa. La asistencia considerada una reivindicación convierte a la entrega de recursos materiales o servicios en una acción basada en un derecho social, en la que el trabajador social interviene a partir de la existencia de necesidades sociales (necesidades que a su vez, pueden pensarse como la contracara de la vulneración de derechos). En línea con esto, Norberto Alayón sostiene: “...*la asistencia involucra dos ideas: el reconocimiento de derechos sociales conculcados y la reparación de plena cobertura de los problemas sociales...*” -12-.

En este marco, cuando el profesional viabiliza el acceso a recursos o servicios necesarios, está accionando en el marco de las leyes, de forma científicamente fundada y ética y políticamente orientada, y no en función de su discrecionalidad, solidaridad o compasión. Asimismo, este accionar (que es material y simbólico a la vez) tiene implicancias respecto de la construcción del posicionamiento de los sujetos frente a las instituciones, y de los significados que éstos asignan a los recursos/servicios que les son brindados, pudiendo reforzarse la idea de derecho o de “merecimiento” por parte de los mismos. En relación con esto, Margarita Rozas Pagaza plantea que el hecho de que prime una u otra idea se encuentra en directa relación con la concepción de necesidades que sostenga el profesional. En este sentido, plantea que debe pensarse a las necesidades como derechos que se encuadran en un principio de justicia social, y advierte contra el riesgo de perder de vista el carácter social de las mismas. En palabras de la autora: “...*reducir las necesidades a un problema individual es ocultar su verdadera naturaleza, en tanto ella es un producto social que responde a determinantes de carácter económico, político, cultural y valores éticos...*” -13-.

Es decir, existen cuestiones de orden estructural que conllevan la producción de diversas situaciones individuales de no satisfacción de necesidades, o -como se mencionó anteriormente- de vulnerabilidad de los sujetos.

### Sobre la interdisciplina y el trabajo interinstitucional

En relación al trabajo con otras disciplinas del campo de la salud al interior de la institución, puede señalarse que el mismo es mayormente multidisciplinario, es decir, se observa que frente a una situación existen diferentes campos profesionales que iluminan una parte de la misma, pero no existen instancias formales en las que se propicie el intercambio y la construcción de

---

-12- Alayón, Norberto: *Asistencia y asistencialismo ¿pobres controlados o erradicación de la pobreza?*.

Editorial Lumen- Humanitas. Buenos Aires. 1989. Pág. 161.

-13- Rozas Pagaza, Margarita: *Una perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social*. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2005. Pág. 25.

una mirada compartida. Sí se dan interconsultas entre diferentes profesiones, que comparten en ese caso un mismo instrumento de registro (la Historia Clínica), como así también intercambios acerca de las estrategias a implementar en diferentes situaciones. A modo de ejemplo, desde el Trabajo Social se realizan entrevistas con otros profesionales para conocer acerca de la situación de salud, pronóstico, requerimientos de recuperación, etc. de las personas internadas, y para consensuar posibles alternativas de externación.

Cabe señalar que si bien el equipo de salud está conformado por diferentes disciplinas, se sostiene el predominio de “lo biomédico” frente a otras dimensiones del proceso salud-enfermedad-atención-recuperación. En relación con esto, la mayor o menor representación de “lo social” en estos espacios depende en una medida importante del posicionamiento de los trabajadores sociales en los mismos, y de su capacidad para fundamentar con rigurosidad sus incumbencias y la pertinencia de su intervención en las situaciones que se plantean.

Con respecto al trabajo con otras instituciones, se observan cuestiones de diferente orden (abordadas anteriormente en este trabajo) que dificultan la accesibilidad en tiempo y forma -es decir, en función de las necesidades de los sujetos- a los recursos y servicios existentes. En relación con esto, se desarrollan una serie de acciones que tienden a viabilizar la articulación con otras instancias del sector salud o de otros sectores. Ello podría categorizarse como un “meta-trabajo”, es decir un trabajo paralelo que se orienta a que el trabajo principal pueda llevarse a cabo, y en este sentido, puede pensarse como la construcción de viabilidad en el marco de la planificación estratégica de acciones. Como plantea Carlos Matus, el problema de la viabilidad refiere a “...¿qué obstáculos debemos superar y cómo los podemos superar para transformar el diseño [de nuestras acciones] en realidad?...” -14-

El autor menciona tres tipos de restricciones: políticas, económicas y organizativas-institucionales, y señala que frente a las mismas debe desarrollarse un proceso de ida y vuelta entre acciones que tiendan a levantar esas restricciones y otras que busquen ajustar la propuesta a lo que resulta viable en ese momento. Por ambos caminos debe convergerse hacia una solución coherente (es decir, que responda a los objetivos planteados) y viable. En el espacio profesional observado, las acciones de este tipo que cotidianamente se desarrollan tienen en común el hecho de orientarse a mejorar la accesibilidad institucional.

#### Abordaje de la singularidad

En este punto se hará referencia a aquellas acciones de acompañamiento y contención de las personas internadas (y de sus familiares, amigos, cuidadores, etc.) frente a la situación por la que se encuentran atravesando (situación muchas veces agudizada por una problemática de salud y/o una internación prolongada).

El sostén ofrecido a las personas resulta de la capacidad del profesional de construir un vínculo de empatía con ellas, cuestión que es a su vez tributaria de haber podido construir una buena comunicación (de poder escuchar, abrir el diálogo, dar lugar a la palabra del otro, sin censurar o efectuar juicios de valor).

Este acompañamiento resulta de gran importancia para poder contener la ansiedad y angustia de las personas no sólo en relación con su situación de vida, sino también frente al hecho de encontrarse en ese momento en un espacio rodeado por el deterioro y la cercanía de la muerte. En este sentido, habilitar que las personas puedan expresar sus vivencias, proyectos, intereses

---

-14- Matus, Carlos: *Política, planificación y gobierno*. Fundación ALTADIR. Caracas. 1987. Pág. 93.

y problemas tiene un impacto positivo sobre el afrontamiento del problema de salud y de la internación que están atravesando, y sobre el proceso de re-construcción de la vida cotidiana que deben realizar (en el mejor de los casos, temporariamente), ambas cuestiones que hacen a la calidad de vida de las personas. Como plantean De Simone y Tripodoro, la calidad de vida se refiere a la satisfacción subjetiva de un individuo con su propia vida, en directa relación con la distancia que separa la realidad (lo que es posible y alcanzable) y las aspiraciones.

En relación con esto, se ha trabajado mediante entrevistas estructuradas y no estructuradas, abordando en las mismas la forma en que estaban vivenciando la problemática de salud y la internación (el sujeto y/o las personas que lo acompañaban), los impactos sobre la visión que el sujeto tenía de sí, las dudas, inquietudes y temores (en relación a la enfermedad, la internación, externación y pronóstico), las adaptaciones que deberían realizarse en las actividades cotidianas para convivir con la nueva situación de salud, etc.

A partir de este intercambio, se buscó promover un fortalecimiento de la autoestima, un reconocimiento de la capacidad de respuesta, defensa y construcción que el sujeto ha poseído y posee, recuperando sus referencias sociales, sus potencialidades, sus saberes, en suma, aspectos que reafirman su identidad y autonomía, con miras a la construcción de un proyecto de vida superador. Ello implica la búsqueda de un protagonismo activo por parte de la persona, que sale así del lugar de objeto de intervención para convertirse en un sujeto con capacidad de decisión acerca de su futuro. Es decir, la consideración de un sujeto de intervención remite a una relación sujeto-profesional en la cual se interviene con la persona, en lugar de una relación en la cual se interviene para la persona destinataria.

Asimismo, la construcción de una relación de confianza a partir de un diálogo comprensivo permite desarrollar acciones de carácter socio-educativo (respecto de los procesos generatrices de enfermedad, de recuperación y de tratamiento, como así también respecto de los derechos de los que son titulares los sujetos). En este sentido, se buscó que las entrevistas tuvieran un carácter dialógico, en el sentido que plantea Manuel Mallardí de posibilitar una comprensión activa por parte del profesional y promover una actitud crítica del entrevistado frente a su realidad.

En todos los casos, el vínculo que se construye con el sujeto habilita la posterior intervención del profesional en su situación.

### Cuestiones de organización familiar

Otro plano de la intervención, en directa relación con el anterior, refiere al trabajo con aquellas personas que constituyen (o pueden contribuir a la constitución de) una red de apoyo y contención material y afectiva de los sujetos.

Al respecto, se observan como prácticas sistemáticas del Trabajo Social en este espacio la búsqueda de familiares o allegados (si al momento de la internación las personas no contaran con acompañamiento), el establecimiento de contactos con los mismos, la realización de entrevistas con éstos (para evaluar alternativas de egreso, de derivación y de acompañamiento de la familia y/o allegados en el proceso) y la concertación de acciones entre el sujeto, su entorno vincular y los profesionales e instituciones que intervienen en la situación (previa evaluación conjunta de diferentes alternativas).

La identificación de personas significativas para el sujeto es primordial, en primer lugar, porque las mismas constituyen su sostén emocional en la vida, y son las que pueden ofrecerle un punto de apoyo afectivo en la situación presente.

En segundo lugar, el trabajo con los familiares y allegados (y la contención de éstos) es esencial si se tiene en cuenta que -como se mencionó anteriormente- la vida cotidiana de las personas que rodean al sujeto se transforma durante (y en muchos casos, posteriormente a) su paso por la institución, y que deberán producirse adaptaciones grupales a la nueva situación, tanto en lo referido a las significaciones compartidas como a los roles asumidos y a la organización de las actividades diarias. Lo anterior implica considerar las relaciones de poder establecidas al interior de las familias (vinculadas dialécticamente a las relaciones de poder que circulan en la sociedad). En este sentido, Pilar Calveiro plantea que en la familia moderna existen dos grandes líneas de poder familiar: una generacional (que va principalmente de padres a hijos) y otra de género (que se ejerce de hombres a mujeres), y que estos dos grandes ejes organizadores “...dan lugar a una constelación de relaciones de fuerza y consentimiento cambiantes, que se transforman, refuerzan o debilitan entre sí, generando auténticas redes, de gran complejidad...” -15-.

La consideración de estos aspectos resulta fundamental para comprender la estructura y dinámica familiar y las estrategias de conservación o de transformación de la misma por parte de sus integrantes, todas cuestiones que componen el escenario en el que se plantearán las líneas de intervención profesional a nivel familiar, y que señalan limitaciones y potencialidades para la acción (es decir, hacen al análisis de la viabilidad y sustentabilidad de las propuestas) en este espacio (sobretudo considerando que se trata de una sala de internación de hombres, y que la ubicación de éstos en el lugar de enfermo -y muchas veces de dependiente- impacta fuertemente en el imaginario compartido sobre el rol masculino).

En tercer lugar, un aspecto que adquiere una relevancia particular es la organización del cuidado de la persona por parte de su grupo de referencia. Se entiende aquí al cuidado como la atención socio-sanitaria de las personas dependientes, de terceros que por razones de edad o enfermedad no pueden valerse por sí mismos, ya sea temporaria o permanentemente. Para que ello pueda llevarse a cabo adecuadamente (es decir, en función de los requerimientos específicos de la persona) es necesario disponer de recursos humanos y materiales. Ello muchas veces es fuente de conflicto al interior de las familias y grupos, ya que no siempre se encuentran en condiciones que permitan asumir cabalmente esta función. La intervención del Trabajo Social en estos casos implica en ocasiones el desarrollo de acciones que tiendan a mejorar la situación económica del entorno familiar (viabilizar recursos de asistencia) para favorecer su rol de cuidadores. Asimismo, considerando el desgaste que implica asistir cotidianamente a una persona que depende de otros, se busca fortalecer a aquellos que cuidan en el ejercicio de esta función, trabajando en cada caso sobre diferentes estrategias de organización familiar y de depositación de responsabilidades en sus integrantes; en este sentido se busca trabajar sobre el “*cuidado de los cuidadores*” -16-.

### Integralidad de la intervención del Trabajo Social

Se considera aquí que las respuestas profesionales que se implementan (es decir, sobre qué se interviene, cómo, con quiénes y con qué fin) se encuentran en directa relación con la definición que de la situación se efectúe, de sus causas y de los responsables en su resolución; de ahí la importancia de cómo se conceptualizan los problemas objeto de intervención.

En este caso, la delimitación de las situaciones problema y la construcción de las estrategias

---

-15- Calveiro, Pilar: *Familia y poder. Libros de la Araucaria*. Buenos Aires. 2005. Pág. 34.

-16- En relación con este tema, cabe señalar que el fortalecimiento del entorno familiar y/o afectivo para que pueda tomar a cargo el cuidado del sujeto no implica desconocer la obligación del Estado de atender a esta función, cuestión que también es abordada en las intervenciones observadas.

de intervención se han efectuado desde una perspectiva de derechos, y en estrecha relación con el sujeto con el que se interviene, respetando su libertad y su -relativa- autonomía para decidir.

Desde esta perspectiva, se plantea una integralidad de la intervención, que se orienta a la atención de necesidades (materiales y no materiales) de personas, familias y grupos que encuentran dificultades para su reproducción. Este proceso, como sostiene Nora Aquín, tiene una dimensión material y no material, incorporando esta última las representaciones o saberes y las relaciones entre los sujetos. Asimismo, esta idea de integralidad implica no fragmentar, no sectorizar, los problemas sociales, que remiten a condiciones estructurales como expresión de la cuestión social en un momento determinado.

En este marco, la diversidad de intervenciones que desarrolla el trabajador social tiene como fondo común la búsqueda de producir impactos positivos en las condiciones de vida de las personas y promover el fortalecimiento de sus capacidades, de su autonomía.

Lo anterior se encuentra plasmado en la Ley N° 23.377, que regula el ejercicio de la profesión; allí se considera que la actividad profesional tiende al logro “...de una mejor calidad de vida de la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo...” -17-.

Asimismo, el Código de Ética de la profesión en su introducción señala como objetivo de los profesionales de esta disciplina “...el bienestar del ser humano, para lo cual su accionar se basará en principios de equidad y justicia y en función de los mismos tenderá a promover el desarrollo de las potencialidades individuales, grupales y comunitarias...” -18-.

Estos principios constituyen una guía para la acción del Trabajo Social en cualquier ámbito de inserción profesional.

## **Conclusiones**

El presente trabajo ha buscado contribuir al conocimiento de las situaciones que atraviesan a la población con la que se trabajó y que fueron construidas como problemas objeto de intervención de la profesión, a la vez que ha intentado aportar a la sistematización de la práctica profesional en el espacio analizado.

En este proceso, se intentó poner de manifiesto la relación que existe entre las trayectorias individuales y las trayectorias sociales, en tanto la diversidad de situaciones de precariedad en lo atinente a la satisfacción de necesidades observada puede entenderse como las diferentes formas que asume la vulneración de derechos de las personas. En otros términos, esta falta de garantías, de seguridad, con respecto a la reproducción por parte de los sujetos puede entenderse como la contracara de la desprotección social operada desde el Estado, que ubica a estas personas en una situación de vulnerabilidad.

Estas limitaciones del sector público para constituirse efectivamente en vehiculizador del ejercicio de los derechos sociales de los que es garante guardan estrecha relación con su ubicación en el campo social como residual respecto del mercado y la familia, esquema consolidado en las últimas décadas en correspondencia con un modelo social de acumulación neoliberal. Ello implica concretamente, a nivel de la cotidianeidad de los sujetos, que muchos de los bienes o servicios necesarios deberán adquirirse preferencialmente en el mercado a partir de sus capacidades eco-

---

-17- Ley Nacional N° 23.377. Art. 2.

-18- Código de Ética para Graduados en Servicio Social o Trabajo Social.

nómicas, o bien su provisión será responsabilidad de la familia, y que las respuestas del Estado en esta área tenderán apenas a evitarles una caída total (lo que contribuye a entender por qué en muchos casos las “respuestas” que se brindan desde diferentes instituciones “no responden” a las necesidades de las personas).

En definitiva, el cuadro descripto implica para muchos sujetos un proceso de condicionamiento constante del acceso a los derechos mínimos fundamentales y una incertidumbre en relación a la autogestión del propio destino.

Lo anterior hace referencia a tendencias generales; sin embargo, debe considerarse el modo en que éstas se particularizan, y las formas de respuesta a las mismas, en función de las trayectorias de los sujetos y grupos. En este sentido, se ha observado que las personas y las familias a lo largo del tiempo van construyendo una serie de estrategias -en función de los diferentes capitales que disponen y/o pueden movilizar- que les permiten enfrentar la compleja tarea de vivir dentro del conjunto de sus condiciones objetivas, y que deben re-crear frente a la aparición de un problema de salud.

Asimismo también se ha visto que es singular la forma en que los sujetos y familias viven y significan la enfermedad, la internación, las intervenciones terapéuticas y la recuperación que se debe atravesar frente al surgimiento de un problema de salud, si bien este proceso se nutre de significados compartidos intersubjetivamente.

Frente a estas situaciones, las respuestas profesionales posibles de pensar e implementar se encuentran en directa relación con la definición que de las primeras se efectúe. En este caso, la delimitación de los problemas objeto de intervención y la construcción de las estrategias de intervención se han efectuado desde una perspectiva de derechos, y desde el respeto a la autonomía del sujeto con el que se interviene.

Partiendo de este marco, las acciones se fueron delineando -y modificando- en conjunto con el sujeto y con los demás actores que tomaron parte en la situación, con miras a incidir en la situación de vulnerabilidad que atravesaba a la persona y producir mejoras en su calidad de vida. Ello puede pensarse como un eje que atraviesa a todas las intervenciones, que más allá de sus diferencias concretas, se orientan a la atención de las necesidades materiales y no materiales de las personas de forma integral.

Esta idea de integralidad de la intervención se funda en el carácter social de las necesidades (como expresión de la cuestión social), pero al mismo tiempo es tributaria de una concepción de salud como hecho social complejo, que excede la dimensión biológica y se articula con las formas concretas de vivir, trabajar, significar, etc. A su vez, la idea de integralidad en torno al proceso salud-enfermedad determina que su abordaje debe implicar a profesionales, instituciones y políticas de diversas áreas.

Así, el proceso salud-enfermedad interpela al Trabajo Social a dar respuestas (y a hacerse preguntas). Estas respuestas serán tanto más eficaces cuanto más adecuada sea la evaluación de las situaciones y del contexto que las envuelve y atraviesa; pero no sólo debe analizarse el objeto de intervención sino también la propia práctica profesional, a fin de evitar la rutinización de las acciones e instalar la reflexión sobre el hacer.

En relación con esto, se considera que el trabajo reflexivo sobre el objeto y sobre la práctica debe ser continuo, con miras a lograr que el hacer cotidiano sea un hacer significativo. En este

sentido, la reflexión crítica permite al profesional conquistar autonomía en sus acciones y a la vez lo hace éticamente responsable respecto de éstas, ya que puede re-crear la práctica y dar cuenta de los fundamentos y de las consecuencias de la misma.

En esta línea, el presente trabajo buscó aportar a la generación de preguntas sobre las personas con las que se trabaja, sobre las formas de su vida, sus limitaciones y capacidades, como así también sobre las acciones del Trabajo Social, sus orientaciones, sus particularidades, los obstáculos y potencialidades que las atraviesan, etc. Se apuntó a que las reflexiones planteadas pudieran ser un insumo para la práctica de la disciplina en el ámbito hospitalario, práctica que a su vez origine nuevos interrogantes, en un ida y vuelta entre la reflexión y la acción que permita enriquecer cada una de estas instancias. Se considera que este proceso, en tanto permite mejorar las respuestas profesionales a las situaciones problemáticas que atraviesan los sujetos y grupos (y disminuir las posibilidades de desarrollar acciones iatrogénicas), se constituye en un imperativo ético para el Trabajo Social.

Un último aspecto que quisiera señalarse en relación con lo anterior -y que figura en el Código de Ética de la profesión- es que resulta consustancial al ejercicio del Trabajo Social la defensa de los Derechos Humanos. Desde este marco, el desafío para la disciplina consiste en generar prácticas que favorezcan la promoción, el ejercicio y la restitución de derechos, en definitiva, que tiendan a la construcción de ciudadanía, en todos aquellos espacios en los que se desarrolla la práctica. A largo plazo, se trataría de trabajar (individualmente y como colectivo profesional) en dirección a “elevar los pisos” de los bienes y servicios que se consideran socialmente necesarios para la vida, es decir, en dirección a disminuir la desigualdad social y construir una sociedad más democrática. Se considera que el Trabajo Social, como profesión directamente implicada en el campo de la reproducción cotidiana de las personas, tiene la capacidad -es decir, el poder- de aportar en ese proceso.

La reproducción de lo instituido es tan problemática como su transformación, y ambas posibilidades están contenidas en las acciones que cotidianamente desarrollan los individuos y grupos. En este sentido, las preguntas acerca de lo que se ve y de lo que se hace pueden ser un punto de partida para la generación de sentidos y prácticas nuevas. Se espera que este trabajo haya podido contribuir en esa dirección.

### **Bibliografía**

- Alayón, Norberto: Asistencia y asistencialismo ¿pobres controlados o erradicación de la pobreza? Editorial Lumen- Humanitas. Buenos Aires. 1989.
- Aquín, Nora: “Acerca del objeto del Trabajo Social”. Revista Acto Social. Febrero 1995.
- Baranger, Denis: Epistemología y Metodología en la obra de Pierre Bourdieu. Editorial Prometeo. Buenos Aires. 2004.
- Calveiro, Pilar: Familia y poder. Libros de la Araucaria. Buenos Aires. 2005.
- Castel, Robert: La inseguridad social ¿qué es estar protegido? Editorial Manantial. Buenos Aires. 2004.
- Cazzaniga, Susana: “El abordaje de la singularidad”. Revista desde el Fondo. Cuadernillo N° 22. UNER.

- Cortés, Beatriz: “Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura”. Revista Nueva Antropología. Agosto. Año/Vol. XVI. Número 53-52. México.
  
- Danani, Claudia: “El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la Economía Social”. En: Danani, Claudia (comp.): Política Social y Economía Social: debates fundamentales. UNGS/Fundación OSDE/Editorial Altamira. Buenos Aires. 2004.
  
- Danani, Claudia: “El espacio público en su laberinto: las políticas sociales y las confrontaciones del universalismo”. En: Gluz, Nora y Arzate Salgado, Jorge (comp.): Particularismo y universalismo en las políticas sociales: el caso de la educación. UNGS-UNAM. Buenos Aires. 2010.
  
- De Simone, G., Tripodoro, V.: Fundamentos de Cuidados Paliativos y control de síntomas. PALLIUM Latinoamericana. Buenos Aires. 2004.
  
- Esping-Andersen, Gøsta: Los tres mundos del Estado de Bienestar. Ed. Alfons el Magnánim. Valencia. 1993.
  
- Forni, F., Gallart, M.: Métodos cualitativos II. Centro Editor América Latina. Buenos Aires. 1992.
  
- Giddens, Anthony: Las nuevas reglas del método sociológico. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1987.
  
- Good, B.: “Cuerpo, experiencia de enfermedad -illness- y mundo de vida. Un enfoque fenomenológico del dolor crónico”. En: Medicina, Racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Cambridge University Press. Material bibliográfico del Curso de posgrado “Los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una perspectiva de género y derechos”. Hospital J. M. Penna. 14/06/2010 a 27/09/2010.
  
- Grassi, E., Hintze, S., Neufeld, M.R. y equipo: Políticas sociales, crisis y ajuste estructural. Buenos Aires, Espacio Editorial. 1994.
  
- Grassi, Estela: “Políticas Sociales, necesidades y la cuestión del trabajo como capacidad creadora del sujeto humano”. En: Villanueva, Ernesto (coord): Empleo y globalización. La nueva cuestión social en la Argentina. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. 1998.
  
- Gutiérrez, Alicia: Pobre’, como siempre... Estrategias de reproducción social en la pobreza. Ferreyra Editor. Córdoba. 2004.
  
- Heler, Mario (coordinador): Filosofía social y Trabajo Social. Elucidación de un campo profesional. Editorial Biblos. Buenos Aires. 2002.
  
- Hintze, Susana: “Capital social y estrategias de supervivencia. Reflexiones sobre el capital social de los pobres”. En: Danani, Claudia (comp): Política social y economía social. Debates fundamentales. UNGS/Fundación OSDE. Buenos Aires. 2004.
  
- Hintze, Susana: Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo. Conjeturas sobre lo posible. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2007.

- Laurell, Asa Cristina: “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. Cuadernos Médico Sociales N° 37. Año 1986.
- Lindenboim, Javier: “El mercado de trabajo en la Argentina en la transición secular: cada vez menos y peores empleos”. En: Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada. Editorial Biblos. Buenos Aires. 2003.
- Mallardí, Manuel: “La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social. Diálogos con la Filosofía Bajtiniana”. Boletín SURÁ. Diciembre de 2004.
- Matus, Carlos: Política, planificación y gobierno. Fundación ALTADIR. Caracas. 1987.
- Oszlak, Oscar: Merecer la ciudad: los pobres y el derecho al espacio urbano. CEDES/Humanitas. Buenos Aires. 1991.
- Recoder, Laura: “Interculturalidad y salud: una mirada crítica desde la antropología”. Material del Curso de Posgrado “Interculturalidad y salud”. Hospital de Odontología Ramón Carrillo. 05/08/2010 a 25/11/10.
- Rojas Soriano, Raúl: Capitalismo y enfermedad. Plaza y Valdés Editores. España. 1983.
- Rozas Pagaza, Margarita: Una perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2005.
- Sabino, Carlos: El Proceso de Investigación. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1996.
- Testa, Mario: Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004.
- Vilas, Carlos (coord): Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas. Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela. 1995.
- Yazbek, María Carmelita: Classes Subalternas e Assistência Social. Cortez Editora. São Paulo. 1996.
- Constitución Nacional
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires
- Código Civil de la República Argentina
- Ley Nacional N° 23.377 y su Decreto Reglamentario N° 1568/88
- Código de Ética para Graduados en Servicio Social o Trabajo Social
- Ley N° 153 - Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires