

XXVII Congreso Nacional Trabajo Social
Paraná, Entre Ríos: 2014

Título: “EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA EN LA CIUDAD CÓRDOBA- HISTORIA Y ACTUALIDAD”

Eje temático: “Intervención profesional: contextos, escenarios y estrategia metodológica”

Autoras:

Lic. Rossana Crosetto¹

Lic. Claudia Bilavcik²

Lic. María Angélica Paviolo³

Abstrac:

El presente trabajo tiene como objetivo compartir algunas reflexiones en torno a las posiciones, relaciones y estrategias que desarrollan los trabajadores sociales en el campo de la salud pública en Córdoba Capital⁴, constituyéndose el mismo en uno de los espacios fundantes de la profesión y hoy, en uno de los espacios socio-ocupacionales más significativos en el que los trabajadores/as sociales se constituyen como agentes estatales expertos de un área de problemas vinculados a las políticas de salud.

Introducción:

Algunas notas conceptuales

A los fines de contextualizar el presente trabajo pretendemos reconstruir el proceso de conformación del sistema sanitario en la ciudad de Córdoba y las políticas implementadas en el sector en cada momento⁵ socio-histórico para desde allí analizar en su interior como se da el

¹ Lic. Trabajo Social. Docente e investigadora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente Secretaria Académica de dicha unidad académica. Email: rcrosetto@yahoo.com.ar

² Lic. Trabajo Social. Docente e investigadora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente Jefe a/c División de Servicio Social Ministerio de Salud de la Pcia de Cordoba. Email: bilavcik@ets.unc.edu.ar

³ Lic. Trabajo Social. Investigadora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente Presidente del Colegio de Profesionales de Servicio Social de la Pcia de Cordoba. Email:maquepav@yahoo.com.ar

⁴ Las reflexiones que se comparten son producto del Proyecto de Investigación “**Trabajo social con familias en el campo de la salud pública. Posiciones, relaciones y estrategias**”, cuyo objetivo es analizar los procesos de construcción de estrategias de intervención profesional de Trabajo Social con familias en relación a problemas sociales en diferentes espacios institucionales del área de salud pública en la ciudad de Córdoba, Argentina, en el periodo 2012-2013. Directora Mgter Nucci Nelly – Co- Directora: Lic. Crosetto Rossana. Proyecto aprobado y financiado por Secyt UNC

⁵ Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud. El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población. González García & Tobar, 1997: 45-46.

proceso de profesionalización del Trabajo Social, específicamente en el ámbito de las políticas de salud pública de la ciudad de Córdoba; cuestiones que no pueden pensarse al margen de la conformación de los modelos de Estado y de acumulación que se sucedieron en Argentina y sus particularidades en la provincia de Córdoba.

Autoras como Cazzaniga (1997), Rozas (2001- 2003), Aquín (2006), lamamoto (2003) señalan que la constitución e institucionalización del Trabajo Social como profesión depende de la progresiva acción del Estado en la regulación de la vida social y en administrar el conflicto de clase, la relación capital- trabajo constituida por medio del proceso de industrialización y urbanización y no como el proceso evolutivo o la tecnificación de la filantropía.

Entendemos que Trabajo Social se institucionalizó como profesión en el momento socio-histórico en que el Estado comenzó a atender la cuestión social especialmente a partir de las políticas sociales o dispositivos que cumplían tal función.

lamamoto (2003: 221) expresa que la profesión es un producto histórico de la sociedad, de la que es parte y expresión y en la medida que el Trabajo Social es una especialización del trabajo en la sociedad, se inscribe en la división social y técnica del trabajo colectivo y por ende, el significado social de la profesión depende de la dinámica de las relaciones entre las clases y de esas con el Estado en sociedades y contextos concretos y particulares para enfrentar la cuestión social.

En este sentido, la profesión es socialmente determinada por las circunstancias sociales objetivas, las cuales confieren una dirección social predominante a la práctica profesional, condicionando y superando la voluntad y conciencia de sus agentes individuales pero también es producto de la actividad de los sujetos que la construyen colectivamente, en condiciones sociales determinadas. Por lo tanto, señala la autora, si los procesos históricos imponen límites y desvenden posibles alternativas para la práctica profesional, éstas no se traducen inmediata y mecánicamente en la órbita profesional; se encuentran sujetas a innumerables mediaciones, que deben ser apropiadas y elaboradas por los agentes profesionales, tanto en el ámbito de la producción intelectual como en el ámbito de las estrategias de acción, para que asuman la forma de respuestas teóricas y técnico-políticas a las demandas emergentes en aquel campo de posibilidades.

En tanto que las políticas públicas en salud forman parte del campo analizado, retomamos los aportes de autores que analizan las reformas en el sistema de salud en Argentina, Susana Belmartino (2000-2005-2010-2011) y en la provincia de Córdoba, Jacinta Burijovich e Iván Ase (2008-2011-2012) que a su vez proponen debates conceptuales en torno a las estrategias de Atención Primaria de la Salud y su vinculación actual con el enfoque de derechos en el campo de las políticas públicas (2009).

Si nos referimos a la noción de campo según Pierre Bourdieu⁶, *“los campos se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas)”*(1990:135). Entre las propiedades o características de los campos, podemos destacar que *“...en cualquier campo encontraremos una lucha, cuyas formas específicas habrá que buscar cada vez, entre el recién llegado que trata de romper los cerrojos del derecho de entrada, y el dominante que trata de defender su monopolio y de excluir a la competencia.* (1990:135-141).

Desde esta perspectiva el campo de la salud en Argentina, se va conformando conjuntamente con la profesión médica que, de manera corporativa, ocupa no sólo los espacios de ejecución de la política de salud sino la toma de decisiones respecto al campo; no obstante a medida que van surgiendo distintos paradigmas en la relación salud- enfermedad- atención, asociados a distintos momentos socio-históricos, se van modificando las reglas de juego y apareciendo nuevos actores dispuestos a jugar en el campo, tal el caso de otras profesiones no médicas, como la profesión de Trabajo Social que particularmente nos interesa profundizar.

En tanto espacio de lucha y contienda en campo de la salud pública está constituido entre otros, por profesiones y profesionales que portan conocimientos y reconocimientos con grados de legitimación y poder asimétricos, cuya construcción socio-histórica muestra el predominio de la profesión médica como hegemónica en la relación salud- enfermedad- atención; pero también nos muestra que, y aunque no en forma exclusiva, ha sido estructurador del proceso de profesionalización de Trabajo Social y hoy es uno de los espacios socio-ocupacionales significativos en el que trabajadores/as sociales se constituyen como agentes estatales y expertos de un área de problemas vinculados a las políticas de salud en cuyo interior también se dirimen posicionamientos diferentes asociados a modelos o paradigmas en disputa que se traducen en las maneras de ver, analizar e intervenir en el campo de la salud pública desde TS. Lo expuesto conlleva algunas continuidades y otras rupturas en torno a las prácticas profesionales. Las continuidades en la mayoría de los casos se asocian a la función “demanda social e institucionalmente” de control social y asistencia, compatibilizando el accionar profesional como “brazo instrumental” de las políticas y/o planes y programas sectoriales. Las rupturas al interior de las prácticas profesionales se centran en preocupaciones y búsquedas de marcos teórico-referenciales e ideológicos respecto a las concepciones del Trabajo Social en este campo en particular, a las posiciones de los sujetos con los que se trabaja y la perspectiva del enfoque de derechos, a la delimitación del objeto de intervención, entre otros.

⁶Bourdieu Pierre: ‘Algunas propiedades de los campos’ en ‘Sociología y Cultura’ (1990) Edit. Grijalbo, México.

Proceso de reconstrucción socio-histórico del campo de la Salud Pública en Córdoba

El campo de las políticas públicas de salud en la ciudad de Córdoba cuenta con antecedentes del desarrollo de instituciones desde la época de la colonia, donde hegemonícamente la Iglesia Católica a través de distintas cofradías, es la que genera respuestas no sólo en relación a las enfermedades y expresiones de la cuestión social sino en los asuntos referidos a la vida política y económica de la sociedad de la época; concentrando el poder y el saber.

Ante la ausencia del estado español se va construyendo un entramado de intervenciones sociales entendido, siguiendo a Cazzaniga (2005) “como el conjunto de dispositivos montados a los fines de evitar la desintegración social”. En el estudio de estos dispositivos vemos diferentes modalidades, según grupos de donde emergen, los sistemas de ideas, las lógicas que sostienen y las intenciones que persiguen.

En este momento socio histórico se estructura un modelo de asistencia, basado en la lógica de la caridad y se sustenta en una cosmovisión que se constituye bajo tres binomios⁷:

1. La fe y la moral: basada en la economía de la salvación, obligación para con el prójimo donde predomina la lógica de hacer el bien sin importar a quien; cuyo financiamiento proviene de la limosna y legados institucionales.
2. La pobreza espiritual y pobreza material: centrada en la naturalización de la pobreza y en una perspectiva de carácter individual. Respuestas orientadas al cuerpo como al espíritu.
3. El pecado y el delito: toda situación de pobreza tiene consecuencias (delito y pecado). Comienza a cristalizarse la relación política-religión.

Desde la lógica confesional la Iglesia Católica y las diferentes cofradías van desarrollando las primeras acciones de las instituciones hospitalarias como en el Hospital San Roque (1762), único hospital público de la época; administrado por los Betleheimitas y las leprosas del S XVII que había tenido sus orígenes durante la colonia y por ende, actuaba como un hospicio de pobres.

Con la constitución del Estado-Nación (1880) de la mano del Estado liberal Oligárquico y del proceso de acumulación orientado hacia los intereses hegemónicos de la burguesía agro exportadora con características excluyentes, las demandas sociales emergentes sólo fueron absorbidas por el Estado mínimo cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a subvertir el orden social. Este contexto social caracterizado por manifestaciones de la cuestión

⁷ Fredianelli, Peralta, Crosetto, y otros. Ponencia : *Construyendo sentidos y significaciones desde la historia del TS en las instituciones de salud de la Pcia de Cba*” presentada “I Foro de Investigación e intervención Social, organizado por Escuela de Trabajo Social y Escuela de Ciencias de la Información UNC. Córdoba. Año 2006

social tales como la problemática de la población indígena y de la gran ola inmigratoria especialmente de procedencia europea, como el hacinamiento y el surgimiento del conventillo en las grandes urbes del país. Los problemas sanitarios no eran vistos como expresión de esas condiciones estructurales sino por el contrario, desde una perspectiva ideológica moralizante y de control/ tutela. La Sociedad de Beneficencia dirigía sus acciones a mestizos, aborígenes, criollos y negros; como los pobres del momento en torno a un conjunto de enfermedades “sociales” tales como: tuberculosis, fiebre tifoidea, meningitis, viruela, sífilis; las mismas eran concebidas desde una perspectiva individual y de riesgo moral que afectaban la reproducción de la fuerza de trabajo y la consolidación incipiente del sistema capitalista, generando pauperismo.

En este contexto se fue conformando el sistema asistencial en la provincia de Córdoba con un estado provincial poco activo y con fuerte incidencia católica fueron apareciendo a finales del Siglo XVIII y principios del XIX nuevos actores en los procesos de intervención en salud y junto a ello, nuevas maneras de concebir, explicar y actuar en los problemas vinculados con el campo:

- 1) la Sociedad de Beneficencia (1855)
- 2) la Universidad Nacional de Córdoba con la creación de la Facultad de Ciencias Médicas
- 3) el Estado a través del Consejo Provincial de Higiene (1880)

De esta forma la Facultad de Ciencias Médicas, el Hospital San Roque y el Consejo de Higiene fueron los puntales del sistema sanitario cordobés al decir de Carbonetti⁸.

El desarrollo de instituciones de salud pública seguía dependiendo de las Asociaciones de Beneficencia y de la acción de los municipios, especialmente el de la capital de la Provincia; así encontramos la función que se les asigna a las Hermanas de la Caridad en tareas religiosas y asistenciales curativas, por ejemplo, en el hospital Rawson, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y Hospital Misericordia, entre otros. A la par se fueron elaborando leyes destinadas a consolidar a la elite médica en el cuidado de la salud de la población.

Estas prácticas sociales ligadas a la lógica filantrópica, fue una de las respuestas de la época asociadas al movimiento laico y supone obligaciones en el plano de la moral pública. La tutela, patronato y autoridad/ control social, son las ideas que priman en la intervención social; conformando una respuesta de carácter político y no estatal a la cuestión social. Predominaron las prácticas de tipo religioso, donde tanto religiosas como mujeres guiadas por un espíritu filantrópico tenían como objetivo, paliar situaciones de carencia.

Por otra parte, el desarrollo del campo científico especialmente de la medicina, que en Córdoba se hace presente con la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC comienza a impulsarse la creación de nuevas instituciones que responde a dos lógicas: 1) ligada a la formación de

⁸ Carbonetti, Adrian (2004) “La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926”

nuevos profesionales y a la producción científica y 2) al reclamo de una nueva modalidad de intervención a través de la corriente de los médicos higienistas, que centrada en la lógica del “racionalismo científico” pretendía atacar las causas y prevenir enfermedades a fin de garantizar la reproducción de la población trabajadora.

De esta manera se fueron estructurando nuevos hospitales bajo la conducción técnica de los profesionales pertenecientes a la Facultad de Medicina y la conducción operativa a cargo de la sociedad de beneficencia o de cofradías.

“Las preocupaciones fundamentales del Estado provincial, luego de la creación del Consejo de Higiene, fueron principalmente dos: la primera, la necesidad de regular la práctica médica, reclamo constante de la elite médica interesada en alcanzar el monopolio del cuidado de la salud en la Provincia de Córdoba; y, la segunda, el temor hacia las epidemias, recurrentes en la Provincia durante el último cuarto del siglo XIX”
Carbonetti (2004).

El Consejo de Higiene tenía muy pocas intervenciones en el cuidado de la salud y ésta era dejada en manos de los municipios o de las sociedades de beneficencia. Es decir la escasa intervención del estado provincial se da a través de la provisión de fondos- partidas presupuestarias- y/o donación de propiedades.

De acuerdo a lo que señala Carbonetti la intervención estatal de la salud pública en la provincia de Córdoba comienza a tomar otro carril a partir de 1920. Si bien se habían controlado algunas enfermedades infectocontagiosas y la mortalidad infantil, los problemas de sífilis y tuberculosis (TBC) iban en aumento; poniendo en tensión a la salud pública y fijando nuevas prioridades por lo que en los primeros años de la tercera década del siglo XX, se creaban un Dispensario Central destinado al tratamiento de la sífilis, ubicado en la ciudad de Córdoba, y junto a él se establecían dos dispensarios más. A ellos se sumaban servicios anti luéticos en el interior provincial y recién en 1926 a fin de lograr la centralización del cuidado de la salud pública, se colocaba bajo la superintendencia y dirección técnica del Consejo de Higiene todas las instituciones de salud, bajo la gobernación de Ramón J. Cárcano, dirigente del Partido Demócrata de Córdoba. Este desarrolló una política destinada a generar una mayor intervención del Estado provincial, iniciándose así una nueva etapa en la política sanitaria del Estado cordobés.

Luego de la crisis del 29 aumenta la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Este modelo de intervención estatal hegemonizó las discusiones en el campo de la salud y las respuestas a los problemas del mismo pero es recién a mediados de la década de los años cuarenta cuando el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector, con la creación del Ministerio de Salud en el año 1949. La característica central es la expansión de los servicios de salud asociada a la ampliación de los derechos del ciudadano bajo el financiamiento estatal

(infraestructura, ampliación oferta de servicios públicos y programas contra enfermedades especialmente endémicas).

El intervencionismo estatal durante el periodo nacional-popular peronista devino en un crecimiento significativo del subsector de salud pública pero esto no se reflejó en paralelo en la provincia de Córdoba. Asuntos económicos y procesos sociopolíticos limitaron el alcance nacional en la provincia, donde las tardías estatizaciones de los hospitales administrados por las iniciativas de beneficencia y el papel protagónico que asumieron las instancias estatales de la provincia en estas acciones, se ligaron a las particularidades de las intervenciones locales.

La década del 50 está caracterizada por un lado, por el traspaso de hospitales que estaban a cargo de las Sociedades de Beneficencia a la órbita del Estado provincial- estatización provincial- y por el otro, por la expansión a partir de la creación de nuevos establecimientos y la incorporación de la gran mayoría de los nosocomios existentes en la provincia a la dependencia del máximo organismo de salud pública provincial⁹.

A partir de 1955 en adelante en el contexto regulatorio e institucional el Estado Nacional, bajo la matriz desarrollista, transfiere responsabilidades a las provincias descentralizando hospitales públicos y se inicia el proceso de regulación para la formación de recursos humanos y la regulación del mercado de medicamentos. El estado nacional amplía los programas verticales que financia incorporando programas de salud rural y se sanciona la Ley N° 17.102 de hospitales de comunidad. Durante este período, disminuye el número de camas del sector público y se incrementa la capacidad instalada del sector privado. Esta etapa se caracteriza por la formación del modelo pluralista de planificación descentralizada¹⁰.

Comienzan a incorporarse nuevos actores que introducen nuevos debates sobre la política de salud pública y comienza a forjarse un modelo tecno burocrático con vinculaciones con el sector empresario nacional e internacional, a partir del estímulo a la iniciativa privada; sólo posible bajo el “discurso “modernizante” y “eficientista” que pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes”¹¹. A la par 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

⁹ De acuerdo con los datos disponibles, de 9 nosocomios que dependían directamente del organismo sanitario provincial en 1949 (Philp 1998, 123), se habría pasado a 34 hospitales, a comienzos de 1951 (Gobierno de la Provincia de Córdoba 1998, 115). Luego de que fuera aceptada la renuncia del gobernador San Martín en octubre del 1951, encontramos integrados 94 hospitales, distribuidos a lo largo y ancho de todo el territorio de la provincia.²⁰ Finalmente, en el Presupuesto de 1955, pudieron contarse, a cargo del poder provincial, un total final de 107 unidades de este tipo. Citado por Rodríguez. Ob. Cit. (pág.301)

¹⁰ www.pnud.org.arn Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011. Buenos Aires, Argentina.

¹¹ *Ibíd.* anterior

empleados en paralelo al crecimiento del sector privado de atención de salud; cuestiones que van a ir determinando el rasgo central de la construcción del sector salud en Argentina.

La Conferencia de Alma Ata (1978) abre un nuevo hito para repensar las intervenciones en el campo de la salud pública ya que desde allí que se comienzan a impulsar procesos de auto atención; de rescate del saber popular; y de la participación social como modos alternativos de afrontar los principales problemas que afectan la salud pública. Estas propuestas autogestivas y de participación social en salud son concebidas como “el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones”. Este fue el tipo de definición propuesta por los sanitaristas que impulsaban una atención primaria integral. Estas experiencias se discontinuaron en las décadas siguientes¹². En este escenario al decir de Burijovich, Ase (2003) es posible observar en el sector salud un cuestionamiento profundo al monopolio del saber médico.

No era precisamente la misma discusión que se daba en nuestro país, en el año 1976 se da comienzo al Proceso de Reorganización Nacional, lo cual le otorga ciertos rasgos a las políticas económicas, y dentro de las mismas las sociales y sanitarias. Según Llovet Juan Jose¹³ en salud...”las coordenadas y líneas políticas corresponden a distintos ámbitos sectoriales y son: a) La transformación del régimen de las obras sociales b) el arancelamiento hospitalario c) la transferencia de los hospitales nacionales d) la gestión de la municipalidad de Bs As e) las resultantes del neoliberalismo económico sobre los salarios y el mercado de trabajo...

Respecto al primer punto Llovet señala que uno de los objetivos esenciales del régimen militar fue mellar y debilitar el poder sindical... de allí la necesidad de cancelar las condiciones creadas por la ley 18610/ 70 que había consagrado la participación de los gremios en el subsector de la seguridad social. En dicha época se intervienen las obras sociales poniendo al frente a miembros de las Fuerzas Armadas.

El arancelamiento de los servicios hospitalarios, fue la medida que en toda su extensión mas vigencia y consecuencias prácticas tuvo, representando un verdadero punto de inflexión en la

¹² La Conferencia Internacional efectuada conjuntamente entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, celebrada en Alma Ata (ex URSS, del 6 al 12 de Septiembre) formuló la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como medio para alcanzar la *Salud para Todos en el Año 2000* (S.P.T./2000): La misma fue adoptada por todos los países miembros de la OMS, por lo que adquiere status de compromiso gubernamental como política central de salud. La declaración de Alma Ata, presidida por el período desarrollista de planificación normativa y medicina comunitaria, se realiza en un momento de fuertes luchas ideológicas en todo el mundo como un discurso contra hegemónico y enmarcada en los siguientes acontecimientos internacionales: la Guerra Fría; la idea de un Nuevo Orden económico mundial que se insinuaba a partir del poder relativo demostrado por los países exportadores de petróleo y otras materias primas; el crecimiento de la socialdemocracia en Europa; y la simultánea diseminación de dictaduras militares en la mayoría de los países de Latinoamérica. Representantes de 134 gobiernos y 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales suscribieron a la Declaración.

¹³ Llovet Juan J. (1984): Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso. Estudios CEDES. Argentina

historia y tradición de la salud pública argentina, la cual perdura hasta la actualidad por el famoso “bono de contribución” a las cooperadoras y fundaciones hospitalarias.

El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario.

Los Gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los períodos de transición y consolidación de la democracia no consiguieron encontrar fórmulas superadoras de las recetas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación total del nivel central nacional.

“Lo social” comienza a ocupar un lugar de importancia y trascendencia en programas y al interior de los equipos de salud y comienza a replantearse el modelo dominante biologista y unicausal, que aunque sigue imperando hegemónicamente van apareciendo nuevos sentidos, luchas y disputas que introducen en el campo nuevas concepciones de salud como proceso social y multideterminado.

En este periodo adquiere significación la promulgación de la Ley provincial Nº 7625/1989 del equipo de salud humana, la cual promueve el ingreso de profesionales al sector público de salud por concurso, tratando de superar el ingreso discrecional y la promoción por la capacitación disciplinaria e interdisciplinaria al interior de las organizaciones sanitarias. Así mismo se promueve la participación de las diferentes disciplinas en comités (de Historias Clínicas, de capacitación, de organismos de la ley, de Desastres, de Identidad, de Residencia, de Investigación y Evaluación de Servicios de Salud y Participación Comunitaria.)

Durante la década de 1990 se realizaron reformas sectoriales en el marco de una política económica de apertura comercial, desregulación de algunos mercados y privatización de empresas de servicios públicos. Respecto del sector salud, el mismo incorpora la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios e “intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital” (Belmartino, 1991:24)

Se consolidan las tendencias de descentralización y des mercantilización de los servicios públicos, condicionadas por las propuestas de los organismos de asistencia técnica y financiera internacionales (que para el caso del sector salud son el Banco Mundial y el Banco Interamericano Desarrollo) derivando posteriormente en los procesos de reforma del estado; que en el campo de la salud fue ampliamente resistido por diversos actores. A su vez la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud que a la postre resulta una visión remozada de los planteos de APS de la década de los 60-70.

Posteriormente de la mano del ajuste estructural, la Reforma del Estado y la Ley de emergencia provincial (1995), se produce al interior del campo de la salud pública provincial por

un lado, un proceso de descentralización a partir del cual los centros de salud de atención primaria y organizaciones sanitarias del segundo nivel pasan a depender de los municipios sin los presupuestos necesarios para su sostenimiento. Por el otro, desaparecen y/o recortan programas, planteles de recursos profesionales, disminución del presupuesto provincia -del 14,7 al 9%-, entre otros.

En las dos gestiones Mestre (1995-1999) y De la Sota (1999- 2003) y sucesivas del mismo partido político) se *“han producido un proceso de constante degradación del sub-sector estatal en salud (disminución y precarización de la planta de trabajadores de salud, disminución de los presupuestos, deterioro de la infraestructura, fragmentación del sistema, etc.”*¹⁴.

Las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 pueden identificarse como de emergencia sanitaria. Durante este período y hasta la fecha, se han puesto en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos, más allá de lo discursivo en cuanto a la salud como derecho universal.

Campo profesional y campo ocupacional en el ámbito de la salud pública en Córdoba

Entendemos que el campo profesional se configura como espacio de clausura social y ocupacional (Gonzalez Leandri:1999:20) en las políticas de salud a finales de los 60 y principios de los 70. No obstante existían previamente personas de buena voluntad sin formación alguna, damas de beneficencia o bien, visitadoras de higiene y luego, las visitadoras sociales. El primer grupo, ligado a la lógica confesional y la sociedad de beneficencia eran personas de buena voluntad, sin ningún tipo de formación sistemática o formal, consideradas idóneas.

Las primeras egresadas Visitadoras de higiene, fueron de la Escuela de Puericultura (1943) dependiente de la Dirección Nacional de Salud Pública, División Maternidad e Infancia de la Facultad de Medicina de la UNC; cuya formación estaba ligada al modelo médico, positivista y biólogo. En su formación e intervención incorporan la influencia del ambiente físico y social. *“Era un curso de un año o dos de duración que estaba orientado a la práctica. De allí surgía personal que los hospitales –en este caso la Maternidad Nacional- iba demandando para la atención del grupo de neonatos y de niños”*¹⁵

En 1945 surge la Escuela Terciaria de la Sra. María Emilia Goycochea, que contenía una formación de 3 años y se requería contar con título secundario. Luego, a mediados de la

¹⁴ Burijovich, Ase (2003) Las políticas de salud en Córdoba: ¿Una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo? Ponencia en Segundo Congreso Argentino de Administración Pública, Sociedad, Estado y Administración

¹⁵ Entrevista tomada a las TS Yolanda Molina de Pinto y María Angélica Paviolo por la asignatura Fundamentos y Constitución Histórica del TS “B”- Área Práctica, en el año 2004. Las mismas desempeñaron funciones de gestión en el Servicio Social Central del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba, del cual dependen los servicios sociales hospitalarios

década del 50 se crea el primer Curso de Asistencia Social de la Facultad de Medicina UNC (1957), antecedente de la actual Escuela de Trabajo Social y en el año 1959 se crea la Escuela Servicio Social de la Universidad Católica de Córdoba, la cual se cierra en 1971. Es decir, a mediados de la década del 50 en la ciudad de Córdoba capital existían dos instituciones universitarias (una pública y nacional-UNC- y la otra de carácter privado y católica-UCC-) encargadas de la formación profesional.

En los diferentes servicios sociales de salud conviven las llamadas idóneas con las primeras profesionales egresadas entrando en tensión y disputas las diferentes concepciones y prácticas; paulatinamente algunos idóneos pasan a realizar tareas administrativas hasta la década de los 80.

Coincidente con ello y en plena expansión del Estado de Bienestar en Argentina el paradigma de salud comienza a cuestionarse y se pasa de una concepción centrada en la monocausalidad a la multicausalidad, *“comienzan a reconocerse como agentes de enfermedad el ambiente tanto social como físico, que no determinan sino que influncian y comienza a demandarse un recurso humano más capacitado”*¹⁶

De lo expuesto podemos resaltar que en la década del 50-60 la complejidad creciente del campo de la salud demandó una modificación organizativa y aquellas instituciones conformaron los hospitales que hoy conocemos, con las variaciones históricas pertinentes enunciadas en el apartado anterior. La función del trabajador/a social era fundamentalmente de control social, vinculado especialmente a la terminación o no abandono de tratamientos y lo referido a enfermedades infectocontagiosas (TBC, Lepra, Sífilis). Incluía también funciones educativas puntuales.

En los años 60 y 70, coincidente con la expansión del estado benefactor y la predominancia del modelo desarrollista, existe una fuerte demanda de profesionalización derivando en el crecimiento de cargos de trabajadores sociales tanto en los servicios de salud hospitalarios como en el nivel central del Ministerio de Salud de la provincia. Especialmente son los/as egresados/as de ambas universidades quienes van ocupando dichos cargos concomitantes con el recambio generacional y profesional que provocó el reemplazo paulatino de las visitadoras sociales.

La función predominante era la asistencial, mediadora entre demandas, recursos y autoridades ministeriales y se implementaba en términos de estrategias de intervención el Caso Social Individual primero y el Desarrollo de la Comunidad, posteriormente. Perspectivas teóricas-ideológicas que signaron la profesión en sus atravesamientos con el contexto socio-histórico.

En Córdoba y en el ámbito de salud, no impacta el movimiento de “reconceptualización latinoamericano”, solo presente en el debate académico. Hacia fines de los 70 comienza a

¹⁶ Entrevista ob.cit.

incorporarse con más fuerza la necesidad de planificar en los servicios sociales de salud, desde la propuesta teórica metodológica de la Escuela Chilena, siendo uno de los referentes la autora Alwyn de Barros. Por entonces continúa predominando la función de asistencia y se introduce la socio-educativa, paulatinamente.

Un hito significativo en la intervención profesional en salud lo marco la Declaración de Alma Ata (1978) a partir de la cual comienza a interpelarse el concepto de salud desde movimientos científicos alternativos como ALAMES, que surge en América Central y del Sur, centrado en la promoción y prevención de la salud en el espacio social familiar y comunitario, la intersectorialidad y la integralidad de las acciones de salud. Momento que es atravesado por un conjunto de prácticas al interior de la propia disciplina centrado en actividades de capacitación y supervisión.

A mediados de la década del '80 en los hospitales, los registros¹⁷ disponibles dan cuenta de las siguientes intervenciones profesionales: entrevistas por adopción, defunción, causas de malestares, malos tratos, supervisiones, entrevistas con otros profesionales, relaciones intrahospitalarias, e interinstitucionales. Asimismo expresan que el número de profesionales es insuficiente para desarrollar la labor asistencial por la magnitud del hospital, en un contexto en que aparece la necesidad desde la intervención profesional de replantear las funciones al interior del campo de la salud y su aporte específico por fuera del ámbito hospitalario. Es decir, se plantea que la función del servicio social debe ser comunitaria, identificado como nexo entre el paciente y el hospital, el paciente y la familia, el hospital y la comunidad, conocer científicamente los problemas sociales del paciente, determinar las posibles alternativas y soluciones que se pueden administrar y capacitarlos para asumir el papel de agentes de su propia recuperación, centrado en algunos programas de promoción y prevención tales como el Programa de Crecimiento y desarrollo del niño sano y el Programa de adolescente embarazada.

La apertura democrática trae la emergencia de un nuevo paradigma, centrado en el movimiento de medicina social latinoamericana que se inscribe en la corriente de pensamiento del materialismo histórico; que incorpora al sujeto en sus condiciones de vida para explicar los procesos de salud- enfermedad y nuevas intervenciones sociales en el campo de la salud, lo que se reflejó en la incorporación de un número importante de profesionales de Trabajo Social en los hospitales de Córdoba capital y del interior de la provincia. Esto trae aparejado un intento de re funcionalización de las unidades de Trabajo Social hospitalarios en función del marco conceptual metodológico de este nuevo paradigma.

Desde entonces la disciplina de Trabajo Social en el campo de la salud pública comienza a participar activamente en espacios de discusión creando nuevos sentidos y posicionamientos

¹⁷ Se toman referencias de registros (1984-1988) de los Hospitales Provinciales de: Niños de la Santísima Trinidad y Misericordia

relativos al derecho a la salud, tales como la Ley N° 7.625/89 que tiene la significancia de incorporar a la disciplina de Trabajo Social como parte de los profesionales de la salud y el ingreso al mercado ocupacional a través de concursos clausurando de esta manera el espacio social y legitimando el mismo. La participación en la formación de posgrado, hasta entonces sólo exclusiva de la profesión médica, en la modificación de perfiles profesionales ligados a lo preventivo y extramuros en las áreas de responsabilidad primaria que en su momento todos los hospitales tenían. Participación de espacios multisectoriales (adolescencia, mujer,) al interior de la propia disciplina (capacitación en servicio) e intrahospitalarios (programa Salud Rural, el de Adolescentes, el de Salud Reproductiva, el de Salud y Mujer). Participación activa de capacitación y formación de recursos humanos, bajo el formato de residencias de salud para trabajadores sociales.

Desde mediados de los '90 un complejo proceso de transformaciones a nivel de las políticas sociales repercutió en las políticas de salud y en la medida que estas se configuran como espacio de intervención profesional, específicamente implicaron nuevos posicionamientos al interior de la disciplina. A la par que se redujo el espacio de inserción laboral, situación que comienza a revertirse a mediados de la última década se ampliaron las posibilidades de incorporación del TS en programas y proyectos interdisciplinarios de salud ya sean éstos provenientes del ámbito nacional, provincial o intrainstitucional; tales como el de tuberculosis, diabetes, salud sexual y reproductiva, vih-sida, trasplantes, discapacidad, entre otros.

En estos últimos años un aspecto particular y de suma relevancia en relación a lo explicitado en los párrafos anteriores es que la formación de posgrado a través de las residencias en salud para la profesión de TS, permitió la incorporación a los espacios ocupacionales del subsector público de salud a nivel provincial, tanto en hospitales de capital como en interior provincial. Estas cuestiones no han sido menores en el campo profesional. Los procesos de formación y capacitación permanente, las transformaciones políticas y encuadres institucionales han permitido procesos de reflexión y ruptura al interior del propio campo profesional en el área específica de la salud. Desde el enfoque de derechos unas veces en coexistencia con el de riesgo social y otras tantas en disputa y tensión, fueron marcando nuevos horizontes de intervención profesional que se traducen en estrategias y prácticas profesionales, en contraposición a las políticas focalizadas, fragmentadas y bajo la lógica del control social del sujeto destinatario de la intervención profesional, bajo criterios clasificatorios y estigmatizantes de los mismos.

Actualmente al interior de las unidades de Trabajo Social se está generando un proceso de discusión en torno a los sujetos y al objeto de intervención, se introducen las concepciones de vulnerabilidad y vulneración de derechos en estrategias de intervención flexible y contextualizada en cada espacio social de intervención profesional (con familias, en la comunidad, en las instituciones). Asimismo el objetivo profesional desde un enfoque de

derechos se propone ampliar los mecanismos de inclusión social de los sujetos demandantes de la intervención profesional.

Algunas reflexiones...

Estamos convencidos que el campo de la salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad en su conjunto, y en ella adquiere significación la profesión de Trabajo Social, introduciendo nuevas miradas en relación a los sujetos que demandan los servicios de atención en salud, ampliando y fortaleciendo el ejercicio de los derechos sociales en el cuidado de la salud. Espacio de lucha, confrontaciones, disputas de sentidos que requiere de construcciones teóricas, metodológicas y políticas desde la disciplina a la luz de los tiempos que corren.

Reconocemos que al interior del campo de la salud pública hay una lucha por las clasificaciones y nominaciones: de la buena voluntad y filantropía a las idóneas, visitadoras de higiene y/o sociales; de éstas a quienes se legitiman con un saber especializado y certificado, el acceso a la universidad; el título universitario y de postgrado, los conocimientos y expertos, van determinando posiciones asimétricas y hegemónicas, además de las luchas por las clasificaciones y disputas entre las profesiones hegemónicas y las subalternas en el campo de la salud.

En definitiva podemos afirmar que el proceso de construcción del campo profesional no se constituye para crear cierto espacio en la red ocupacional sino que es la existencia de ese espacio lo que lleva a la constitución profesional, que en los procesos de intervención en salud se presenta con cambios, rupturas y luchas desde la década del 50 en adelante. Tal como afirma Iamamoto (2003) el fundamento que legitima la profesionalización del Servicio Social es la creación de un espacio socio-ocupacional. Este espacio de lucha y contienda que en el ejercicio profesional se construye y de construye cotidianamente con otros profesionales y profesiones, otros sujetos que demandan por sus necesidades, condicionados o posibilitados por la dinámica de las políticas sociales no sólo sectoriales- de salud- sino del conjunto de políticas públicas y sus componentes jurisdiccionales, intersectoriales, de coordinación, entre otros, que confieren cierta direccionalidad a la práctica profesional, superando las voluntades individuales.

Los esfuerzos del Trabajo Social y sus profesionales sobre todo en el campo de la salud pública han sido significativos y aún quedan pendientes numerosos desafíos que nos reconducen a mirar nuestras prácticas de intervención e investigación, a repensar el futuro y el campo de posibilidades, nuestros acumulados y especificidades en relación a la cuestión social, a los sujetos y sus condiciones de existencia, tanto materiales como simbólicas, en post de la construcción de la ansiada autonomía de la profesión.

Bibliografía:

- Aquín, N. (1996): *La relación sujeto-objeto en Trabajo Social. Una re significación posible*, en La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Aquín, N. (2006): *Vínculos críticos entre teoría, ideología y técnica*. Formato electrónico: I Encuentro de Prácticas Universitarias y Proyecto Crítico- Julio 2006 . Escuela de Trabajo Social Universidad Nacional de Córdoba. Argentina
- Belmartino, Susana (1991). *Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica*, En: Cuadernos Médico Sociales no 55: 13-33.Argentina.
- Belmartino, Susana. (2000). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿quién será el árbitro?* .Colección Salud colectiva. Lugar Editorial. Bs As, Argentina.
- Bourdieu P (1990); *Algunas propiedades de los campos en Sociología y Cultura*. Edit. Grijalbo, México.
- Burijovich, Ase (2003): *Las políticas de salud en Córdoba: ¿Una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo?* Ponencia en Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración. Argentina
- Carbonetti, Adrian (2004) *La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926*.
- Cazzanigas S (2005) *Puentes y Giro para asomarse al oficio*, Revista Tutopía nº 12 . Argentina
- Fredianelli, Peralta, Crosetto, (2006) *Construyendo sentidos y significaciones desde la historia del TS en las instituciones de salud de la Provincia de Córdoba*. Formato electrónico I Foro de Investigación e intervención Social, por Escuela de Trabajo Social y Escuela de Ciencias de la Información UNC. Córdoba. Argentina
- Iamamoto M (2003): *La práctica como trabajo y la inserción del Asistente Social en los procesos de trabajo*, en El Servicio Social en la contemporaneidad. Cortez Editora, Brasil.
- Llovet Juan J. (1984) *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*. Estudios CEDES. Argentina
- Rodriguez, M. L (2013): *Las políticas hospitalarias peronistas: el caso de la provincia de Córdoba, Argentina (1946-1955)* en Historelo. Revista de Historia Regional y Local. Vol 5 Nº 9. Enero-junio 2013. Argentina
- Rozas P., M. (2001): *La cuestión social contemporánea y la intervención profesional como campo problemático*, en La intervención profesional en relación con la cuestión social- El caso del Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina
- Tobar, Federico (2001) *Herramientas para el análisis del Sector Salud*. Medicina y Sociedad. 2001. Argentina

www.pnud.org.ar Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina- El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires, Argentina

www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html Cazzaniga, Susana (2002). *Trabajo Social e Interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud*. En Margen N° 27- Periódico de Trabajo Social y Cs. Ss. Argentina

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111117003> Ase, I y Burijovich, J. (2009) *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Revista: Salud Colectiva 2009 – 5. Argentina

www.margen.org/suscri/margen27/interve7.html Carballeda, Alfredo J. M.; Barberena, Mariano; Belzitti, María Claudia; Mendoza, Mariela; Argentina