

# Una mirada sobre nuestra mirada

## Reflexiones sobre las prácticas profesionales en un hospital público provincial

*A look over our point of view. Reflections on professional practices in a provincial public hospital*

**Gabriela González Ramos**

Fecha de presentación: 04/12/2017

Fecha de aceptación: 29/01/2018

### Resumen

En el marco de aquellas posiciones que sostienen que en los campos socio-ocupacionales se expresan proyectos profesionales – teóricos, metodológicos, políticos y éticos- diferentes, en el presente trabajo se procura transmitir algunas reflexiones que surgen de la indagación y análisis de la concepción de sujeto que prevalece en las intervenciones profesionales en un escenario particular, como lo constituye un hospital público de la Ciudad de Córdoba (Argentina). El interés en la temática surge de la hipótesis de que según sea la concepción que se tenga de las personas con quienes intervenimos, derivarán diferentes estrategias de abordaje, las cuales permitirán visualizar la perspectiva desde la cual se interviene y los procesos de interpretación de necesidades que involucran. Es una mirada y no otra la que entra en juego, en tanto se considera ineludible el compromiso del Trabajo Social con la promoción del ejercicio pleno, igualitario y justo de los derechos.

### Palabras clave

Campo de la salud; intervención; habitus profesional; sujetos; derechos.

### Abstract

Within the framework of those positions that hold that in the socio-occupational fields different professional, theoretical, methodological, political and ethical projects are expressed, in the present work we try to transmit some reflections that arise from the investigation and analysis of the conception of subject that prevails in professional interventions in a particular setting, such as a public hospital in the City of Córdoba (Argentina). The interest in the subject arises from the hypothesis that depending on the look that one has of the other, in this case of the subject of intervention, different approach strategies will be derived, which will allow to visualize the perspective from which it is intervened and the processes of interpretation of needs that involve. It is a look and not another that comes into play, while the commitment of Social Work is considered ineludible with the promotion of the full, equal and just exercise of rights.

### Keywords

Health field; intervention; professional habitus; subjects; rights.

## Introducción

El desarrollo de este trabajo se constituyó en un complejo proceso reflexivo de constante revisión de las prácticas profesionales, tanto por lo “costoso” de la propia mirada como por las “incomodidades” que genera el hecho de que se nos mire.

Desde el ejercicio profesional, se propone indagar y explicitar la concepción de sujeto que prevalece en las intervenciones del Servicio Social del Hospital Materno Neonatal “Dr. Ramón Carrillo” -de la ciudad de Córdoba, República Argentina- ligadas a la atención de la salud sexual de las mujeres. Ello implica mirar dos dimensiones de la intervención del Trabajo Social: los tipos de intervención – sostenidos desde una perspectiva tutelar (de control social) o de derechos- y los procesos de interpretación de necesidades y derechos y, en particular, el lugar de las y los profesionales en tales procesos.

El interés en la temática surge de la hipótesis de que según sea la mirada que se tenga de las y los agentes que participan en la intervención, derivarán diferentes estrategias de abordaje, las cuales permitirán visualizar la perspectiva desde la cual se interviene, que muchas veces no responde a lógicas definidas desde la disciplina.

Siguiendo a Cazzaniga (2003), la noción de sujeto se configura en uno de los aspectos constitutivos de la disciplina, y su análisis está íntimamente relacionado con otros aspectos tales como corrientes teóricas, objetos, objetivos, estrategias metodológicas, espacio profesional, todo ello situado en un contexto socio-histórico determinado.

Se concibe a los derechos humanos desde una visión integral, universalista, indivisible e interdependiente, en la que el derecho a la salud - y por tanto los derechos sexuales- es parte constitutiva. Su ejercicio implica no sólo recibir atención adecuada, sino también contar con las condiciones necesarias para la prevención y promoción de la salud, entre las cuales se cuenta el derecho a la información y a la participación en las decisiones.

De este modo, la efectivización del derecho a la salud sexual requiere reconocer a las mujeres como titulares de derechos, democratizar el acceso a los recursos y despojar de asimetrías las relaciones sociales. Y las/los trabajadores de la salud de una institución pública tienen una responsabilidad diferente por ser parte del Estado en su condición de garante de los derechos de la ciudadanía.

Por lo expuesto, se propone analizar las prácticas de las y los trabajadores sociales en relación a la atención de la salud – entendida como promoción, prevención y restitución-. Ya que la/el agente profesional, en términos de Bourdieu (1991), reproduce y reitera un “habitus” en su modo de actuar; y es en ese hacer, en esa toma de posición que puede generar o excluir los procedimientos profesionales que favorecen u obstaculizan, entre otras cuestiones, los derechos sexuales de las mujeres.

La práctica es el lugar de encuentro entre lo objetivo y lo subjetivo, en palabras de Bourdieu (1991), es el lugar de la dialéctica del opus operarum y el modus operandi, de los productos objetivados y los productos incorporados de la práctica histórica, de las estructuras y los habitus.

Las y los agentes sociales, en este caso, trabajadoras/es sociales son el producto de la historia del campo social, como espacio de relación, y de las acumulaciones producidas en el curso de nuestras trayectorias particulares en dicho campo y en el subcampo profesional.

El trabajo se centra principalmente en cuatro ejes de análisis: trayectorias profesionales y del Servicio Social<sup>1</sup>; prácticas de intervención profesional en la atención de la salud sexual<sup>2</sup>; procesos de interpretación de las necesidades y derechos<sup>3</sup>; percepciones, valoraciones y caracterización de las mujeres que intervienen en el proceso<sup>4</sup>. Para ello, se utilizan como insumos entrevistas semiestructuradas a las y los profesionales que se desempeñan en el mismo (realizadas entre agosto y octubre de 2014) y materiales secundarios como los protocolos institucionales, informes sociales producto de la intervención profesional y registros existentes al interior del Servicio.

## *Algunas precisiones sobre la concepción de salud*

La salud se constituye en un derecho constitucional en nuestro país a partir de la reforma de 1994 en la cual se adhiere a diferentes Pactos Internacionales de Derechos Humanos. Un ejemplo es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Naciones Unidas, en el cual se reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, que no sólo abarca la atención de la salud apropiada y oportuna, la accesibilidad y la universalidad, sino que también reconoce los demás determinantes vinculados con la salud.

Como lo expresa Abán (2002), los derechos sexuales implican autonomía y libertad para decidir en torno a la reproducción (decidir si tener hijas/os y cuándo), a vivir una sexualidad libre, sana, plena y autoconsciente que incluya el derecho al placer y la libertad de orientación sexual, el conocimiento del propio cuerpo y sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, el derecho a la educación e información, el acceso igualitario a servicios de salud de calidad y gratuitos, que respeten las decisiones y preferencias de mujeres, varones y –se podría agregar– de la totalidad de las identidades sexuales.

Desde el paradigma alternativo de la medicina social<sup>5</sup> -al cual se adhiere- se postula el análisis de la salud-enfermedad como proceso social en el que intervienen factores de orden económico,

---

<sup>1</sup> Época de formación, títulos obtenidos, historia laboral, condiciones en las que éstas se desarrollaron, importancia asignada al ejercicio profesional en una institución pública estatal; conformación del servicio, definición de objeto, objetivos, problemáticas que aborda.

<sup>2</sup> Tareas/acciones que llevan a cabo, caracterización que realizan de las mismas, descripción de una intervención profesional, metodología y procedimientos de abordaje, conocimiento y aplicación de normas vigentes, concepción de salud sexual y reproductiva.

<sup>3</sup> Recepción de las demandas, áreas o problemáticas que se abordan y origen de definición de las mismas, visualización de necesidades y derechos.

<sup>4</sup> Descripción, utilización de referencias teóricas para su designación.

<sup>5</sup> El paradigma de la Medicina Social – Salud Colectiva surge en América Latina a partir de la década de 1960, de la unión de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud con movimientos de trabajadoras/es, estudiantiles y organizaciones populares, en respuesta al desarrollismo y la crisis de la Salud Pública. Desde una matriz

social, político, ideológico y cultural. Así entendido, la génesis del vivir, enfermar o morir se ubica en los procesos de producción y reproducción social, y en las relaciones que en función de tales procesos establecen las personas entre sí.

Entonces, el proceso de salud-enfermedad es visualizado como un fenómeno multidimensional, en el que intervienen distintos condicionantes, los cuales si bien se expresan en seres concretos y, por lo tanto, parten de su constitución orgánica y biológica, se configuran sobre patrones sociales. Este enfoque afirma la existencia de perfiles de salud-enfermedad determinados histórica y socialmente. Lo social no aparece como un aspecto más, sino que es la dimensión que explica el proceso en sí. Los fenómenos de reproducción social, las clases sociales y las diferencias de género, se conciben como variables explicativas del proceso de salud-enfermedad de los distintos grupos humanos.

Así, salud es un proceso social de tensión y conflicto constante, en la búsqueda de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y el bienestar. Y se constituye como un producto social en la medida que es resultante y depende de las acciones que realizan a favor o en contra una diversidad de agentes sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las personas (Breilh, 1991).

El campo de la atención de la salud en Argentina se encuentra subdividido en tres subcampos interrelacionados, producto de las luchas históricas, identificables con las relaciones de poder (dominantes-dominados) en el espacio social de diferentes agentes sociales: prestadores privados, sector público y de seguridad social. Dicha subdivisión es expresión de la disputa simbólica, aún vigente, por considerar a la salud como derecho social o como mercancía. El subcampo de la atención pública de la salud en su interior también expresa, de manera particular, la disputa señalada.

La configuración del campo de la salud es compleja debido a la diversidad de agentes que participan, sus diferentes trayectorias y posiciones; cuyas relaciones han dado lugar a la generación de estructuras altamente burocratizadas -diferentes niveles de atención, instituciones sanitarias subdivididas según jurisdicciones, áreas de conocimiento y prácticas protocolizadas-.

Czeresnia y Machado (2006), sostienen que el conocimiento y la institucionalización de las prácticas en salud pública se fueron configurando en articulación con la medicina -la cual se estructuró en base a las ciencias positivas-. Los discursos y prácticas dominantes se estructuran, así, en relación a conceptos objetivos de enfermedad y no de salud.

Menéndez (2005) señala tres características que ha adquirido el orden social vigente, producto de las luchas por imponer una visión de las divisiones en su seno, y que son constitutivas de las

---

marxista estructuralista incorpora tres ejes: la epidemiología, la política -planificación y gestión- y la relación entre Ciencias Sociales y salud. Salud - enfermedad es entendida como un proceso y la epidemiología crítica estudia este proceso en el contexto social y en el tiempo. La unidad de análisis es la población y las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden a las personas. Las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina. La relación teoría práctica se basa en la praxis -interrelación teoría/acción-. Tiene un enfoque multimetodológico - complementariedad entre lo individual y lo social, y lo cuantitativo y lo cualitativo-. Lo fundamental es el replanteamiento teórico del problema -siendo las categorías centrales clase social, reproducción económica e ideología- y los métodos y técnicas se subordinan a éste.



estructuras mentales y objetivas y, a su vez, de las prácticas al interior del campo de la salud: la patologización de las sociedades, la medicalización de la vida y la mercantilización de la salud.

## *El proceso de atención de la salud*

Es necesario distinguir tres planos en la atención de la salud, los cuales deben necesariamente articularse para lograr un modelo integral: el de las políticas, el de la planificación y gestión de los servicios y el de las prácticas profesionales.

En relación al primer plano, siguiendo a Guendel (2009), la **política pública** se define como una decisión del Estado para modificar u orientar la acción social. Y se expresa en un conjunto de instrumentos jurídicos, políticos y técnico-administrativos fundados en un conocimiento acerca de la realidad política y social. La diferencia entre una política pública tradicional centrada en un enfoque burocrático-tutelar y una basada en el enfoque de los derechos humanos se produce por el lugar asignado y la manera de vincularse con las personas.

Se entiende, a partir de lo expuesto por Giménez Mercado y Valente Adorme (2010), que los derechos son necesidades objetivadas, institucionalizadas y, por tanto, valores no negociables que expresan un producto social e histórico derivado de las luchas sociales. Así el enfoque de derechos supone la traducción de leyes y normas en políticas específicas; es una visión que pretende sustituir la concepción basada en la caridad y la ayuda.

El Trabajo Social estuvo ligado desde el proceso de institucionalización y expansión a las políticas sociales, cuya relación permitió la configuración de diversos espacios socio – ocupacionales que se vincularon con la demanda social y con el reconocimiento de la utilidad de la profesión. Así, el abordaje de las expresiones de la cuestión social es lo que confiere utilidad social a la profesión. Siendo una de las respuestas cualificadas en torno a la intervención social, en tanto se funda en un cuerpo teórico, metodológico, ético y político que mediatiza la lectura de la realidad, la construcción de la demanda y la formulación de sus estrategias.

El segundo plano, el de la **planificación y gestión de los servicios**, se constituye en nuestro escenario particular de intervención, en este caso el hospital público, a través del cual se vehiculizan las políticas sociales. Se entiende a las instituciones de salud como espacios de interacción y relaciones donde confluyen una diversidad de agentes con distintos posicionamientos y trayectorias de posiciones, lo que remite a la idea de Bourdieu (1997) de campo como estructura de posiciones y relaciones entre posiciones en el cual se disputa un capital específico (derechos). Y en tanto campo, se convierte en un espacio de disputa para conservar o para transformar la posición que se ocupa en él, encontrándose, de este modo, en cambio permanente por su propia dinámica.

Existen atravesamientos institucionales que determinan “cierto orden”, “cierta forma de entender la realidad” y “cierta forma de hacer”, que establecen modos instituidos, es decir, establecidos como conjunto de normas y valores dominantes en el intercambio social, configurando un

interjuego entre lo instituido y lo instituyente. Dicho razonamiento es el que otorga relevancia al siguiente plano.

Es en el plano de las **prácticas profesionales** que interesa detenernos a los fines de este trabajo. El Trabajo Social es una práctica profesional especializada, vinculada a los espacios público estatal y público societal, cuyo entrecruzamiento configura el campo disciplinar. La intervención comprende las luchas por el reconocimiento de las necesidades (en su dimensión material y simbólica, que se expresan en demandas directas e indirectas) y la distribución de los recursos, contribuyendo a procesos de ciudadanización que ponen en primer plano la participación. Desde este horizonte, se puede definir a la intervención como praxis en el sentido planteado por Grüner (2006) en tanto movimiento que implica acción y conocimiento, acción transformadora que se realiza siempre en interacción con "otras/os".

Las prácticas sociales se explican por la puesta en relación con las condiciones sociales que formaron los habitus (Bourdieu, 1991) y en las cuales se manifiestan. El sistema de disposiciones - habitus- se constituye en el principio de continuidad y regularidad de las prácticas y de sus transformaciones reguladas. Los habitus se renuevan ante los distintos requerimientos de las prácticas y de las actualizaciones del espacio social, haciendo posible la producción libre de pensamientos, percepciones y acciones siempre dentro de los límites que marcan las condiciones particulares de su producción, histórica y socialmente situada; garantizando la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo, con mayor seguridad que las reglas formales y las normas explícitas.

Entonces, las y los trabajadores sociales en el campo de la salud se constituyen, siguiendo a Aquín (2010), como mediadoras/es activas/os de las políticas sociales, en tanto en la intervención concreta se cuenta con el poder para generar un espacio peculiar de relación en el que se ponen en juego criterios y valores para decidir entre diferentes enfoques y perspectivas.

En el acto de nombrar se ponen en juego interpretaciones de la realidad, modos de designar y una concepción que define el lugar de la y el otro, es decir, se trata de un poder que posee la disciplina. Así, la intencionalidad de la intervención se juega desde ese mismo momento.

Si bien en el plano de las políticas públicas, en el período 2003- 2015, se promulgó en nuestro país un conjunto de leyes, normativas sanitarias y guías de atención que establecen derechos en salud sexual y promueven su ejercicio<sup>6</sup>, estos avances no tuvieron una traducción directa en la estructuración del conjunto de los servicios, de las acciones y del funcionamiento interno de los establecimientos de salud. Es más, la organización de los servicios sanitarios aún sigue

---

<sup>6</sup> Legislaciones específicas tales como Ley Nacional N°25673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Paternidad Responsable, en Córdoba la Ley N°9073; Ley Nacional N°25929 Derechos de madres, padres e hijas/os durante el proceso de nacimiento, en Córdoba la Ley N°9227; Ley Nacional N°26485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en ámbitos en que desarrollan sus relaciones personales; Ley Nacional N°26130 de Anticoncepción Quirúrgica; Ley Nacional N°23798 de Prevención y tratamiento de VIH/SIDA; Guía Técnica de Atención de Abortos No Punibles; Guías de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Y normativas inespecíficas que tienden a mejorar las condiciones de vida con políticas fuertes de inclusión y de redistribución como la Asignación Universal por Embarazo.

respondiendo, en gran medida, a una visión biológica y ahistórica de la salud y de su atención, propia del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005).

En el campo del Trabajo Social se disputan distintos sentidos que expresan diferentes modelos societarios, de manera que no corresponde considerar -y tampoco pretender- a la profesión como un todo homogéneo. Por el contrario, se trata de un campo de lucha por la imposición de proyectos profesionales que difieren entre sí, a partir de las diversas concepciones sobre la sociedad y sobre la profesión que cada grupo sustenta.

## **El Escenario de la intervención**

El Hospital Materno Neonatal “Dr. Ramón Carrillo” (en adelante HMN) es una institución pública provincial, ubicada al noroeste de la ciudad de Córdoba, de segundo y tercer nivel de complejidad, inaugurado en 1999.

En la creación del HMN se define que *“la institución será un hospital de tercer nivel de complejidad dirigido especialmente a la problemática de la mujer y el recién nacido, abarcando aspectos más allá del momento del parto, como son las prestaciones ginecológicas y genéticas.”* (Salas, 2001:4). Desde entonces y hasta la actualidad su organización gira en torno a dos servicios principales: Tocoginecología y Neonatología.

Es de destacar que la conformación de los diferentes servicios se dio simultáneamente, incluido el Servicio Social, y fue producto -según manifiestan quienes protagonizaron dicho proceso- del aporte de las y los profesionales de las distintas disciplinas que formaron parte de los mismos. Cada uno de los servicios que conforman la institución tienen asignadas diferentes jerarquías según sean, en el organigrama, departamentos, servicios, divisiones o secciones, lo cual implica contar con un poder diferencial a la hora de influir en la definición de la política institucional; todas las disciplinas no médicas, entre las cuales se encuentra el Trabajo Social, sólo son divisiones o secciones. Sin embargo, el Servicio Social depende actualmente de la Dirección y Subdirección del Hospital, lo cual implica una conquista en términos de autonomía.

En el campo de la atención a la salud las y los agentes médicos, tanto individual como colectivamente, se ubican en una posición de hegemonía donde su saber específico adquiere el carácter de capital simbólico legitimado por casi la totalidad de agentes y por el Estado, que asigna diferentes estatus a cada una de las disciplinas en el campo y a los intercambios simbólicos que allí suceden. Un ámbito privilegiado para analizar esas asimetrías son las relaciones entre posiciones que ocupan las diferentes disciplinas al interior del campo sanitario, las que se objetivan en los organigramas hospitalarios, las diferencias salariales, escalafonamientos, la obtención diferencial de privilegios y de ocupación de lugares de decisión en relación a las políticas públicas en materia de salud.

El Servicio Social dentro de la estructura de salud hospitalaria es considerado como *“la unidad operativa encargada de las actividades relativas a la problemática social de los pacientes que se*

encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares” (Romero de Carranza citada en Antoyan, 2000:8).

Dado que la particularidad que caracteriza al hospital -que ha sido definida en diferentes sistematizaciones e informes institucionales- radica en atender el alto riesgo ginecológico, obstétrico y neonatal, el Servicio Social ha establecido como parte de su objeto de intervención, las situaciones de “alto riesgo social”, haciendo suya la definición de Antoyan (2000:12):

*“Desde lo social el alto riesgo está íntimamente relacionado con la vulnerabilidad, estado en el que se pueden encontrar situaciones problemáticas que afectan al sujeto o contexto familiar. El alto riesgo es entendido como todas aquellas contingencias que vulneran a las personas, sus familias o grupos de pertenencia, impidiéndoles o alterando su sistema de vida cotidiano.... Se considera una situación de alto riesgo social cuando hay presencia de múltiples factores ambientales, personales, psicológicos, económicos que hablan del peligro de ocurrencia de un daño...”*

En consonancia con lo planteado se explicitan los siguientes objetivos de intervención<sup>7</sup>:

- *“Detectar las situaciones de maltrato, abuso, violencia familiar y adicciones tales como drogas y alcoholismo en la madre y/o pareja, dado el riesgo que supone tanto para la embarazada y para el bebé.*
- *Evaluar el riesgo socio-cultural en las madres solas, analfabetas, menores (adolescentes madres y neonatos), familias con necesidades básicas insatisfechas, pacientes con enfermedades crónicas o agudas que impliquen riesgo perinatal.*
- *Abordar interdisciplinariamente y/o disciplinariamente las situaciones consideradas de riesgo a fin de contribuir a la promoción, prevención, protección y rehabilitación del binomio madre-hijo y familia.*
- *Coordinar con instituciones públicas y/o privadas para la elaboración de estrategias destinadas a la atención y seguimiento de casos de riesgo.*
- *Facilitar el acceso de la población a recursos públicos y/o privados”* (Antoyan, 2000:9).

De las entrevistas realizadas a las y los profesionales de Trabajo Social se desprende que los objetivos anteriormente mencionados fueron delineados en base a la Primera Guía Argentina de Perinatología, la Ley Provincial N°7341 de ejercicio de la profesión y de la colaboración del Servicio Social Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Es importante destacar que dichos objetivos no han sido revisados explícitamente por quienes componen el Servicio Social en la actualidad. Pese a ello, implícitamente se ha dado un giro a partir de poner en cuestión la perspectiva del riesgo social que responde al biologicismo propio del modelo médico hegemónico que se expresa en dos aspectos: por un lado, la proliferación de leyes y de la orientación de la política pública con perspectiva de género y derechos; y por otro,

---

<sup>7</sup> Propuesta de trabajo del Servicio Social del Hospital Materno Neonatal, 1999.

la inclusión de profesionales en el Servicio Social con otras formaciones académicas y trayectorias profesionales, lo cual abre el debate e incorpora nuevas prácticas.

## Reconstruyendo nuestra mirada

### Trayectorias Profesionales y del Servicio Social

Cuando se habla de trayectoria del Servicio Social se hace referencia al producto de los procesos específicos que fueron configurando el conjunto de pautas que ordenan las prácticas, los objetivos y el decir del Trabajo Social en la institución; los cuales no son autoevidentes, pero se expresan en los relatos y en algunos aspectos de la organización.

Las y los profesionales manifiestan que el Servicio Social no es uniforme en criterios y perspectivas, lo cual se atribuye principalmente a las diferentes formaciones de grado, que se dieron en dos momentos socio-históricos distintos: entre 1981 y 1988 y entre 1995 y 2004.

Excepto una persona que proviene de otra área del Estado, las/los trabajadoras/es sociales tienen una amplia trayectoria laboral en el campo de la salud; la mitad cuenta con formación específica en las Residencias de Salud, dos vinculadas al primer nivel de atención y de carácter interdisciplinario. Tres colegas que integran el Servicio superan los veinte años de trayectoria y participaron en su creación; mientras que el resto tiene cinco años o más de desempeño en el campo de la salud.

Desde la perspectiva de Bourdieu (1991), la conformación de la práctica profesional es resultante de la relación entre historia objetivada (capitales específicos) y una historia incorporada, o sea, un *habitus*, lo que supone una cierta predisposición, estilo, forma de hacer las cosas y de apreciarlas.

El contexto político y económico del neoliberalismo que caracteriza a los años en que se crea el hospital -1999- impacta tanto en la organización de la salud pública a partir del cambio de jurisdicción de los prestadores según nivel de atención, como en las relaciones laborales, que asumen características de precarización y flexibilización (contratos de tiempo completo de excelente paga pero sin derechos), que habilitaban, por tanto, los despidos sin justa causa, no se computaba la antigüedad y los servicios debían permanecer abiertos de lunes a lunes con escaso personal.

No es menor el hecho de que el Servicio Social estuviera pautado como tal en el proyecto del hospital y su conformación en simultáneo con los restantes servicios y con cierta participación de “todos en todo” como se desprende del relato de quienes lo integraron desde sus inicios.

*“El Servicio Social surge en la institución con el inicio del hospital, donde se fueron delineando no solo el servicio sino el Hospital en sí, desde cuestiones prácticas como por dónde iría el camillero, hasta los objetivos, la población a tratar, etc. En este marco, las tres que ingresamos en el inicio del Hospital fuimos delineando y redactando el manual de procedimientos donde se determinan los objetivos, áreas de intervención, procedimientos”. (P)*

En sus inicios se trabajaba principalmente en dos grandes áreas (neonatología y obstetricia) y posteriormente fueron incorporándose otras como infectología, diabetes y ligadura tubaria. Es importante destacar que tanto las áreas de intervención como los procedimientos fueron definidos en un marco de gran intercambio entre disciplinas. Sin embargo, fue evidente la hegemonía de la mirada médica en los aportes que se tomaron para definir las cuestiones relativas a la intervención del Trabajo Social, asignándole un rol subsidiario de la profesión médica. De este modo, el análisis requiere tomar en cuenta la asimetría de los estatus asignados a cada una de las disciplinas en el campo (institución hospitalaria) y los intercambios simbólicos que allí se dan.

Se puede observar que los objetivos que surgieron – ya explicitados - están en consonancia con lo que el Estado provincial esperaba como función para la disciplina en un momento histórico particular, y también con la propuesta institucional del hospital, por lo que se confirma una tendencia a tomar como propios objetivos institucionales sin la mediación teórico-metodológica y ético-política de la disciplina.

Esto no es visualizado por la totalidad de integrantes del Servicio, ya sea por la naturalización de una posición subordinada en el campo o por cierta dificultad para dar cuenta de las perspectivas teóricas que dan sustento a la definición de los objetivos, el objeto, la demanda, las y los sujetos, etc, vislumbrándose la tendencia a definir desde el hacer. Y en consonancia con el lugar asignado a la profesión en las políticas sociales, colocándonos como operadoras/es terminales desde la lógica técnica de quien “aplica” un programa.

Si bien en el proceso de existencia del Servicio no se modificó el manual de procedimientos, se dieron cambios de hecho siendo advertidos los vinculados a la modificación de legislaciones y políticas públicas. Particularmente aquellas definidas como conquista de derechos por parte del pueblo, que suponen modificaciones en los modos de abordar los obstáculos en la reproducción cotidiana de la existencia de las mujeres con que se trabaja. En palabras de una entrevistada: *“Han surgido algunos programas, han cambiado algunas leyes, se abordan de otra manera algunos problemas, hay otros recursos, hay cambios sociales y eso produce nuevas demandas”*(S)

En relación a la vinculación del Servicio con actoras/es de la institución, se reconocen dificultades en el trabajo interdisciplinario, que se identifican con el escaso reconocimiento de la profesión por parte de algunos servicios, dependiendo el trabajo articulado con relaciones y acuerdos personales entre profesionales.

Es importante destacar que, aunque de manera incipiente y sólo desde algunas/os actoras/es, se demanda al Servicio su intervención en cuestiones vinculadas a los derechos, ya sea requiriendo asesoramiento en la materia o ante situaciones de vulneración del derecho al acceso a la salud sexual.

## *Prácticas de intervención profesional en la atención de la salud sexual*

Se concibe a la intervención como una estrategia global, como un dispositivo y como construcción de lo viable (Aquín y Acevedo, 2007). Y por tanto, supone partir de una mirada sobre la realidad y el problema a abordar que involucra lo general, lo particular y lo singular, y un posicionamiento en relación a la persona que permita plantear objetivos y procedimientos que respondan a ese problema y a esa/e otra/o.

En relación a las concepciones puestas en juego prima una visión amplia e integral del significado de la expresión salud sexual, pudiendo despegarlo de lo patológico, y ligándolo a la salud en tanto calidad de vida y ejercicio de derechos. Pese a ello, al momento de la definición de la intervención disciplinar, ésta se acota a lo vinculado con los aspectos reproductivos, cuestión que se desprende inclusive del nombre del Programa de “Maternidad y Paternidad Responsable”.

Si bien salud sexual atraviesa todas las intervenciones del Servicio, en tanto se la entiende desde la perspectiva de derechos y género, existe como un área específica del Servicio con el nombre de Planificación Familiar vinculada principalmente a la prevención de embarazos y enfermedades, centrándose desde el año 2006 en los procedimientos requeridos por la ley y la institución para el acceso de las mujeres a la ligadura tubaria. Allí aparece una tensión entre lo discursivo con las prácticas concretas que se realizan y son demandadas al Servicio, en las cuales prevalece una visión centrada en lo patológico que atraviesa a toda la institución. Entonces, la institución crea y organiza la demanda, las personas se acomodan a ella y las/los trabajadoras/es sociales corren el riesgo de convertirse en meros instrumentos de aplicación sin capacidad analítica de distinguir el espacio de intervención específico.

Se observa una indiferenciación entre objeto de intervención y sujetos a la hora de definir las situaciones en que interviene el Servicio, expresada en los diferentes productos escritos<sup>8</sup> (por ejemplo, “paciente menor de 21 años embarazada” o recién nacido internado en neonatología hijo de madre menor de edad”) y en el momento de ser presentado ante el resto de la institución:

*“en situaciones donde la madre manifiesta su intención de no conservar al recién nacido; fallecimiento de la madre; cuando se detecte situaciones de maltrato, violencia familiar, grupo de familias no continentes, personas judicializadas, menores institucionalizados, adicciones... y participa en Programas como PROCORDIA (diabetes), NAR (Niños de alto riesgo), Planificación Familiar (ligadura tubaria y asesoramiento sobre diferentes métodos anticonceptivos)”<sup>9</sup>*

No es habitual hacer referencia a la elaboración de estrategias de intervención en el sentido antes planteado, tampoco están presentes en informes ni registros, denotando que las

<sup>8</sup>Revisión de registros de intervención en libros de actas, fichas sociales, informes sociales para otras áreas del Estado entre los años 2000 y 2015.

<sup>9</sup> Power Point del Servicio Social presentado en Jornada de Intercambio entre Servicios del HMN en el año 2014.



intervenciones se traducen en la aplicación de procedimientos producto de un habitus que tiende a conformar y orientar la acción, pero además, tiende a asegurar la reproducción de aquellas relaciones objetivas que lo crearon.

Algunos procedimientos y técnicas fueron explicitados en los testimonios de las y los trabajadoras/es sociales: entrevistas individuales, asesoramientos, articulaciones intrainstitucionales y extrainstitucionales, actividades grupales; pero no surgió de los relatos la elaboración de diagnósticos o de informes sociales, que son una práctica constante de la labor profesional en el HMN, que tienden a ser más descriptivos que explicativos de las situaciones que abordan.

Las diferencias existentes al interior del Servicio se explicitan, entre otras cuestiones, en el reconocimiento de la entrevista como espacio de relación, intercambio y construcción o como mero instrumento de recolección de datos. Lo cual puede relacionarse con ciertas dificultades para pensar la intervención y, en particular, a la entrevista como dispositivo de poder, espacio donde circula la palabra, se construyen discursos y, por tanto, se definen realidades. Del mismo modo que no se vislumbra la posibilidad de ubicar al Trabajo Social disputando, desde la argumentación teórica, nuevos modos de pensar, decir y hacer en el campo de la salud.

Se advierte una asociación de las prácticas profesionales predominantemente con intervenciones directas con las y los sujetos de necesidades, lo que supondría un escaso reconocimiento de las intervenciones indirectas ligadas principalmente a la función simbólica y de reconocimiento, aportando a la construcción de discursos contrahegemónicos en temas y áreas en las cuales se tiene competencia como profesión, es decir, en la lucha por el reconocimiento de las necesidades.

El aumento del número de profesionales que integra el Servicio y la consecuente diversificación de sus intereses permitió una mayor participación en comisiones hospitalarias y programas multidisciplinarios; aunque continúa siendo residual el lugar que estos espacios colectivos ocupan en la tarea cotidiana.

Lo descripto, sumado a la existencia de un manual de procedimientos elaborado hace dieciséis años y aún no revisado, y a la dificultad de sostener en el tiempo espacios de revisión del hacer profesional al interior del Servicio, contribuye con la reiteración y estandarización de las prácticas, lo cual va en detrimento de una intervención fundada, homogénea a las personas y dificulta el reconocimiento de la complejidad de las problemáticas sociales.

## *Procesos de interpretación de las necesidades y derechos*

El campo de la intervención social está constituido por la delicada intersección entre tres esferas: procesos de reproducción cotidiana de la existencia, procesos de distribución secundaria del ingreso y sujetos con dificultades para su existencia. El campo del Trabajo Social se sitúa en los procesos de reproducción cotidiana de la existencia de los sectores ligados a la fuerza de trabajo, cuando existen dificultades para sostener dicha reproducción conforme al modo de organización

social vigente (Aquín, 1995). Según el posicionamiento que se tenga frente a dichos obstáculos, cómo se los defina, es decir, cómo se interpreten necesidades y derechos se definirán nuestras intervenciones.

A partir de los testimonios de las entrevistas, y lo analizado en ejes anteriores, el proceso de interpretación de necesidades y derechos parece ser externo al Servicio Social. Tanto la definición de las áreas de intervención como los modos de recepción de las demandas -las cuales muchas veces son confundidas con el objeto de intervención- están ligadas a una “imposición” institucional desde una concepción biologicista y medicalizada, centrada en lo patológico, y en la necesidad como carencia o disfuncionalidad propia del enfoque de riesgo adoptado por el Servicio y que prima en la institución desde su creación.

Existe una tendencia a colocar los obstáculos o problemas en las personas, como deficiencias propias, lo cual supone un despojo de su sociabilidad e historicidad. De este modo, se pierde de vista el contexto, las relaciones sociales, económicas, culturales y políticas que son las generadoras de desigualdades e inequidades que se presentan como obstáculos y condicionan a las/los sujetos en su posibilidad de reproducción de la vida cotidiana. Inclusive deriva en el desconocimiento de los alcances de nuestra intervención en tanto mediación activa de recursos, concepciones y derechos.

El enfoque de derechos, la comprensión de la noción de necesidad como un derecho social no cumplido, comienza a estar presente al menos en lo discursivo pero aún se conservan modos, mecanismos y procedimientos que sostienen la asimetría, la tutela y el control social.

## **Percepciones, valoraciones y caracterización de las/los sujetos de la intervención profesional**

Por lo manifestado en los ejes anteriores, se empieza a evidenciar un sujeto denominado desde una situación problemática, una patología o una carencia, caracterizado por indicadores socioeconómicos o condición fisiológica; expresando concepciones hegemónicas incorporadas y naturalizadas que son sustento de la política institucional más que de construcciones y elaboraciones producto de análisis y mediaciones teóricas del Trabajo Social.

*“...las mujeres con las que trabajamos se encuentran en la etapa de reproducción (...) con escasa escolaridad (...) sin desempeño laboral o con trabajos de baja calificación... Generalmente se encuentran atravesadas por diferentes problemas: violencia, consumo problemático de sustancias, pobreza, convivir con alguna enfermedad infectocontagiosa, etc.”*  
(C)

Esa caracterización es la que predomina en los informes sociales y en las producciones escritas del Servicio. En general, los registros se orientan en el sentido de designar a las/los sujetos como usuarias/os, beneficiarias/os o pacientes. Es importante señalar que la condición de usuario/a de

un servicio, es decir, de aquel que hace uso de una oferta ya existente, coloca a las/los sujetos fuera de la lucha por las necesidades. Ello indica que es posible que no se visualice la importancia que tiene la denominación, caracterización o concepción que se tenga del otro/a al momento de pensar la intervención profesional.

Si bien desde el Servicio Social se sostiene que las mujeres son quienes deben decidir en relación a su salud sexual, en la institución sigue primando -y hasta ahora no se ha podido contrarrestar- la visión de que por sus “estilos de vida”, “condición de pobreza”, no son “merecedoras” de ese derecho o no son capaces de tomar “buenas decisiones”.

Es preciso reafirmar que las mujeres -titulares de derechos-, que demandan intervención en el Servicio Social están sujetas a necesidades producto de las condiciones objetivas y de la historia, insertas en espacios de relaciones de poder, pero a la vez, son seres deseantes que tienden a constituirse en productoras.

Esta mirada se sustenta en las teorías que consideran que el comportamiento humano está fuertemente condicionado por las estructuras objetivas, pero que sin embargo las/los agentes sociales pueden, en determinadas condiciones de existencia, discernir entre un conjunto de oportunidades limitadas según sea la posición que ocupan en el espacio social y el contexto particular en que desarrollan su vida.

Existe una fuerte tendencia disciplinar a caer en la individualización y reprivatización de los problemas sociales, olvidando que el no acceso a los derechos sociales y, en particular, al derecho a la salud sexual no es un problema de carácter individual ni moral, sino un problema que tiene que ver con la distribución de la riqueza y la equidad y, por tanto, es político y ético.

## Conclusiones

El proceso de análisis que implicó este recorrido en la búsqueda de explicitar la concepción de sujeto que prima en las intervenciones del Servicio Social del HMN, permitió advertir algunos problemas que se vinculan con la dificultad -que contiene el no poder y no querer- para reconocer la confusión entre objetivos profesionales e institucionales. A ello se suma la dificultad para asumir que el ejercicio profesional implica necesariamente una intervención a nivel directo e indirecto, en lo material y en lo simbólico; así como para visualizar a la profesión como un interlocutor legítimamente reconocido para disputar discursivamente en lo público, que conlleva el reconocimiento que la intervención implica no sólo una posición teórico-metodológica sino también ética y política.

La dificultad para concebir a las/os sujetos de nuestra intervención como titulares de derechos, con necesidades -derechos sociales no cumplidos- pero también con posibilidades y capacidades, radica principalmente en la forma en que se define la relación entre sujetos y realidad, ya que se ignora su condición social e histórica. Ello se encuentra reforzado por concepciones que universalizan lo particular, vuelven eterno lo que es histórico y naturalizan lo que es social en el

campo de la salud, siendo constitutivas de un habitus profesional. Y que estructuran relaciones sociales de dominación, inequidad e injusticia.

Si bien, como se ha sostenido en este trabajo, existen leyes y programas en materia de salud sexual que contemplan la perspectiva de derechos, en los últimos dos años viene produciéndose en materia de políticas públicas un cambio de dirección y eliminación principalmente de aquellas dirigidas a la efectivización de derechos sociales y económicos, que se encaminaban a la universalización de su ejercicio tendientes a fortalecer los sistemas públicos, ampliando cobertura y garantizando la gratuidad. Patologización de la vida y mercantilización de la salud son hoy con el impulso del Estado, principios que orientan la política de salud, organizan el sistema sanitario, conforman el conjunto de ideas, valores y creencias que dan sustento a los modelos de interpretación y perpetúan relaciones sociales asimétricas.

La intervención profesional de Trabajo Social debe trascender la idea que la/el otro “necesita” y ser sustentada desde lo que le corresponde como derecho por su condición de ser humano. En este sentido, las y los trabajadores sociales cuentan con un recurso básico de poder que es la palabra, la propia y la de otras/os, y la capacidad de escucha que puede hacer visible, desde la singularidad, la heterogeneidad del proceso de salud-enfermedad sin perder de vista lo particular y general.

*“Tanto el conflicto entre paradigmas como la configuración de nuevos escenarios, de nuevos sujetos, de nuevos objetos de disputa, interpelan constantemente el capital simbólico dominante en nuestra profesión...” (Aquín, 2009: 158). Supone disputas por establecer una lectura de la realidad, un conocimiento que visibilice, desnaturalice las relaciones de dominación, lo cual hace confluír lo científico y lo político y requiere distinguir la objetividad de la neutralidad al decir de Santos (2006).*

La intervención implica siempre la presencia de poder y de relaciones asimétricas. Al respecto Dussel (2006) aporta a la profesión la concepción de poder como posibilitador, es decir, como pulsión de vida que potencia a movilizarse para la resolución de necesidades y la acción social. Conceptualizando así el poder, las necesidades pueden vincularse con las demandas, las reivindicaciones y los derechos. Y requiere de las y los profesionales una autonomía relativa que posibilite una intervención situada para no confundir los objetivos profesionales con los objetivos institucionales. Esta posición implica la confluencia o el interjuego de la identidad como profesional, como trabajador/a y como intelectual.

## Bibliografía

**Abán, Gloria (2002):** Salud y derechos sexuales y reproductivos: Construyendo la equidad. Consejo Nacional de la Mujer. S/D.

- Antoyan, María Silvia** (2000): *"Hospital Materno Neonatal. Diagnóstico Institucional"*. Sistematización Residencia en Trabajo Social. Ministerio de Salud. Córdoba. Inédito.
- Aquín, Nora et. al.** (2010): Los profesionales de la mano izquierda del Estado. En Nora Britos (Comp): *Cuestiones en debate. Cuadernos de Trabajo. Serie Investigación*. Publicación de la Escuela de Trabajo Social de la UNC. Córdoba.
- (2009): El Trabajo Social en la institucionalidad de las políticas públicas. Comprender los límites, potenciar las posibilidades. En Aquín N. y Caro R. (organizadores): *Políticas Públicas, Derechos y Trabajo Social en el MERCOSUR*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- (1995): Acerca del Objeto de Trabajo Social. En Revista *Acto Social* IV N° 10. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Aquín, Nora, Acevedo, Patricia** (2007): Introducción a la Intervención. Cátedra Teoría, espacios y estrategias de intervención comunitaria Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social, UNC. Córdoba.
- Bourdieu, Pierre** (1997): Espacio Social y Espacio Simbólico, en *Razones prácticas*. Ed. Anagrama. Buenos Aires.
- (1991): Estructuras, Habitus y Prácticas, en *El sentido práctico*. Taurus Ediciones, Madrid. Pp. 91-111.
- Breilh, Jaime** (1991): La salud-enfermedad como hecho social. En Betancourt, Breilh, Campaña y Granda: *Reproducción social y salud. la lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. Editorial Universidad de Guadalajara. México.
- Cazzaniga, Susana** (2003): La noción de sujeto de la relación profesional en Trabajo Social. Ficha de cátedra - Constitución Histórica de Trabajo Social, Maestría en Trabajo Social UNC.
- Czeresnia, Dina y Machado de Freitas, Carlos** (2006): Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias. Czeresnia, Dina Organizadores. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Dussel Enrique** (2006): 20 Tesis de Política, CREAAL, Siglo XXI, México DF, Tesis 2.
- Giménez Mercado, Claudia y Valente Adorme, Xavier** (2010): El enfoque de derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. *Cuadernos del Cendes* ISSN 1012-2508. CDC v. 27 n. 74. Caracas.
- Grünner, Eduardo** (2006): Lecturas culpables. Marx(ismos) y la praxis del conocimiento, en Borón, Atilio; Amadeo Javier y González, Sabrina (comp.) *La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas*, CLACSO, Bs. As.
- Guendel, Ludwig** (2009): Políticas públicas y derechos humanos. Principios, enfoques e instrumentos. En Espacio Iberoamericano de Derechos Humanos. PDH-R.E. Sin lugar.
- Menéndez, Eduardo** (2005): El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, Vol. 1, N°1, enero-abril. La Plata. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>. Fecha de consulta: setiembre 2007.
- Salas, Marisol** (2001): *"Residencia de Trabajo Social Hospital Materno Neonatal"*. Sistematización Residencia en Trabajo Social. Ministerio de Salud. Córdoba. Inédito.
- Santos, Boaventura de Sousa** (2006): Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social, CLACSO, Bs. As.

## Cita recomendada

**González Ramos, Gabriela (2018):** «Una mirada sobre nuestra mirada. Reflexiones sobre las prácticas profesionales en un hospital público provincial» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 96-112 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19942>

ISSN 2591-5339

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

## Sobre la autora

### Gabriela González Ramos

Argentina. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Especialista en Salud certificada por el Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba (CPSSPC). Desempeño Profesional en el Hospital Materno Neonatal dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Consejera Titular por el Claustro de Egresados del HCC de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNC. Vocal del Consejo Directivo y Miembro de la Comisión de Capacitación y Estudios Universitarios del CPSSPC. Correo electrónico: [gabrielagonzalezramos@hotmail.com](mailto:gabrielagonzalezramos@hotmail.com)

