

De funciones, identidad atribuida y especificidad del Trabajo Social en salud: un aporte reflexivo desde la Residencia de Trabajo Social Tandil.

Alvarez, Fátima¹

Lago Passucci, Sofía

Nicolin, Norma

Fecha de recepción: 8/04/2025

Fecha de aprobación: 6/10/2025

Resumen

El presente trabajo reflexiona sobre las funciones históricamente atribuidas al Trabajo Social, así como aquellas específicas de la profesión desarrolladas en Salud Pública, con el fin de aportar a la construcción de un posicionamiento ético-político. El mismo surge de la experiencia de residentes de Trabajo Social en el marco del Programa de Residencias Interdisciplinarias (PRIn) de Tandil.

Palabras claves: FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL - IDENTIDAD ATRIBUIDA - RESIDENCIA EN SALUD PÚBLICA - INTERVENCIÓN PROFESIONAL - POSICIONAMIENTO ÉTICO POLÍTICO

Resumo

O presente trabalho reflete sobre as funções historicamente atribuídas ao Serviço Social, bem como aquelas específicas da profissão desenvolvidas na Saúde Pública, com o objetivo de contribuir para a construção de um posicionamento ético-político. Surge da experiência de residentes de Serviço Social no âmbito do Programa de Residência Interdisciplinar (PRIn) de Tandil.

Palavras-chave: FUNÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL - IDENTIDADE ATRIBUÍDA - RESIDÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - INTERVENÇÃO PROFISSIONAL - POSICIONAMENTO POLÍTICO ÉTICO

¹ Residentes de Trabajo Social en el marco del Programa de Residencias Interdisciplinarias (PRIn) de Tandil.
Contacto: aalvarezfatima@gmail.com

Introducción

El presente escrito surge a partir del proceso de trabajo desarrollado por residentes de Trabajo Social en diversos ámbitos del primer y segundo nivel de atención a la salud, en el marco del Programa de Residencias Interdisciplinarias (PRIn)² de la ciudad de Tandil. Dicho Programa prevé, para cada año de la Residencia de Trabajo Social, espacios de rotaciones curriculares en diversos efectores del Sistema Integrado de Salud Pública (SISP). Se trata de un conjunto de escenarios formativos que favorecen la inserción y el desarrollo de las competencias de lxs residentes en dicho sistema.

En los escenarios de rotación curricular, lxs residentes son acompañadxs por profesionales de Trabajo Social, quienes desempeñan su trabajo en instituciones de salud pública, constituyéndose como referentes³ de los procesos de intervención.

Partiendo de esta contextualización, el escrito pretende centrarse en el proceso de trabajo desarrollado en las rotaciones que acontecieron en el primer nivel de atención, entre ellas, en el Centro de Salud Comunitaria Movediza, Centro de Salud Comunitaria Villa Aguirre y Salas de Primeros Auxilios Rurales. A su vez, la rotación realizada por el segundo nivel de atención, específicamente en el Servicio Social del Hospital de Niños de Tandil⁴.

Fue posible evidenciar puntos en común en los relatos de cada residente respecto de su paso por las instituciones. Tanto en los Centros de Salud como en el Servicio Social del Hospital, se observó la coexistencia de cierto desconocimiento por parte de los equipos de salud acerca del ejercicio profesional de lxs trabajadorxs sociales. De la misma manera, sucedía con aquellas personas que se desempeñaban en cargos directivos y administrativos dentro del Sistema de Salud.

El tránsito institucional, fue la base sobre la cual surgieron diversas preguntas, tales como: ¿Cuál es el motivo por el que se convoca a la profesión para desempeñarse laboralmente dentro del Sistema Integrado de Salud Pública de Tandil? ¿Existen funciones específicas que deban realizar lxs trabajadorxs sociales? ¿Qué posicionamiento ético-político es posible construir colectivamente en dicho campo de intervención?

Estos interrogantes fueron puestos en debate en las reuniones mensuales que se mantuvieron junto a lxs trabajadorxs sociales del SISP, siendo éstas el puntapié inicial que influyó en la problematización del desconocimiento, por parte de otros actores, acerca de las intervenciones que realizan lxs profesionales.

Por lo antes expuesto, el presente trabajo se estructura en tres partes. En primer lugar, se identifican y problematizan diversas funciones atribuidas a lxs trabajadorxs sociales en las instituciones del Sistema de Salud. En segundo lugar, se historiza brevemente sobre los fundamentos del Trabajo Social, con el objetivo de delimitar ciertas funciones específicas y de esta manera poder analizar las posibilidades y limitaciones del accionar propio en dichas instituciones. Finalmente, se presentan reflexiones en torno a la construcción de un posicionamiento ético-político ante el intento de dar respuesta a ciertas demandas que no son parte de las incumbencias profesionales.

² El programa se encuentra integrado por las disciplinas de Medicina General, Psicología, Psiquiatría Comunitaria y Trabajo Social. El mismo se incorpora dentro del Sistema Integrado de Salud Pública (SISP) de la ciudad de Tandil y la sede principal de la Residencia se encuentra en el Centro de Salud Comunitaria (CeSaC) del Barrio Movediza.

³ Se trata de un conjunto de trabajadorxs con distintos modos de contratación y con diferente carga horaria (de planta permanente, transitoria, con monotributo, etc.).

⁴ Las rotaciones curriculares en las instituciones mencionadas tuvieron lugar por un período de cuatro meses para cada unx de las residentes de Trabajo Social.

1. Funciones atribuidas a lxs trabajadores sociales en las instituciones de salud pública

Históricamente se le atribuyen funciones al Trabajo Social ligadas al control, disciplinamiento y administración de la pobreza, las cuales son denominadas por Martinelli (1997, como se citó en Matusevicius, 2017) como *identidad atribuida*. Dicha conceptualización, como menciona la autora, es entendida como la producción de prácticas que se expresan en un mecanismo de reproducción de las relaciones sociales de producción capitalistas, signadas por la actuación inmediata, de la acción espontánea, alienada y alienante.

Durante el tránsito por diversas instituciones del Sistema Integrado de Salud Pública, fue posible observar cómo desde la disciplina de Trabajo Social se realizan diferentes funciones, las cuales han sido atribuidas a lo largo del tiempo, ya sea por lógicas institucionales establecidas⁵, por las preconcepciones construidas por parte de las personas que demandan atención, como así también por parte de los equipos de salud con lxs cuales se trabaja. Estas funciones se expresan de diversas formas en la práctica cotidiana, a continuación se describen algunas de las más significativas.

Se ha observado que una de las actividades que se asigna al Trabajo Social es la implementación de prácticas de “control social” sobre las familias. En dicho ámbito, la demanda institucional se focaliza en intervenir en aquellos casos en que no se cumplen los tratamientos médicos indicados. Ese “control” por parte de la disciplina requiere de mayor celeridad si se trata del ausentismo a turnos de niñas, niños y adolescentes.

Las prácticas de control social identificadas, se traducen, generalmente, en establecer contacto con las familias para informar la importancia de la asistencia a los tratamientos. Las mismas se realizan mediante citaciones al Servicio Social, llamados telefónicos para recordar turnos ante la periodicidad de las inasistencias, visitas domiciliarias en caso de no poder realizar el contacto telefónico y, de ser pertinente, la confección de informes sociales dirigidos a otras instituciones competentes solicitando intervención.

Desde el Servicio Social, en ocasiones, esta función resulta estratégica dado que permite identificar las barreras de accesibilidad que atraviesan las familias (transporte, horarios laborales, ausencia de redes de cuidado). Sin embargo, si el objetivo de las acciones es meramente de control, se corre el riesgo de reproducir prácticas moralizantes y se obstaculiza la posibilidad de generar un vínculo con las familias.

Asimismo, se evidenció que algunxs profesionales de salud limitan su comunicación con las familias al espacio de la consulta médica. Frente a esta situación, el Trabajo Social suele asumir un rol de intérprete, transmitiendo información que, aunque no pertenece al campo académico de la disciplina, resulta fundamental para garantizar accesibilidad. Este acompañamiento se materializa mediante apoyos verbales o visuales (mapas, folletos o notas) que facilitan la comprensión de las indicaciones biomédicas. Así, a través de un lenguaje claro y preguntas orientadoras, la profesión contribuye a que las familias comprendan su situación de salud, las recomendaciones médicas y los pasos institucionales que deben seguir.

⁵ Atravesadas, en este caso, por un Modelo Médico Hegemónico, entendido por Menéndez (1991 como se citó en Menéndez, 2019) como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, la cual ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad.

Dichas prácticas institucionalizadas, permiten observar que la intervención del Trabajo Social, según Bertona (2018), se encuentra ubicada en un lugar de auxiliar de la disciplina médica, tanto por quienes diseñan como por quienes operan las políticas sanitarias, delegando tareas exclusivamente operativas e instrumentales. Sin embargo, esto no significa que lxs profesionales no sean conscientes de dicho lugar de auxiliar instituido.

Otra de las funciones que se le atribuye al Trabajo Social es la competencia casi exclusiva en situaciones de violencia de género, violencia institucional, abuso sexual, situaciones de bullying, racismo y discriminación, entre otras. Aunque la disciplina debe intervenir ante la presencia de dichas problemáticas, esto no excluye la acción de otrxs profesionales ni limita la posibilidad de un trabajo conjunto.

Pese a que la gran mayoría de lxs profesionales del ámbito de la salud se encuentran en conocimiento del marco normativo y de los protocolos de actuación correspondientes en cada situación, al momento de la primera escucha, demandan al Trabajo Social que “haga la denuncia” o realice las articulaciones correspondientes. Esto genera una doble tensión: por un lado, sobrecarga y revictimización de las personas afectadas; por otro, la desresponsabilización de otrxs profesionalxs que también tienen incumbencia en estos casos.

Por otro lado, gran parte de las tareas asignadas al Trabajo Social se remiten, directa o indirectamente, a prácticas administrativas-burocráticas institucionalizadas, reflejadas en el cotidiano a través de la gestión de recursos materiales, económicos, de medicamentos, insumos y estudios médicos. Es así, que diariamente se realizan trámites para la baja o alta de la cobertura de la obra social de las personas, la gestión de medicamentos que se encuentran fuera del vademecum, la autorización de estudios complejos, la derivación a otros efectores de dependencia pública o privada, entre otros.

Al momento de realizar estas gestiones, lx profesional debe recolectar múltiple documentación⁶ para la justificación del mismo, lo cual genera que la intervención sea meramente administrativa. Durante la residencia se pudo estimar que estas tareas consumen en promedio entre un tercio y la mitad de la jornada laboral, restando tiempo, por ejemplo, para actividades de prevención y promoción de la salud. Como consecuencia, problemáticas complejas que requieren de seguimiento quedan abordadas de manera fragmentada o son postergadas.

En este sentido, Matusevicius (2014) plantea que existe un avance progresivo del proceso de “descalificación” del trabajo de lxs propixs trabajadorxs sociales. Es decir, cómo cada vez más se genera “(...) La imposición de un rol burocrático que expropia la capacidad de acción sobre cada situación problemática planteada, que exige productividad en la resolución y limita la disponibilidad de recursos” (p.191).

De esta manera, la asignación de responsabilidades meramente burocráticas, donde el trabajo se vuelve rutinario y administrativo, se encuentra por fuera de las incumbencias profesionales, limitando todo tipo de intervención crítica y transformadora, que promueva actividades de promoción y prevención de la salud.

En lo que respecta a las actividades que se realizan por fuera del efector de salud, regularmente, se supone que lxs profesionales de Trabajo Social son lxs encargadxs exclusivamente de la planificación y organización de las actividades. Entre ellas, es posible destacar, la ejecución del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE) y de Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas, talleres grupales en organizaciones del barrio,

⁶ Como por ejemplo, fotocopia de DNI, orden médica si lo requiere, planilla firmada por la persona y profesional, certificación negativa de ANSES, etc.

participación en juntas vecinales y reuniones de mesa barrial. Se considera que estas intervenciones extramuros, si bien competen a la disciplina del Trabajo Social, no deberían ser adjudicadas a una sola profesión, sino que por el contrario debería ser un trabajo organizado por el equipo de salud en su conjunto.

Teniendo presente lo expuesto, y las diversas actividades atribuidas, es importante destacar que al ser múltiples las demandas emergentes y al no encontrarse enmarcados los límites de la intervención profesional, se le otorga al Trabajo Social, como explica Cazzaniga (2002), una especie de condición de “todólogos” que en la práctica cotidiana se transforma en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de lxs demás profesionales, donde el adjetivo de “social” que portamos en el título habilitaría a resolver todo aquello que entraña marginación, pobreza y exclusión.

Generalmente, lxs profesionales que trabajan en las instituciones de salud convocan al Trabajo Social cuando se les presenta una situación que creen escapa de sus límites disciplinarios o desconocen su resolución.

Es en dicha dinámica institucional, en donde se evidencia la imposición de prácticas al Trabajo Social traducidas en tareas que otros efectores no reconocen como propias, reforzando un lugar auxiliar y operativo de la profesión.

Reorientar estas prácticas hacia un abordaje interdisciplinario y crítico permitiría no solo compartir responsabilidades con otrxs profesionalxs, sino también transformar la relación con las personas: pasar del control al acompañamiento y de la revictimización a la promoción de derechos.

Reorientar estas prácticas hacia un abordaje interdisciplinario permitiría compartir miradas críticas con otrxs profesionalxs. Asimismo, posibilitaría transformar la relación con las personas: pasar del control al acompañamiento y de la revictimización a la promoción de derechos.

2. Funciones de lxs trabajadorxs sociales en el marco de la dimensión institucional.

Al momento de repensar y problematizar el ejercicio profesional al interior de la Residencia, se comenzó a debatir la manera de denominar aquellas actividades que realizan lxs trabajadorxs sociales a diario. Se intercambiaron conceptos tales como rol, función, especificidad, entre otros.

En el presente escrito, uno de los términos que se utilizará será el de *función*, el cual hace referencia tanto a aquello que se espera que realice la disciplina según sea el efector de salud donde se inserte laboralmente, así como también a aquellas actividades específicas propias de la profesión. Al decir de Mallardi (2020),

referir a funciones profesionales implica considerar la direccionalidad que las prácticas poseen en el ejercicio cotidiano, aprehendiendo su racionalidad y tendencias generales. Así, mientras las incumbencias suponen, entonces, las acciones que pueden ser llevadas adelante quienes ejercen la profesión del Trabajo Social, las funciones articulan esas acciones en el marco de finalidades inscriptas en el proceso de reproducción social en general y de la división social del trabajo en particular (p. 21).

Para delimitar ciertas funciones profesionales resulta preciso recuperar la finalidad con la que se inserta la profesión en el ámbito de la salud. Esto invita a revisitar brevemente algunos aspectos de la historia sobre los fundamentos de la profesión, que posibiliten repensar las

intervenciones y poder analizar las posibilidades y limitaciones del accionar propio en las instituciones de salud.

2.1. Aspectos a considerar de la historia del Trabajo Social.

Teniendo en cuenta el escrito de López (2022), a fines del siglo XIX y principios del siglo XX surge el pauperismo como un fenómeno de gran envergadura y decisivo para la época. Este remitió a la expansión y agudización de las condiciones de miseria de los sectores trabajadores a partir de la reorganización de las relaciones productivas y sociales en la fase monopolista capitalista. Es así, que el agravamiento de las condiciones de vida de amplios sectores de la población dio origen a la clase trabajadora como sujeto organizado, al mismo tiempo que posibilitó su emergencia al escenario político de la sociedad. En este sentido, y como parte de las expresiones de la cuestión social, es decir, de aquella relación contradictoria entre lxs poseedorxs de los medios de producción y lxs que venden su fuerza de trabajo, son éstos últimos quienes exigen el reconocimiento de su dimensión política por parte del Estado y del empresariado.

De esta manera, las demandas por parte de la clase trabajadora reivindican otro tipo de intervención, por lo que surge un particular enfrentamiento de la cuestión social desde la esfera estatal. Puntualmente, este enfrentamiento se reconfigura sumando la organización de los servicios sociales como parte de la función social del Estado, la cual se encuentra dirigida a aquellas personas que poseen múltiples dificultades para reproducir su vida cotidiana.

El despliegue de la función social del Estado, implicó la materialización de las políticas sociales, implementadas como servicios sociales para la población, con el objetivo de recomponer la reproducción de las condiciones de vida de las personas que viven del trabajo, entendido éste como vector de integración social. Al decir de López (2022):

La política social es producto del desarrollo de las relaciones sociales puestas por la dinámica del capital y como tal, una experiencia social e históricamente determinada que expresa la tensión entre capitalismo y bienestar social, entre las controvertidas leyes del mercado y la viabilidad de la democracia y el reconocimiento de derechos sociales (p. 30).

Es en este contexto, donde se gestan las condiciones sociales necesarias para el surgimiento de la profesión. Es decir, como menciona la autora, la emergencia de las políticas sociales genera las condiciones para que el Trabajo Social se institucionalice. Así, lxs trabajadorxs sociales pasan a constituirse en profesionales demandadxs -mayoritariamente- en la esfera estatal. El ejercicio profesional es habilitado en el marco de una relación salarial con dependencia en los servicios sociales que organiza el Estado configurando la mediación entre la política social y la población usuaria a ser atendida (Iamamoto, 1997).

A partir de esta breve caracterización contextual, es posible situar el surgimiento de la profesión en Argentina y particularmente en el ámbito de la salud. El mismo estuvo estrechamente vinculado al Movimiento Higienista (década de 1870) donde las llamadas “visitadoras de higiene”, parafraseando a Castrogiovanni (2023), eran convocadas para intervenciones relacionadas con el control de enfermedades epidemiológicas en las viviendas, en especial, la tuberculosis, como así también, se requería de su intervención para el control de la natalidad, salud de niños y la salud de las mujeres. Intervenciones que hasta la actualidad aún continúan persistiendo, como se ha mencionado anteriormente.

Existen varixs autorxs, tales como Parra (1999), Oliva (2015), Alayón (2007), Castrogiovanni (2023), entre otrxs, que desde diversas perspectivas han contribuido al análisis de la historización del Trabajo Social en Argentina y su surgimiento en el ámbito de la salud.

En su mayoría, coinciden con que la inserción de la profesión de Trabajo Social en el campo de la salud pública -con grados de legitimación y poder asimétrico respecto de otras profesiones- se vincula por un lado, con la eclosión de diversas luchas en pos de la construcción de una política sanitaria y, por otro lado, con el modo en que el Estado fue operando como interventor brindando respuestas ante estos emergentes.

En este sentido, la incorporación de la disciplina fue producto de la emergencia de problemáticas que irrumpieron en la concepción biologicista de la salud. Precisamente, el reconocimiento de las dimensiones sociales en ciertas enfermedades que padecía la población, dejó en evidencia la necesidad de aunar esfuerzos entre la asistencia médica y la asistencia público-estatal. Al mismo tiempo, se impulsó la formación de nuevxs profesionales para poner en funcionamiento esa forma de dar intervención en lo social.

En resumen, tomar conocimiento acerca del devenir de la profesión en el sector salud, permitió poner en debate ciertos rasgos que aún persisten en cuanto a su accionar y que se traducen actualmente como encrucijadas en términos de posibilidades y limitaciones tanto en la formación profesional como en los procesos de intervención.

2.2. Posibilidades del accionar profesional en las instituciones de salud.

Dentro de las instituciones pertenecientes al Sistema de Salud Público, lxs profesionales encuentran diversas posibilidades para su ejercicio profesional, que permiten cierto margen de acción al momento de diseñar y ejecutar estrategias de intervención que intenten dar respuesta a las demandas de la población usuaria. Sin embargo, estas posibilidades conviven en tensión permanente con las diferentes limitaciones estructurales y burocráticas que el mismo sistema impone.

A continuación, se pretende profundizar respecto de algunas posibilidades identificadas en el accionar profesional, tales como el desarrollo de las funciones fundamentales del Trabajo Social, el conocimiento de la vida cotidiana de los sujetos, el trabajo en equipo y el trabajo intersectorial.

En cuanto a la función relacionada con la atención a la demanda y la adjudicación de los recursos disponibles en cada Servicio Social, es posible evidenciar que, en base a la experiencia en el sector salud, no se trata de una simple provisión de recursos a lxs más necesitadxs sino que, al decir de Oliva y Gardey (2014), “estas actividades no son esporádicas sino que son inherentes a los procesos de intervención del Trabajo Social realizándose con distintas finalidades y condicionantes” (p. 48). Son ejemplos de esta función: la orientación, escucha activa, asesoramiento, entrega de recursos materiales, acompañamiento en situaciones que así lo demanden, etc.

A su vez, otra de las funciones desarrolladas se encuentra relacionada con la administración de recursos, siendo acciones del cotidiano profesional la articulación institucional, generación de redes y vínculos interprofesionales, administración de programas, etc. Si bien este margen de acción otorga cierta autonomía, está permanentemente condicionado por la escasez presupuestaria. En varias oportunidades, la gestión de un subsidio o recurso material permitió sostener un tratamiento de salud; en otras, la falta de respuesta estatal impactó directamente en el acceso a la salud de las personas.

Por último, en relación a la acción de educar, históricamente en el ámbito de la salud, se asoció con la prevención de enfermedades y con la vigilancia de las conductas de grupos sociales subalternos como mujeres y niños. A su vez, ha servido para estimular la emancipación de las clases trabajadoras (Oliva, 2006: 75). Hoy en día en los dispositivos de salud, desde el Trabajo social se realizan acciones como la difusión de protocolos y guías, transmisión de información, intercambio de experiencias, conducción institucional, dirigencia política, entre otras; en el marco de relaciones que tienen en cuenta al/lx otrx como sujeto activo y participativo.

Estas experiencias muestran cómo la autonomía profesional es relativa. En ciertos espacios, como la planificación de talleres comunitarios o la coordinación de mesas barriales, se habilitó un margen amplio de decisión profesional. En cambio, en la gestión de recursos o en la atención a la demanda espontánea, la autonomía estuvo fuertemente condicionada por las normativas institucionales, los circuitos burocráticos y los recursos.

Cabe destacar que cada una de las funciones antes mencionadas no son desempeñadas de manera automática y acrítica, así como tampoco existe una sola manera de abordar las situaciones problemáticas. Por lo tanto, se reitera que:

La intervención del profesional de Trabajo Social no se produce en forma aislada, sino que requiere ser contextualizada formando parte de procesos en los que participan otros actores, entrando en juego diversos intereses, modalidades de acción, criterios éticos, posicionamientos políticos, determinados por conjuntos de recursos (Oliva y Gardey, 2014: 46-47).

Otra posibilidad que se presenta en el ámbito de la salud para la profesión es el acceso a la cotidianeidad de las personas, constituyéndose éste como un escenario privilegiado de intervención para la disciplina. En los equipos interdisciplinarios, es la profesión de Trabajo Social quien cuenta con la oportunidad de conocer en forma directa los modos en que se desenvuelve la vida cotidiana.

Esto es posible mediante la construcción de un vínculo de confianza con lxs sujetos, dado que la relación profesional-usuarix requiere de un acercamiento interpersonal para identificar los elementos constitutivos del cotidiano de las personas con la finalidad, luego, de comprender sus múltiples determinaciones.

Se destaca, en este sentido, la posibilidad de la profesión de captar en qué medida los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado (P-S-E-A-C) afectan la vida cotidiana de cada persona y cómo irrumpe en su dinámica social, principalmente en sus vínculos y la forma de reproducción social.

Esto puede visualizarse en la atención de los Servicios Sociales, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención, los cuales ofrecen condiciones que permiten desentrañar las manifestaciones de la vida cotidiana de lxs usuarixs y las problemáticas que de ésta devienen. Lxs trabajadorxs sociales a partir de brindar espacios de escucha activa en cada entrevista en profundidad, de realizar visitas domiciliarias, de participar en actividades comunitarias, de la articulación con otros efectores institucionales, entre otras funciones que ejecuta, logran advertir aquellos factores (sociales, económicos, políticos, culturales, etc.) que condicionan la reproducción de la vida cotidiana de las personas y repercute necesariamente en el goce pleno del derecho a la salud.

La comprensión de las situaciones que se presentan a diario, por ejemplo, aquello que a priori se muestra como hechos aislados en el relato de las personas en una entrevista, resulta

necesario ponerlo en contexto para no cometer el error de recaer en prácticas profesionales fragmentarias. En términos de Cavalleri (2008), es posible redimensionar aquello que sucede en la interacción con las demandas a partir de la tríada: “*universalidad-particularidad-singularidad*”.

Por lo que, ese hecho que se presenta como *singular* ante el Trabajo Social, se *particulariza* cuando se comienzan a formular interrogantes, a reflexionar y a poner en juego múltiples dimensiones que operan en el plano del conocimiento. Asimismo, se incorporan otros planos de análisis, de relaciones, de políticas, instituciones, etc. que median con la *universalidad* que da cuenta de las relaciones estructurales y socio-históricas. Este proceso puede ser utilizado por lxs profesionales precisamente para entender la realidad. De ahí, es que se podrán construir diversas estrategias de intervención que permitan a lxs usuarixs recuperar aquellas cuestiones básicas que hacen a su calidad de vida.

El escenario de la realidad social se torna complejo, por lo que, en ocasiones, es fundamental un abordaje de manera conjunta con otras profesiones u ocupaciones, permitiendo ampliar las estrategias de intervención. De esta manera, es posible dar cuenta de la inserción de la profesión del Trabajo Social en los equipos de salud.

Dicha inserción se configura de modo diferente según sea el efector de salud en el cual se inserta, es decir que, por ejemplo, en los Centros de Salud, generalmente lxs trabajadorxs sociales encuentran la posibilidad de trabajar en equipo cuando se presentan situaciones problemáticas complejas, ya sea dentro del consultorio como al momento de asistir a los domicilios. También, en diversos CeSaC, se llevan adelante dispositivos interdisciplinarios con el objetivo de realizar un abordaje integral desde el inicio de la atención, se realizan reuniones de equipo donde es posible pensar estrategias de intervención en conjunto y, a su vez, se planifican diversas actividades promo-preventivas a implementar con la comunidad.

Esta modalidad de intervención conjunta, o trabajo en equipo, se presenta como posible por el trabajo diario con profesionales de otras disciplinas en el mismo espacio edilicio, por compartir desafíos, límites y posibilidades en el accionar, y por entenderla como una estrategia de intervención. Sin embargo, esto no implica que cada profesional de Trabajo Social deba construir (y en oportunidades disputar) su lugar dentro de estos equipos, y depende muchas veces del posicionamiento, la experticia y las tácticas que plantee cada unx.

En los Hospitales, lxs trabajadorxs sociales realizan el intento por pensar estrategias de intervención integrales, en conjunto con otrxs profesionales, ante los problemas que se presentan como demandas complejas. Si bien ésto ha sido posible, en dichas instituciones encuentran mayores dificultades para poder trabajar en equipo, ya sea porque se potencia una lógica jerárquica, competitiva e individual de intervenir, y por la falta de legitimidad de la profesión en los equipos. A su vez, por la estructura edilicia y la dinámica institucional, siendo que, como bien explica Cazzaniga (2002) en la organización administrativa de dichas instituciones públicas encontramos generalmente la división en departamentos, direcciones o secciones, que agrupan por profesiones (Departamento de Servicio Social, de Psicología, Médico, etc), lo que estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación.

Estas situaciones generan un desconocimiento de la totalidad de lxs profesionales de las diferentes especialidades, del lugar físico en el que se encuentran atendiendo y de los días y horarios que asisten, obstaculizando en gran parte la comunicación y el trabajo en conjunto en las instituciones de salud.

Ante lo expuesto, es posible preguntarse “¿Cómo se trabaja en un equipo con gente que piensa de distintos modos?” (De La Aldea 2000: 2), ya que la delimitación de un problema de

intervención, de un marco conceptual y de líneas de acción a seguir, puede traer aparejado tensiones y disputas de poder entre las disciplinas que encarnan lxs profesionales presentes (psicólogos, médicos, enfermeros, psiquiatras, odontólogos, etc.) en el ámbito de la salud pública.

Sin embargo, se considera esto una cuestión favorable en la medida que posibilite un trabajo entre profesionales que den cuenta de lo inacabado de cada uno de sus saberes. Las tensiones de un equipo de salud es el primer paso en el camino de la construcción de un trabajo interdisciplinario.

Así como resulta preciso trabajar en equipo los problemas de salud de la población, también resulta necesario para lxs trabajadorxs sociales establecer articulaciones intersectoriales. El trabajo intersectorial, forma parte de los procesos de intervención del Trabajo Social, debido a que en el campo de la salud pública no se encuentran la totalidad de las políticas sociales para brindar un abordaje integral a la demanda de la población.

Lxs trabajadorxs sociales se hallan frente a una lectura fragmentada de la realidad que delimita, en un mismo movimiento, los problemas sociales sin relación aparente entre sí aunque la relación contradictoria que les dio origen es la misma. Las políticas sociales, como enfrentamiento a la conflictividad social, se diseñaron e implementaron también de modo segmentado respondiendo a esta lógica (López, 2022).

Entonces, los espacios de inserción socio-ocupacional se originan por la fragmentación de la cobertura de las necesidades sociales (Oliva, 2015) dando lugar a la formalización de sectores (salud, educación, justicia, cultura, tercera edad, discapacidad, niñez, vivienda y hábitat, etc.) con sus respectivos conjuntos de recursos (humano, material, presupuestario, edilicio, programas, etc.). La convocatoria de profesionalxs se dió con una tendencia hacia la especialización y capacitación en el abordaje de determinadas problemáticas, haciendo referencia a los sectores antes mencionados.

En este contexto, y en el intento de romper con esta fragmentación, se considera elemental, y hasta estratégico, apelar a la articulación intersectorial en el marco de los procesos de intervención profesional. Este posicionamiento da cuenta del reconocimiento de los límites y la finitud de las políticas sociales del sector, en este caso salud, y la apuesta por la intersectorialidad como estrategia superadora (o por lo menos transgresora) de aquellas perspectivas teórico-metodológicas de la intervención que simplifican e individualizan las situaciones problemáticas que derivan de la cuestión social.

2.3. Limitaciones en el accionar profesional en las instituciones de salud.

Habiendo reconocido posibilidades en el accionar profesional y las tensiones con las que convive, se prosigue a la identificación y caracterización de algunas limitaciones con las que se enfrenta a diario. Entre ellas, se evidencia la tendencia que adquiere la política pública en salud asociado a la falta de recursos/recortes presupuestarios en el contexto actual y de las condiciones laborales de lxs profesionales.

La función social del Estado hoy está marcada por una orientación neoliberal, que se alinea con los intereses de un gobierno de ultraderecha. Esta administración prioriza criterios económico-financieros en lo social, promoviendo que el mercado regule las relaciones sociales y ordene la vida en común. En este esquema, el papel del Estado se reduce a establecer redes de contención para asistir a quienes sufren los efectos negativos de dicha regulación.

La tendencia que adquieren las políticas sociales e institucionales del Sistema de Salud responden a una lógica burocratizada en su diseño e implementación, dado que se caracterizan por el establecimiento de criterios homogeneizantes de las situaciones problemáticas que atraviesan las personas condicionando el acceso a los recursos. Esto implica para la profesión, al momento de realizar las gestiones, solicitarle a las personas múltiple documentación con el fin de dar cuenta de forma efectiva de que las mismas “realmente” lo necesitan.

Tratándose específicamente de la política municipal de subsidios económicos, éstas fueron pensadas para aquellas personas que por razones de salud no pueden desempeñar tareas laborales. Al respecto, lxs trabajadorxs socialxs no cuentan con información amplia respecto del diseño, ejecución y presupuesto asignado, siendo que constituye uno de los recursos más utilizados.

Se trata de una política institucional pensada para el abordaje de los efectos visibles de las situaciones problemáticas (Matusevicius, 2017) sobre un supuesto de transitoriedad de éstas que encubren sus causas estructurales. En definitiva, reviste un carácter focalizador, que implica:

(...) racionalizar el sistema de apoyo social del Estado a los sectores más pobres, que se traduciría en una mayor agilidad en las operaciones, mayor eficiencia en el uso de los recursos (sobre todo por reducción de costos de gestión y ejecución), y un uso más tecnificado de la información social en función del efecto del gasto sobre el bienestar de los beneficiarios (Vilas, 1997: 122).

Sumado a lo anterior, las políticas tienden a la precarización, dada la inestabilidad de la misma, que por momentos se suspende, luego se reasigna con montos económicos disímiles y se obstaculiza, por ejemplo, con el pedido de mayor documentación a presentar.

Conjuntamente, se constata la tendencia hacia la asistencialización, como una mera entrega de recurso económico o eximición de pago, sin una propuesta de intervención y seguimiento de las situaciones problemáticas.

Asimismo, la concepción sobre el P-S-E-A-C de esta política se centra en la enfermedad de las personas, como principal justificativo para poder acceder a la misma. De esta forma, se limita la capacidad de intervención de la profesión del Trabajo Social para poder trabajar conjuntamente con la persona en acciones promo-preventivas que contribuyan al mejoramiento de su salud.

Por último, la política institucional tiende a la individualización, enviando a la esfera individual la responsabilidad por el bienestar propio, pero también tiende a la familiarización depositando esta responsabilidad en los miembros de las familias, principalmente en las mujeres. Asimismo, en el caso de que se trate de una problemática de salud vinculada a la salud mental de las personas, esta política reviste una lógica de psicologización de los problemas sociales.

En estrecha relación, el actual contexto de crisis socioeconómica a nivel nacional se manifiesta en la población usuaria a partir del empeoramiento de las condiciones de contratación, del incremento de despidos masivos, jubilaciones y pensiones que no perciben aumentos significativos en relación a la inflación y con pagos fraccionados, nuevas solicitudes de pensiones que se acumulan sin respuesta, entre otras situaciones. A su vez, se visualiza una demanda creciente en los comedores barriales, donde no solo los alimentos son insuficientes sino que también es acompañado de un aumento significativo de servicios

públicos. En suma, el deterioro notorio de las condiciones de reproducción material de la vida cotidiana ha empobrecido drásticamente al conjunto de la población que vive de su trabajo, tanto trabajadorxs formales e informales como desocupadxs y población económicamente inactiva (jubiladxs y pensionadxs).

Ante este escenario, en los espacios de atención de Trabajo Social se ha observado que la demanda no proviene sólo de quienes eran atendidxs habitualmente por el Sistema de Salud público, los cuales presentan aún más deterioradas sus condiciones de vida, sino también alcanza a población que tiempo atrás cubría sus necesidades básicas con su trabajo y que en la actualidad requieren asistencia.

Son múltiples las situaciones que se presentan en estos espacios, en el primer y segundo nivel de atención, ya sea por no tener acceso a la alimentación a diario, por no poder costear el transporte público para asistir al hospital, por no poder sostener terapias indicadas que alivian el dolor o por no acceder a los medicamentos prescritos. Es así, que el recrudecimiento de las situaciones de vulnerabilidad social repercute de forma directa en la salud de las personas.

De esta manera, el aumento de la demanda al Sistema de Salud Público, acompañado por la paralización de diferentes políticas públicas y/o programas nacionales, provinciales y municipales, no solo imprime un carácter de menoscabo hacia la población más vulnerable que necesita la asistencia, sino también hacia el trabajo profesional, ya que implica un desconocimiento y deslegitimación de los criterios profesionales del Trabajo Social y de los equipos de salud en los procesos de intervención.

Asimismo, en este contexto de recortes y/o reducción de recursos, son lxs trabajadorxs sociales quienes pasan a ser la “cara visible” y a su vez responsables de la administración y concesión de los mismos. Es decir, “las instituciones en las que trabajamos exponen a las/os trabajadoras/es a situaciones de enorme desprotección, desproveyéndolos de insumos, recursos, políticas públicas acordes a las necesidades planteadas por la población, responsabilidades adecuadas a la tarea, entre otras” (Castrogiovanni et al., s.f.: 7). Es ante estas situaciones, que lxs profesionales se encuentran expuestos a una presión social de manera permanente.

Por otro lado, y partiendo de entender a lxs profesionales insertxs en el mercado de trabajo, como trabajadorxs asalariadxs, es posible analizar las condiciones laborales que atraviesan y, en oportunidades, limitan el accionar diario. En su gran mayoría, lxs trabajadorxs sociales trabajan en condiciones precarizadas, es decir, con salarios que se encuentran por debajo del mínimo vital y móvil⁷, con diferentes modalidades de contratación, con pluriempleo y sobrecarga de tareas; lo cual refleja la vulneración de ciertos derechos laborales. Ha sido posible observar que lo mencionado se manifiesta en tres diferencias.

En primer lugar, existen diferencias en cuanto al nivel de dependencia estatal que lxs contrata. La gran mayoría son empleadxs del municipio, pero algunxs son contratadxs por el estado provincial (entre ellxs residentes y colegas del programa ATAMDOS⁸); sin embargo, todxs se desempeñan laboralmente en el ámbito municipal. Esta situación produce una desigualdad que se expresa en el salario y en la cantidad de horas trabajadas frente a la realización de funciones y tareas similares.

⁷ El salario mínimo en Argentina trepó a \$296.832 desde el 1 de marzo del corriente, según el decreto 17/2024 del Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil.

⁸ Fue un Programa de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que se implementó a principios del año 1988, durante la gestión del Ministro Dr. Floreal Ferrara.

En segundo lugar, se observan diferentes modalidades de contratación, destacándose entre ellas: planta permanente (diferentes categorías), contratos por cantidad de horas trabajadas y contratos temporarios; las cuales ocasionan -en algunos casos- que las condiciones laborales sean flexibles e inestables. A su vez, producen desigualdades en cuanto a los intereses en disputa entre lxs profesionales (incumbencias, salarios, cantidad de horas, reconocimiento por insalubridad) quedando en la habilidad personal de cada unx la conquista, o no, de mejoras en las condiciones de trabajo.

Finalmente, en tercer lugar, destacar las diferencias en la cantidad de horas trabajadas, ya que diversos profesionales poseen contratos por horas y con salarios mínimos, lo cual conlleva a una situación de pluriempleo y una amplia jornada laboral. De esta manera, asistir a distintos lugares de trabajo no solo genera mayor cansancio de lxs trabajadorxs, sino también impide destinar el tiempo suficiente para pensar estrategias de intervención en conjunto con otrxs profesionales, realizar seguimientos en profundidad y consolidar el proceso de intervención, lo que disminuye significativamente la calidad del trabajo.

Es posible mencionar, que estas tres diferencias condicionan el accionar profesional, manifestándose principalmente en el agotamiento de lxs profesionales, producido en gran parte por las condiciones laborales mencionadas. Cuando estas situaciones se repiten y se agravan en el tiempo, las tensiones aumentan y ocasionan muchas veces problemáticas de salud en lxs trabajadorxs -como angustia, estrés, depresión y hasta dolencias físicas- lo cual obstaculiza el quehacer profesional. Por tanto, es importante destacar cómo la vida se subsume al mundo del trabajo, es decir, cómo “son nuestros cuerpos, los que corporizan la precariedad, y no únicamente nuestras modalidades de contratación” (Barattini, 2009 en Castrogiovanni *et al.* s/f: 4).

3. Hacia la construcción colectiva de un posicionamiento ético-político en salud

Lo expuesto hasta aquí, demanda necesariamente poner en valor la dimensión ética-política de la profesión de Trabajo Social y su estrecha relación con lo analizado anteriormente: las funciones atribuidas, el devenir histórico de la profesión, las limitaciones y posibilidades de las prácticas profesionales.

A partir de la experiencia de rotación de lxs residentes por diversas instituciones de salud, pudo observarse, cómo las intervenciones profesionales están rodeadas de relaciones de poder, privilegios y posicionamientos disímiles. Sin embargo, también se identifican circuitos de intercambio y de debate, construcción de estrategias situadas y prácticas que involucran los intereses -principalmente contradictorios- de todxs los actores.

El Trabajo Social, como profesión inserta en salud, se destaca por su conocimiento en materia de derechos humanos y sustancialmente por su capacidad de advertir aquellas situaciones que restringen el acceso de la población usuaria a la salud integral. En cada espacio de rotación, lxs trabajadorxs sociales referentes en conjunto con lxs residentxs, llevaron a cabo intervenciones con el fin de comprender las vivencias, cotidaneidades, subjetividades respecto del proceso de salud que cada usuarix atravesaba. Con el consentimiento de estxs, se construyeron referencias institucionales en su comunidad, armado de redes de sostén, restablecimiento de vínculos e incorporación de apoyos necesarios para el cuidado de la salud.

Aún se continúa en un camino de construcción de legitimidad profesional, desplegando de manera continua acciones que permitan ampliar los márgenes de autonomía profesional,

reconociendo la existencia de correlaciones de fuerza que operan, inscribiendo prácticas profesionales en cada momento histórico particular.

En este escenario, resulta oportuno retomar lo establecido en el artículo 12 del Código de Ética Profesional, el cual explicita que: “el profesional deberá y está obligado a hacer respetar su derecho a elegir, designar y utilizar la metodología, estrategias y técnicas profesionales que en cada caso considere adecuada al buen desempeño de sus funciones”.

Tal es así que, ante las tensiones que atraviesan los procesos de intervención profesional, se estima trabajar en torno a estrategias⁹ que permitan adoptar un posicionamiento crítico, para no caer en posturas reduccionistas y tecnicistas o responder acríticamente a lo que se solicita (Castrogiovanni, 2023).

Dentro del ámbito de la salud, en clave de respuesta a los diversos condicionantes que limitan o potencian las intervenciones, es necesario, tal como explica Pantanali (2015), “desplegar acciones considerando esas relaciones de fuerza, que combinadas, intenten alcanzar objetivos y finalidades puestos a esa intervención. Esas acciones combinadas son las estrategias de intervención” (p. 7).

De este modo, las estrategias de intervención identificadas a partir del paso por las rotaciones curriculares de la Residencia en salud, son: las reuniones mensuales entre colegas del sector, espacios para la producción escrita, el armado de redes institucionales y organizacionales, los espacios de co-visión entre colegas; entre ellos los que ofrece el Colegio de Asistentes y Trabajadores Sociales, la participación político-partidaria en sindicatos o asociaciones profesionales, formación constante y actualizada, trabajo en equipo interdisciplinario y el trabajo sostenido entre referentes y residentes.

Las estrategias que implementan lxs profesionales, tienden a generar conquistas en los espacios laborales. Cimarosti (2020) define las conquistas profesionales como “aquella dimensión del quehacer profesional que se constituye a partir de luchas de las cuales los/as trabajadores sociales sentimos haber salido victoriosos” (p. 58). Aunque en ocasiones se han logrado diversas conquistas, estas suelen convivir en tensión con la disputa o pérdida de ciertos derechos. Por ello, resulta imprescindible continuar luchando por aquellas conquistas profesionales que menciona la autora, entre ellas, la reivindicación de los derechos de la población usuaria y la legitimación de las condiciones laborales de lxs trabajadorxs sociales.

Consideraciones finales

Es importante mencionar, que desde la Residencia PRIn y en particular la Residencia de Trabajo Social, como espacio de formación intensivo, invita de manera continua a lxs residentxs a trabajar dentro los márgenes de lo establecido para profundizar en aquellos aspectos que se perciben como “cristalizados” en las instituciones de salud. La apuesta consiste en ampliar el interés por transformar, de manera conjunta con otrxs, las prácticas redundantes que sólo contribuyen a hacer girar la rueda de un sistema de salud que tiende a reproducir las desigualdades sociales de los sujetos destinatarios de la intervención profesional.

Para finalizar, y ante lo manifestado hasta el momento, se considera fundamental que los procesos de intervención del Trabajo Social, permitan desnaturalizar, problematizar y generar

⁹ La estrategia es entendida como: “el análisis de la tensión y posibilidad entre el deber ser y el puede ser, lo cual implica el estudio de la viabilidad de aquello que se quiere realizar. La viabilidad puede ser analizada a partir de tres dimensiones concurrentes: política, económica e institucional-organizativa (Mallardi, 2020: 22).

rupturas de las funciones que le han sido atribuidas a lo largo del tiempo. A su vez, se propone fortalecer aquellas acciones que contribuyan a consolidar la legitimidad de la profesión en el abordaje de las demandas sociales. En este sentido, resulta pertinente ponderar las instancias de organización profesional, tanto como espacios de cuidado entre colegas en el actual contexto, como también para reflexionar y diseñar estrategias de intervención colectivas que permitan el reconocimiento de los derechos sociales conquistados. El posicionamiento que se intenta plasmar en el presente trabajo busca la jerarquización de la profesión dentro del campo de la salud pública, cuestionando sentidos y discursos acerca de la salud, como así también disputando posiciones de poder con respecto a otros actores presentes en dicho campo.

Bibliografía

- Bertona, M. C. (2018). La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios. *Revista Conocimientos*, Vol I (Nro. 2), 50-69.
- Castrogiovanni, N. (2023). Trabajo Social y Sanitarismo en la Argentina. Puka Editora.
- Castrogiovanni, Natalia; Simonotto, Evelina y Viedma Gloria (s/f): La precariedad en nuestras vidas. Pensando el Trabajo Social desde sus condiciones de trabajo. Secretaría de Asuntos Profesionales. Consejo Profesional de Graduados/as en Servicio Social o Trabajo Social de la Ciudad de Buenos Aires.
- Cavalleri, M., S. (2008) Revisando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. Compartiendo notas. *El Trabajo Social en la contemporaneidad*. Castronovo R., y Cavalleri M., S. (comp.) Ediciones UNLa. Buenos Aires.
- Cazzaniga, S. (2002) Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (27), 9.
- Cimarosti, M. (2020) Conquistas profesionales de los procesos de intervención del Trabajo Social. *Rev. Plaza Pública*, Año 12 - No 24, Dic. 2020 ISSN 1852-2459. UNICEN. Tandil. Buenos Aires
- Código de Ética Profesional. Colegio de Trabajadorxs y Asistentes Sociales de la provincia de Buenos Aires.
- De La Aldea (2000). El equipo de trabajo, el trabajo en equipo. Sin más datos.
- Fuentes, M. D. P., & Cruz, V. (2014). Lo metodológico en Trabajo Social. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).
- Iamamoto, M. V. (1997). Servicio Social y División del Trabajo. San Pablo: Cortez.
- López, X. (2022). Trabajo Social y Política Social: Itinerarios de su relación. X. López (comp.) *Política Social y Trabajo Social. Fundamentos y Debates Actuales*. La Plata: CATSPBA, 19-46.
- Mallardi, M. (2020). Procesos de intervención en Trabajo Social. Elementos para comprender sus particularidades y múltiples determinaciones. Documento de Trabajo. CATSPBA.
- Matusevicius, J. (2014). Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. *Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales. Contribuciones al ejercicio profesional crítico*, 247.

- Menéndez, E. (2019). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Paradela, L. y Redondi, V. Salud y Trabajo Social: Procesos de intervención y organización colectiva por el Derecho a la Salud. CATSPBA.
- Oliva, A., & Gardey, M. (2014). Componentes de la asistencia profesional del Trabajo Social. Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico.
- Oliva, A. (2015) Trabajo social y lucha de clases: análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina / Andrea Antonia Oliva. - 1a ed . - La Plata : Dynamis.
- Pantanali, S. (2015). Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina. Debates actuales en Trabajo Social (1). La plata: Dynamis.
- Resolución 17/2024. Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil.
- Vilas, 1997. De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo. Instituto de Desarrollo Económico Y Social, Vol. 36, No. 144, pp. 931-952.