

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Trabajo Social
Maestría en Trabajo Social

TESIS DE MAESTRÍA

***“Trabajo Social y proyectos profesionales: expresiones en las
instituciones estatales de salud”***

Autora: Natalia V. Castrogiovanni

Directora: Mag. Ximena López

Marzo 2021

Resumen

El presente trabajo de investigación se enmarca en los estudios sobre la dimensión política en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales. Específicamente reconstruye las expresiones de los proyectos profesionales contemporáneos en un ámbito socio-ocupacional seleccionado, siendo el socio-sanitario emplazado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los proyectos profesionales se trabajan aquí como la capacidad política de trascender las determinaciones de las políticas sociales en el ejercicio profesional, y en esa acción, adentrarse en el mundo de la lucha colectiva por los sentidos, fundamentos, formas organizativas y de la intervención profesional.

Se reconstruyeron históricamente las determinaciones de la política socio-sanitaria porteña desde la investigación documental y el discurso significativo de referentes entrevistados. A partir de este momento, se indagó sobre las visiones de los actores sociales colectivos para entender y accionar sobre la profesión y su quehacer. La tesis problematiza las tipificaciones, reducciones y apriorismos para el debate sobre proyectos profesionales, y ofrece una reconstrucción compleja, plural y contradictoria de las expresiones de los mismos en el ámbito socio-ocupacional seleccionado.

Abstract

This research work is framed into the dimension of political studies of the Social Worker's professional exercise. It specifically reconstructs contemporary professional projects expressions, in a selected work place: that is, the sanitary politics that take place in Buenos Aires City.

Professional projects are defined in this investigation as the political capacity to transcend the social politics determinations in the professional exercise. Within this, this investigation proposes to enter into the world of meanings', fundamentals', organization and intervention's collective struggle.

The document historically reconstructs the socio-sanitary political determinations emplaced in Buenos Aires City. This was done through documental investigation and the significant speech of interviewed referents. From this moment on, the visions of social collective actors to understand and act on the profession and its doing, was investigated. This thesis problematizes the existence of typifications, reductions and early-conclusion regarding the debate on professional projects, offering a plural, complex and contradictory reconstruction of these expressions in the selected work place.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO INTRODUCTORIO: LOS PROYECTOS PROFESIONALES COMO CATEGORÍA PARA LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL.....	15
I.Los proyectos profesionales como tema de investigación	15
II.Relevancia de la categoría y antecedentes	18
III.La categoría de proyectos profesionales como matriz de inteligibilidad para analizar la dimensión política del Trabajo Social.....	33
CAPÍTULO 1: LA RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES HOSPITALARIOS: ANTECEDENTES DE LAS TRAYECTORIAS PROFESIONALES CONTEMPORÁNEAS.....	38
I.La categoría de mediación como herramienta para la particularización de las políticas socio-sanitarias en tanto escenario de la construcción de proyectos profesionales.....	38
II.Dictadura y SSH: hegemonía conservadora y clausura del espacio socio-ocupacional en salud ..	42
a. Las históricas disputas por el control de los espacios socio-ocupacionales: las visitadoras de higiene en el ámbito de la salud.....	43
b. Intervención profesional y sentidos políticos en los trabajadores sociales.....	50
III.-Hacer la democracia”: reformas en el SES y luchas por la renovación e institucionalización de los SSH.....	58
a. Reformas sanitarias y proceso de inserción ampliado del Trabajo Social en el espacio socio-ocupacional	61
i. Relevancia del gobierno nacional en el sub-sistema de salud de la CABA.....	61
ii. El mapa institucional del Trabajo Social en la salud de la CABA: movimientos y reformas del espacio socio-ocupacional en el contexto de ajuste estructural.....	66
b. Reformas sanitarias y ajuste estructural: el adentramiento a una crisis socio-política en la Argentina y su impacto en la CABA.....	83
IV.Un apéndice necesario: continuidades y rupturas entre los años noventa y la primera década del nuevo milenio.....	91

CAPÍTULO 2: LA RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES HOSPITALARIOS: ANÁLISIS DE UN CICLO HISTÓRICO ABIERTO	97
I.De la crisis orgánica nacional a la crisis política de la CABA: metamorfosis de la demanda social y nuevas transformaciones en la política socio-sanitaria	98
a. La demanda en los Servicios Sociales Hospitalarios durante la crisis del 2001: el empobrecimiento poblacional y la asistencialización de la política social	99
b. Las respuestas estatales a la crisis: las transformaciones de la política socio-sanitaria en la Argentina	104
i. Los actores internacionales	104
ii. El Estado nacional y las políticas socio-sanitarias: la marcha hacia los seguros de salud	109
iii. Las respuestas de la CABA. Transformaciones de la política socio-sanitaria: legitimación, segmentación, focalización, individualización, asistencialización y precariedad.....	118
II.De la crisis política a la hegemonía macrista en la Cuidad: profundización de las reformas y segunda renovación en los SSH	135
a. El contexto de la renovación de los SSH: nuevas transformaciones en el SES.....	137
i. Percepciones alrededor del cambio de la alianza dirigente en la CABA: primeros movimientos en la gestión	138
ii. Los sentidos de las políticas sociales y las dinámicas de inserción del Trabajo Social en el SES	142
iii. Transformaciones en el empleo estatal: expansión precaria de los trabajadores sociales en la salud	145
b. Los SSH hoy: renovación, anomia institucional y autogestión.....	149
i. Segunda renovación de los SSH	149
ii. Demanda institucional: entre la indeterminación y el egreso hospitalario forzado	151
iii. Luchas sociales y Trabajo Social: las reformas “desde abajo”	157
iv. Respuestas de los trabajadores sociales a las múltiples demandas: la autogestión de la intervención profesional.....	160
III.La pauperización de la demanda social: alternancias político-partidarias y continuidad de las reformas sanitarias	170

CAPÍTULO 3: LAS FORMAS Y LOS CONTENIDOS EN LOS PROYECTOS PROFESIONALES: UN ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES TENSIONES PARA LES TRABAJADORES SOCIALES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS 179

I.Los supuestos y fundamentos en el Trabajo Social: particularizaciones de las visiones de sociedad en el ámbito sanitario 181

a. El ser trabajadores sociales: una definición en cuestión 182

b. Estado y gobiernos: categorías esenciales para el Trabajo Social expresadas en el ámbito sanitario 202

c. La cuestión social como causa de las políticas sociales: relaciones entramadas para la intervención profesional 208

d. Les sujetos: una caracterización de quienes demandan nuestra intervención y organización profesional..... 215

II.Las formas en la acción de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario: intervención y organización para una praxis profesional..... 220

a. La organización sectorial institucionalizada 221

b. La informalidad en la intervención y organización del colectivo profesional..... 230

III.La filosofía de la praxis en disputa: los proyectos profesionales como luchas por la constitución del interés general del colectivo de trabajadores sociales 238

CONCLUSIONES: LA RECONSTRUCCIÓN DE LA TOTALIDAD. LOS PROYECTOS PROFESIONALES COMO MATRIZ PARA ANALIZAR LA DIMENSIÓN POLÍTICA DEL TRABAJO SOCIAL..... 246

BIBLIOGRAFÍA..... 253

INTRODUCCIÓN

El documento que se presenta a continuación responde al informe final de la investigación “Trabajo Social y proyectos profesionales: expresiones en las instituciones estatales de salud”. La misma se produce en el contexto de mi inserción en la Maestría en Trabajo Social, dictada en la Universidad Nacional de La Plata.

Durante los años de cursada, realización de trabajos finales de las asignaturas, y trabajo permanente en las distintas instancias y momentos tendientes a la investigación final, la categoría de “proyectos profesionales” me fue acompañando en el curso de mis propias inquietudes y reflexiones, que se encarnaron en inquietudes y reflexiones colectivas, con antecedentes académicos, organizativos y hasta del propio proceso de intervención en los múltiples colectivos profesionales donde me fui insertando.

Sin embargo, las múltiples aproximaciones a la categoría resultaron parciales a la hora de realizar aportes desde la producción académica. El principal desafío de esta producción no sólo fue el de desarrollar y sostener una estrategia investigativa que profundamente recorra y responda a los objetivos de la investigación, sino también mantener una mirada crítica a la hora de observar las posibilidades investigativas que la categoría de proyectos profesionales ofrecía.

De esta manera, se expresarán seguidamente las estrategias metodológicas desarrolladas para la investigación, así como la organización de los capítulos que se han dispuesto para la presentación del presente informe final. Veremos cómo seguidamente de este apartado se ha decidido incorporar un capítulo introductorio exclusivamente dedicado a abordar debates en torno a la categoría de proyectos profesionales. Resulta importante destacar esto porque este nudo problemático no se abordará en las estrategias metodológicas que se presentan a continuación, y podría resultar en una ausencia significativa. Veremos entonces cómo se ha conducido esta investigación mediante la presente introducción, y el capítulo introductorio venidero, como dos partes que responden al mismo interrogante.

Como sucinta presentación de las decisiones tomadas en esta investigación, se afirma el presente estudio como parte de aquellos se realizan con enfoques metodológicos llamados “diseños flexibles e interactivos” (Sautú, 2005). Las precisiones que se desarrollan a continuación fueron, por lo tanto, guías de acción, que no rigidizaron la tarea investigativa, sino fueron herramientas de las cuales valerse para adentrarse y ordenar el espacio de investigación, correspondiente a la expresión de los proyectos profesionales en los Servicios Sociales Hospitalarios (SSH) de hospitales seleccionados de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires (CABA). El abordaje del estudio es cualitativo, y las técnicas de investigación se centran en el análisis de los significados y discursos que se develan en las entrevistas semi-estructuradas.

El objetivo de la investigación fue el de situar y analizar las múltiples expresiones de los proyectos profesionales que se desarrollan y atraviesan a los Servicios Sociales Hospitalarios (SSH) del subsistema estatal de salud de la CABA en la contemporaneidad. Circunscribiendo dicho objetivo de trabajo, se propusieron tres objetivos específicos: primero, reconstruir el contexto histórico y el devenir de los SSH de la CABA, como espacio socio-ocupacional mediado por relaciones de fuerza societarias y profesionales. Segundo, reconocer y distinguir la pluralidad de fundamentos y supuestos que orientan el ejercicio de la profesión de los trabajadores sociales que se desempeñan en los SSH de la CABA. Por último, identificar y describir las formas y características que asumen las disputas estratégicas por orientar el accionar de los trabajadores sociales en los SSH de la CABA.

El universo de los trabajadores sociales que componen los espacios socio-ocupacionales del subsistema de salud estatal de la CABA es de alrededor de 650. Estos espacios están compuestos por las guardias generales, los centros de salud y acción comunitaria (CeSACs) y los Servicios Sociales Hospitalarios (SSH). Estos últimos son los de interés para este estudio debido a su mayor trayectoria histórica y organización como servicio¹ dentro de las estructuras del subsistema.

Cabe destacar que existen también trabajadores sociales que se desempeñan en salud de la CABA, en organizaciones menos estables y con diversa formalidad en los organigramas ministeriales—generalmente programas—, como ser los trabajadores sociales que trabajan en el programa de “Atención domiciliaria psiquiátrica psicológica programado en situación de crisis” (ADOP/ADOPI), el “Centro de Evaluación y Orientación de la Discapacidad”, en la Dirección de Salud Mental de la CABA, en la Coordinación Salud Sexual, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Es decir, por fuera de la histórica estructura de Centros de Salud – Hospitales, con modalidades de atención programáticas, en diversos niveles de incidencia.

Si bien se evidencian diversos espacios de inserción laboral en el espacio socio-ocupacional de la salud, se hará foco en los SSH debido a que, como se ha explicitado, son servicios que se constituyen como tal, con una organización propia de los Servicios Sociales,

¹ Las guardias generales cuentan con Trabajo Social en el marco de los equipos de salud mental, por lo que formalmente los mismos se componen por un/o –o dos en el caso del Hospital Gutiérrez- trabajadoras/es sociales, un/a psicólogo/a o un/a médica/o psiquiatra. De esta manera, allí no se encuentran servicios de Trabajo Social, sino equipos compuestos por diversas profesiones. Los CeSACs se componen por equipos de mucho menor tamaño que los Hospitales, y Trabajo Social no se inserta como servicio dentro del mismo, sino que cuenta con –generalmente- entre uno/a y cuatro trabajadores/as sociales en el marco de los equipos de dichos dispositivos de atención.

en el marco de trayectorias históricas que se remontan a la década del 30 del siglo pasado. Existen treinta y un SSH y son los únicos cuyas jefaturas inmediatas se componen por trabajadores sociales, y mantienen vínculos y formas de trabajo como un conjunto con el resto de los espacios del subsistema.

En la actualidad no es posible determinar con precisión la cantidad de los trabajadores sociales –por falta de datos oficiales al respecto, y por el dinamismo que los mismos tienen en la movilidad de concursos y cargos- que se desempeñan en los mismos. Sin embargo, cabe desatacar que realizando cálculos propios de las estimaciones de los trabajadores del resto de los espacios de ocupación, una aproximación coherente rondaría alrededor de los trescientos trabajadores sociales que se desempeñan en los servicios sociales de forma estable, componiendo los espacios donde se reúnen más cantidad de profesionales en un mismo equipo de trabajo.

Las diferentes modalidades de contratación dan cuenta también de las diversas formas de inserción profesional. La mayor parte de los profesionales cuentan con contratos de planta permanente en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) en la denominada –Carrera Hospitalaria” (regulación del empleo público que especifica las condiciones laborales de quienes son contratados directamente para su desempeño en el Ministerio de Salud del GCBA²), en puestos de trabajo denominados –de ejecución”: es decir, sin trabajadores a cargo para su supervisión.

Asimismo una porción mucho menor resulta de los mismos contratos pero en cargos de –conducción”, es decir, en distintas formas de jefaturas (jefaturas de departamentos, de divisiones, y jefaturas intermedias de servicios sociales –de internación y de consultorios externos-) cuyos procesos de trabajo involucran la supervisión de la tarea de otros trabajadores sociales.

Se cuenta, además, con profesionales (en una cantidad pequeña, aunque de relevancia, alrededor de una docena) que atraviesan una forma particular de precarización laboral, siendo aquellas que desempeñándose en el mismo puesto laboral de –ejecución”, no se encuentran reguladas por la contratación de la –carrera profesional”, sino por la –carrera administrativa” debido a sus diversas trayectorias profesionales previas y la falta de reconocimiento del GCBA de sus puestos laborales actuales. Estes profesionales sufren diversas formas de discriminación salarial y de derechos laborales garantizados para el resto.

² Regulaciones que se materializan en la Ordenanza 41.455 del año 1986 con todas sus posteriores modificaciones: Ordenanza 41.783/87, Decreto 2.745/87, Ordenanza 42.738/88, Decreto 3.544/91, Decreto 1.625/94, Decreto 282/96, devenida en la reforma laboral de la actualmente vigente Ley 6035 sancionada en la Legislatura Porteña el 1-11-18, así como en su vinculación general con la Ley de Empleo Público N° 471/00 y el Convenio Colectivo de Trabajo del sector (cuya última actualización se realizó en el año 2010)

Por último, en el marco de nueve³ de los SSH se desempeñan también profesionales en un dispositivo laboral y de capacitación denominado “residencia”: una forma laboral de “capacitación en servicio” con una duración de tres años con la opción de acceso a un año más de jefatura de dicha residencia, con contrataciones formales (contratos de dedicación exclusiva reglamentados por la Ordenanza 40997/86 de la CABA) pero acotadas en el tiempo por la duración antes mencionada.

En cada una de las anteriores sedes de formación, salvo algunas excepciones, la residencia está conformada por dos residentes por año y una jefatura de residentes, dando como resultado equipos de aproximadamente siete trabajadores sociales. Asimismo en un programa similar, pero con menos carga horaria y nulidad de derechos laborales y salariales, se desempeña también la concurrencia de Trabajo Social en seis SSH de la CABA. Por último, es importante destacar que la residencia de Trabajo Social en el subsistema de salud de la CABA es una de las más antiguas del país, desarrollándose desde el año 1991, y ha sido espacio de formación para gran parte de quienes hoy se desempeñan en los distintos espacios de inserción laboral del subsistema estatal de salud de la CABA.

El universo de estudio, entonces, está compuesto por los Servicios Sociales Hospitalarios del subsistema estatal de salud de la CABA. Se seleccionan los nueve SSH que cuentan con Residencia de Trabajo Social como muestra de aquel universo, debido a contar con la mayor diversidad de espacios de inserción y formas de contratación en los mismos. Estos servicios, compuestos (en cálculos aproximativos) con más de cincuenta residentes, más de una docena de jefaturas, y cerca de cien trabajadores sociales en cargos de ejecución, cuentan, además, con distintas trayectorias de formación, de grado y postgrado, con distintas antigüedades en el subsistema de salud, así como, en aquella muestra, se cuenta con representantes de las propias organizaciones sindicales y de la categoría profesional.

Como corolario de lo anterior se afirma, entonces, que el objeto de investigación se delimita a partir de criterios institucionales (dispositivos específicos dentro del sub-sistema de salud donde se insertan trabajadores sociales), espaciales (territorialmente ubicados en la CABA) y temporales (nuestra contemporaneidad: proceso a delimitar que abarca los nudos

³ En la actualidad, estos son los Hospitales Alvear, Argerich, Fernández, Gutiérrez, Penna, Piñero, Pirovano, Santojanni y Tornú. Todos estos son “hospitales generales de agudos”, a excepción del Alvear, categorizado en la actualidad como un Hospital Especializado de Salud Mental, y el Gutiérrez, nominado como de “alta complejidad” cuya población objetivo es de niños.

conflictivos que componen las disputas actuales por nuestros proyectos profesionales cuando se reconstruye la política socio-sanitaria en la CABA⁴).

Con el fin de conocer la construcción y materialidad actual de las expresiones de los proyectos profesionales de los trabajadores sociales en el espacio socio-ocupacional de la salud, se adoptaron herramientas metodológicas que tomaran en cuenta sus perspectivas. Las entrevistas, entonces, apuntan a reconstruir una mirada en particular, que es el de los espacios colectivos desde donde los trabajadores sociales se organizan, las reflexiones sobre la propia trayectoria de trabajo y de intervención profesional, sobre la formación en aquel ámbito de la salud, sobre las organizaciones colectivas que en ese espacio intervienen, etc.

Para adentrarse en el anterior mundo de significados, se organizaron instancias de entrevistas a una muestra de trabajadores sociales que componen los Servicios Sociales Hospitalarios y/o que por su inserción en las organizaciones del colectivo profesional resultan de profundo interés para recomponer el período y espacio socio-ocupacional de este estudio.

La selección de los trabajadores sociales tuvo que ver con una doble aproximación para la composición de la muestra: por un lado, a partir de la aplicación de criterios a priori, en la que se estableció una “primera ronda” de casos: aquellos que por la propia inserción en el sistema de salud de la CABA resultan en necesarios para iniciar el proceso de entrevistas y así contar con una variedad de inserciones institucionales y de espacios colectivos⁵.

Por otro lado, en la búsqueda de pluralidad de sentidos se valoró también la propia trayectoria de formación para la selección de casos: quienes han realizado la trayectoria de la residencia, y quienes no, quienes han transitado por formaciones de post grado ligadas a la realización de maestrías y doctorados, así como otras particularidades que resulten, en el proceso de entrevistas, significativas para el estudio (diversidad de unidades de formación de grado, diferentes franjas de edades, por ejemplo). Inicialmente estas fueron:

- Une integrante de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –GCBA- (APSS).
- Une integrante de la Federación de Profesionales del GCBA.
- Une integrante del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social (CPTS)
- Une integrante de la Red de Jefas de Servicios Sociales del GCBA.

⁴ Esta afirmación será materia de reconstrucción en los próximos apartados a partir de análisis bibliográfico seleccionado, y fundamentalmente a partir de la reconstrucción de las políticas socio-sanitarias del sector en la voz de los trabajadores sociales entrevistados.

⁵ El criterio fue contar con una referente por cada hospital seleccionado, pero que además pueda dar cuenta de su trayectoria de organización en un espacio colectivo formal o informalmente construido por los trabajadores sociales.

- Une colega que ocupe/haya ocupado el espacio de la Coordinación General de la Residencia de Trabajo Social en Salud de la CABA.
- Une integrante de espacios colectivos cuya inserción deviene de la intervención profesional en las políticas socio-sanitarias de la CABA (Asamblea de Residentes de Trabajo Social, Grupo de Trabajadores Sociales que intervienen en la Internación de Adultes, Red de Trabajadores Sociales que intervienen en Tuberculosis, Red de Salud Sexual).

Sin embargo, se trabajó con la idea de que la selección intencional de casos, y aquella ~~“primera ronda”~~ pre-establecida, fuera una herramienta útil para adentrarse al trabajo de campo investigativo, pero siendo ésta una investigación cualitativa, también pueda resultar insuficiente. Flick (2015) indica que, en este tipo de investigación, el muestreo puede ser establecido como ~~“teórico”~~, es decir, impulsado por la búsqueda de aquello que falta, que se requiere. Esto implicó, en el marco de la flexibilidad de diseño, haber utilizado el anterior listado de entrevistas como una guía más que como un camino rígido a transitar. De esta manera, las entrevistas de la primera ronda dieron paso a un segundo momento en el ~~“trabajo de campo”~~.

A partir de la propia reflexión de las personas entrevistadas, se realizó una segunda ronda de entrevistas, en las cuales se contactaron referentes que surgieron como significativas para el resto de las informantes. Resultó necesario realizar cuatro nuevas entrevistas en profundidad, las cuales fueron a: una trabajadora social que conformó durante varios años del período de estudio la Comisión Directiva de la Federación de Profesionales del GCBA, y que se constituyó además en informante de uno de los Hospitales seleccionados con una trayectoria en el mismo de cincuenta años de desempeño profesional; una trabajadora social que fue sucesivamente recordada en los relatos sobre aspectos colectivos de la profesión, jubilada en la actualidad, y que se desempeñó en dos organizaciones colectivas de la profesión, y a nivel ministerial como trabajadora social; una trabajadora social que se desempeña en un Programa de dependencia ministerial, por la singularidad de su inserción a nivel de diseño de políticas socio-sanitarias, así como se constituyó en informante de uno de los hospitales seleccionados. Por último, se decidió entrevistar a una nueva integrante de la Red de Jefas de Servicios Sociales, por considerarse necesario contar con más de una percepción sobre dicho espacio.

En total se realizaron trece entrevistas en profundidad, a informantes claves para la reconstrucción de los proyectos socio-profesionales en la salud de la CABA. Las mismas resultaron un insumo invaluable para la tarea, ofreciendo veinte horas de relatos significativos

sobre aquel espacio socio-ocupacional. Para la utilización de dichos insumos se realizaron desgravaciones y se utilizó el software “Atlas Ti” para el tratamiento cualitativo de datos.

Los extractos de las entrevistas se presentan a lo largo del documento sin especificar códigos o referencias que permitan su identificación, a los fines de resguardar la identidad de las mismas, manteniendo la confidencialidad para con les entrevistades. Las citas se presentan a lo largo del documento como una voz colectiva del devenir histórico que se reconstruye en general, y de la profesión en particular. Se presentan entrecomilladas en párrafos diferenciados del texto, permitiendo su rápida identificación.

Vale aclarar a partir de lo anterior, que la muestra seleccionada para las entrevistas no fue de representación estadística, sino que se realizó a partir de lo que Valles (1997) retoma como “selección estratégica de casos”. Esto es: la selección intencional a partir del esquema conceptual general planteado en esta investigación, y las “idas y vueltas” que la inserción en el campo va planteando a quien investiga para arribar a una posible saturación en las posiciones de los actores. Aquella saturación se produjo (sin pretender casos puros, pero sí de efectivización de un corte en el trabajo de campo) cuando se realizaron las entrevistas de “segunda ronda”.

Por último, se complementaron las instancias de entrevistas con fuentes escritas de información relevante para los Servicios Sociales Hospitalarios las cuales fueron debidamente consignadas en el desarrollo del presente documento en caso de ser utilizados. Algunos de ellos fueron: registros de reuniones de Servicios, actas de asambleas, crónicas de reuniones de las organizaciones colectivas, comunicados públicos de éstas últimas, así como todas aquellas fuentes escritas que den cuenta de las expresiones de organización que se construyen o median en los SSH.

Como investigadora, resulta necesario hablar en primera persona para afirmar que me desempeño profesionalmente en uno de los hospitales seleccionados para la investigación en los últimos ocho años, transitando por la formación de residencia, y en la actualidad desempeñándome en un puesto de planta permanente de ejecución. Asimismo la pregunta por la construcción colectiva de los devenires de la profesión me han atravesado personalmente en el transitar por la participación en una gestión del Consejo Profesional de la CABA, en espacios colectivos de organización de la residencia, en espacios colectivos propios de la intervención profesional, así como en la actualidad participo activamente de la gestión institucional de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA. Esto resulta necesario de explicitar para dar cuenta de la posición por la transformación de nuestra profesión, y mediante ésta, de la política socio-sanitaria donde nos insertamos, y que

responde, parcialmente, a las demandas de transformación societal de las que formamos parte como clase trabajadora.

Durante meses, y años, el proceso investigativo se centró (mediante la guía atenta, y minuciosa supervisión de la Directora de esta tesis) en la lectura crítica, la elaboración de conclusiones respecto de los aportes bibliográficos, la elaboración de parciales síntesis respecto de las mismas, y el adentramiento en la realización de las entrevistas. Seguido de esto, se trabajó sobre el procesamiento y el análisis que surgiera de dichas instancias, las cuales resultaron en horas de trabajo no sólo para ordenar y organizar las mismas, sino también para abordar el mundo de significados que emergieron de ellas, en diálogo con los procesos teóricos previamente abordados. Finalmente, y sólo cuando fue momento de comenzar a dar respuestas a los objetivos propuestos para la investigación, comenzó a realizarse la escritura de este informe final.

A continuación, el documento que sigue se organizará en cuatro capítulos que pretenden reconstruir el camino realizado en el acercamiento a los objetivos propuestos, es decir, la aproximación a la reconstrucción de las expresiones de los proyectos profesionales en el ámbito socio-sanitario de la CABA. Seguidamente de esta introducción, encontraremos un capítulo introductorio, que sitúa coordenadas para la interpretación de la categoría central de esta investigación: la de proyectos profesionales. El mismo argumenta la precisa forma en la que se utilizará la categoría, y dará cuenta de debates profesionales alrededor de su interpretación.

El segundo y tercer capítulo se dividen a los fines de la presentación de su propio hilo conductor. Dan cuenta de las determinaciones históricas donde se desenvuelven los trabajadores sociales en la contemporaneidad. Veremos, en dicho capítulo, como concretaremos el análisis de las determinaciones mediante procesos de mediación, seleccionando a las políticas socio-sanitarias como campo propicio para dicho fin. Reconstruir la historicidad de las políticas socio-sanitarias de la CABA fue una decisión que emergió a través de la escucha activa a los entrevistados. Esto fue así dado que para comprender críticamente el accionar de los trabajadores sociales sea necesario presentar los desafíos a los que se fueron enfrentando. Y para ello, lo haremos a partir de las transformaciones que fueron atravesando las políticas socio-sanitarias y que explican la contemporaneidad de las mismas.

En el segundo capítulo se presentará un ciclo de antecedentes sin los cuales no podríamos comprender las políticas socio-sanitarias actuales. El apartado se ocupa de presentar el acontecer de los trabajadores sociales en el espacio socio-ocupacional de este estudio, durante la última dictadura militar argentina, hasta la recuperación de los gobiernos democráticos.

Continuaremos en el tercer capítulo reconstruyendo las determinaciones que imprimen las políticas socio-sanitarias en las posibilidades de acción de los trabajadores sociales en dicho ámbito. Para eso, nos ocuparemos de un ciclo histórico que consideraremos abierto y actuando, desde las jornadas de lucha de diciembre de 2001 en nuestro país, a nuestros convulsionados días.

Tanto en el segundo como tercer capítulo nos encontraremos con que las determinaciones históricas plantean desafíos a los trabajadores sociales, a los cuales el colectivo profesional responde de diversas maneras, aprovechando escenarios para ganar reivindicaciones o replegando en sus posiciones, ocupándose de accionar sobre ciertos terrenos de disputa, dejando otros, etc. Veremos cómo este es el escenario en el que emergen los proyectos que encarna la profesión y que se evidencian como las posibles respuestas que el colectivo de trabajadores se va dando.

Sin embargo, la anterior afirmación nos ofrece una primera e importante -pero también acotada- mirada sobre los proyectos profesionales. Le diremos importante porque trabajará desde una mirada investigativa sobre el análisis de los proyectos profesionales a partir de la exclusiva reconstrucción de la trayectoria histórica de los trabajadores sociales. Una que nos permite observar y analizar los desbordes que se producen ante las determinaciones de las políticas sociales, y por su intermedio, del Estado y relación con el modo de producción y reproducción social. Aquello resulta un aporte a situar los proyectos profesionales desde la perspectiva de los actores que los encarnan, y separarnos de la enunciación de proyectos que se definen y estipulan a priori.

¿Y por qué acotada? Porque no nos permite adentrarnos en reconstruir la pluralidad, debates y conflictos al interior del colectivo profesional. El cuarto capítulo, entonces, recupera una dimensión esencial de la categoría de proyectos profesionales. Aquella que afirma que las respuestas que el colectivo profesional ofrece son el resultado de las confrontaciones y disputas internas, donde se dinamizan posiciones activas y pasivas, y se sintetizan objetivaciones, que no son más que la resultante de las correlaciones de fuerzas existentes y operantes. Este adentramiento en las posibilidades de análisis de la categoría será abordado en este capítulo mediante la revisión de las -diversas- concepciones y formas organizativas que se expresan en el colectivo profesional.

Finalmente, se expresarán algunas reflexiones finales y conclusiones, que no son más que cierres parciales a las posibilidades que ha arrojado esta investigación.

CAPÍTULO INTRODUCTORIO: LOS PROYECTOS PROFESIONALES COMO CATEGORÍA PARA LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL

I. Los proyectos profesionales como tema de investigación

Hace años que resuena en los debates profesionales del Trabajo Social la expresión “proyectos profesionales”. La misma refiere, en principio, a que la profesión no está acorazada por sus determinaciones, sino que produce, en primer lugar, respuestas a los desafíos que el dinamismo histórico que esas mismas determinaciones van produciendo. Es decir, siendo que las determinaciones no son a-históricas ni permanentes, dicho acontecer genera movimientos de los colectivos que componen la profesión en determinado espacio socio-ocupacional.

Asimismo, en segundo lugar, los trabajadores sociales no sólo se mueven en las respuestas a la dinámica de los grandes fundamentos que componen las determinaciones profesionales, sino que además, en el margen de autonomía que disputan y crean, producen desbordes y se expresan de formas que da cuenta de las disputas internas y externas del mismo colectivo profesional. Con esto nos referimos a que el Trabajo Social no sólo responde a las demandas tal y como le son presentadas en cada contexto socio-histórico, ni que es sencillamente el producto de los quehaceres de las políticas sociales que ejecuta, ni se explica a partir de lo que sus legislaciones o marcos regulatorios dictan. También crea, tensiona y direcciona la acción de diversas y contradictorias formas, estrechamente relacionadas con los intereses ético-políticos que sus integrantes detentan.

Cabe destacar que la alusión a la existencia de determinaciones también genera cierto extrañamiento para reflexionar sobre la profesión. Las mismas refieren, en cualquier investigación, a los elementos que anteceden al sujeto (sea individual, colectivo, la sociedad misma) para la explicación comprensiva de su existencia y su acontecer (Marx, 1977). Asimismo, la elección de aquellos elementos que la explican no debieran ser comprendidos a partir de su procesualidad histórica, sino:

En todas las formas de sociedad hay una producción determinada que asigna a todas las demás su rango e influencia, y cuyas circunstancias, por lo tanto, asigna también a todas las demás circunstancias su rango e influencia. Es una iluminación general en la que se sumergen todos los demás colores y que los modifica en su particularidad. Es un éter particular que determina el peso específico de todas las formas de existencia que destacan en él
(Marx: 1977: 30).

Siguiendo lo anterior, los elementos que definiremos como determinaciones son piezas fundamentales (que se destacan como tal por la falta de referencia explícita a otras nociones

que se erigen como dependientes de éstas) en un momento histórico determinado para ofrecer una cierta explicación de uno o varios fenómenos sociales. Entonces, estas determinaciones, en las sucesivas aproximaciones a su explicación, permitirán su comprensión, y su disgregación en elementos simples para su análisis. Sin embargo, la tarea investigativa no estaría saldada hasta que aquel fenómeno a explicar vuelva a reunirse en la totalidad de sus determinaciones, ya no como un *todo caótico*, sino como una *totalidad rica de múltiples determinaciones y relaciones*. En dicho momento histórico, y en determinada forma de producción (es decir, forma dominante de resolución de las necesidades sociales), se explicarán, entonces, desde determinaciones simples y concretas, fenómenos abstractos, que particularizados, compuestos por aquellas concreciones, se encontrarían las vías para su propia concreción como antes descripta: rica en sus múltiples elementos (Marx, 1977: 24)

Lo antedicho, es decir, una simple aproximación al método dialéctico en Marx, nos permite, no sólo practicar una tarea investigativa que intente apropiarse de vías de acceso a explicaciones con pretensiones de identificar, componer y explicar totalidades complejas, sino también explicitar el lugar desde dónde se llamará a determinaciones como tal.

En el debate profesional, existe, como antedicho, cierto extrañamiento ante esta categoría, porque parecería que las determinaciones, una vez identificadas, saturarían todas las explicaciones posibles sobre el acontecer del fenómeno, y el devenir del mismo estaría signado por ellas mismas. Sería un error, entonces, pensar que el reconocimiento de determinaciones impide el accionar autónomo profesional, sino que desde la posición que asumimos afirmaremos lo contrario. Explicitar las determinaciones profesionales permite una lectura crítica del encuadre donde la profesión se ejerce: condición necesaria para plantearse el desafío de modificar, agrandar y correr los límites que le son impuestos.

Desde esta producción se definen determinaciones en tanto ellas ya se constituyen en el movimiento de la sociedad: no son naturales ni ajenas a la acción humana, sino que se emanan de ellas mismas. Las determinaciones, entonces, no podrían oponerse a la voluntad de los trabajadores sociales con mayor intensidad que cualquier otra creación de nuestra acción como seremos humanos. Sin embargo, esta constatación de la realidad no se contrapone con nuestra capacidad de transformación. Aún más, como se ha dicho, su evidencia, lo más precisa y detectable posible, es una tarea imprescindible para emprender una acción que modifique cualquier realidad.

Ahora bien, recapitulando, el Trabajo Social puede ser explicado, dialécticamente, como una totalidad rica y compleja, compuesta por determinaciones que lo explican. Aquello, será una primera vía de entrada a los objetivos que esta tesis se plantea, relativos al estudio de

los proyectos profesionales en un determinado espacio socio-ocupacional, históricamente situado.

Sin embargo, aquella vía de entrada nos permitirá colocar pilares que no sólo expliquen las respuestas que los trabajadores sociales producen en un espacio y momento determinado, sino que su síntesis nos permitirá abrir una nueva puerta. Esto es, afirmamos que los trabajadores sociales se expresan rebalsando lo anterior, cuando constatamos la dimensión política que integran: la direccionalidad diversa en sus intervenciones, la pluralidad y contradicción en sus redes y organizaciones, la pluralidad en los marcos referenciales desde los que se comprenden los principales fundamentos para el acontecer profesional, entre otras.

Los proyectos profesionales, entonces, como tema de investigación, se erige como una categoría de estudio en tanto da cuenta de la capacidad de acción que los sujetos desarrollan colectivamente ante las realidades que les son dadas. En esta investigación, nos adelantaremos a explicitar que dicha realidad se presentará como un recorte de un espacio socio-ocupacional, y para explicitar las determinaciones impuestas a los profesionales, trabajaremos con los fundamentos profesionales (que más adelante identificaremos), mediados por un análisis crítico de las políticas socio-sanitarias en clave histórica.

Antes de adentrarnos en aquella tarea, necesitaremos precisar cómo abordaremos la categoría de proyectos profesionales propiamente dicha. Los antecedentes conceptuales que se presentan a continuación nos permiten constatar que, a pesar de la explícita alusión a esta expresión en debates, congresos, jornadas y artículos, la categoría en sí misma es nombrada como afirmación de la existencia de la dimensión política en la profesión más que como una categoría inteligible. Esto es, apropiable para el estudio, en términos de construcción de sus dimensiones, e investigación científica, eludiendo establecerse desde apriorismos unilateralmente establecidos.

Una posible explicación a aquel uso de la expresión “proyectos profesionales” podría deberse a que ha surgido, justamente, de colectivos que han sido críticos con ciertas naturalizaciones o estado de situación en las estructuras de poder en el colectivo profesional. De allí que la constatación de la existencia de proyectos profesionales devenga del reconocimiento de su dimensión política encarnada (no como carne de un individuo, sino como expresión de los múltiples “yo” colectivos) en los trabajadores sociales. A los fines expositivos, se presentan inicialmente los antecedentes de estudio del tema de investigación, para luego recuperar la dimensión política en la que se inscriben los debates en torno a los proyectos profesionales que desarrollan los trabajadores sociales en el ámbito socio-sanitario de la CABA.

II. Relevancia de la categoría y antecedentes

Enunciar los proyectos profesionales, entonces, implica reconocer que la profesión no es un único cuerpo de ideas, no es una única forma de intervenir, no puede ser rastreada en un único manual de historia ni es conducida a un único puerto. La existencia de proyectos profesionales implica que existe una disputa por los sentidos de nuestra profesión, y que los sujetos de esta agencia son los actores sociales que encauzan la misma profesión.

La relevancia, entonces, del estudio de los proyectos profesionales en Trabajo Social radica en realizar aportes concretos a su comprensión, colocándola en la realidad conflictiva en la que se inscribe, reconociendo sus múltiples tensiones y permitiendo realizar mejores aproximaciones a la naturaleza, los fundamentos y la direccionalidad de nuestras prácticas. Asimismo permite aproximarnos a la idea de que no existen prácticas profesionales que puedan escindirse de un modo de concebir, fundamentar y direccionar la mismísima profesión y su vínculo con proyectos societarios.

Los proyectos profesionales no sólo se constatan porque las diferentes concepciones que se despliegan en los interrogantes que existen en torno al Trabajo Social responden a ciertas visiones del mundo, y éstas devuelven diferentes formas de acción para las direccionalidades, transformaciones y consecuencias de la intervención, sino que también se constatan por una premisa fundamental ya enunciada previamente: entre las determinaciones que hacen a la profesión y la efectiva realidad de su despliegue, existe un desfase objetivo: los trabajadores sociales hacen “cosas” relativamente diferentes a las que el Estado estrictamente demanda al Trabajo Social. Y qué hacen, con qué ideas y sentidos se enlazan, y hacia dónde dirigen sus esfuerzos por dar forma y sentido a la profesión, configura, de forma consciente o no, la aproximación a la concreción de distintos proyectos profesionales, tanto por las respuestas ofrecidas, como por el contenido con el que se aborda el espacio donde se conquista la autonomía relativa profesional.

Ahora bien, cómo identificar, describir e interpretar diferentes proyectos profesionales en nuestra región, y en la historia del Trabajo Social, ha tenido distintas vías de aproximación. A continuación, revisaremos la producción escrita de los trabajadores sociales acerca de la categoría, por lo que se sobre-abundará en cita. Si bien no tienen el objeto de transformarse en un glosario, sí permitirán sintetizar y concluir sobre los aportes acumulados sobre la categoría en cuestión. Asimismo, nos permitirá elaborar una crítica fundada sobre los alcances de la producción conceptual hasta el momento.

En 1992, Marilda Yamamoto publica *–Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaio crítico*”, retomando los principales desarrollos realizados en su tesis de Maestría del año 1982. Una reconstrucción de aquello se encuentra traducida al castellano en *–Servicio Social y División del Trabajo*”, y allí se expresa la categoría de *–proyectos profesionales*” (Yamamoto, 1992). En aquel escrito afirma:

... es preciso aprehender las demandas potenciales gestadas históricamente, contribuyendo así a recrear el perfil profesional del Asistente Social, indicando y anticipando perspectivas, a nivel de la elaboración teórica, de la investigación o de la intervención profesional, perspectivas capaces de responder a las exigencias de un proyecto profesional colectivamente construido e históricamente situado (Yamamoto, 1992: 191).

La alusión a proyectos profesionales tiene dos precisiones: primero, que el perfil profesional debe ser trascender la demanda que ya está consolidada (aún aunque deba responder a aquellas en el marco de las condiciones reales y efectivas del ejercicio profesional), y segundo, que esas alternativas creativas se expresan a nivel de elaboración teórica, de la investigación y/o de la intervención profesional (Yamamoto, 1992). Si bien la autora aquí referencia la existencia de un debate abierto en torno a la existencia de proyectos profesionales, como forma de mirar el desfase que antes referenciamos entre la demanda y el ejercicio profesional, la alusión se realiza en pos de articular la búsqueda de un proyecto profesional que, en su desarrollo, referencie a la ruptura con el conservadurismo como tradición en Brasil.

Siguiendo con el debate brasileño, José Paulo Netto (2003) escribió en el año 1999 un texto que resulta significativo para establecer la existencia de proyectos profesionales: *–La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea*”. Identificamos al mismo como un antecedente fundamental para el debate que pivotará sobre esta categoría. Numerosos autores harán referencia a esta producción, que suma la vía de la definición, y por eso es que, si bien se reconoce que previamente se hacían referencias a los *–proyectos profesionales*”⁶, la importancia que reviste esta producción por instalar aquel

⁶ Antes se referenció la presencia del debate en Yamamoto. Sin embargo el debate ya se encontraba instalado previamente. A modo de ejemplo y antecedente histórico, las producciones del CELATS (Centro Latinoamericano de Trabajo Social) en la revista *–Acción Crítica*” hacían referencia a un *–proyecto profesional*” alternativo (PPA), a las distintas visiones sobre la naturaleza del Trabajo Social, o bien a las opciones identitarias de éste. Es decir, si bien el debate de diferencias perspectivas al pensar la propia profesión estaba instalado en estas producciones escritas desde su lanzamiento en el año 1976, las mismas discuten los contenidos de distintos proyectos profesionales pero no la construcción conceptual de aquella categoría. María Cecilia Tobón (1985), en la décimo-octava publicación de la revista *–Acción Crítica*” presenta algunas notas sobre este PPA. Hace referencia a la vinculación que existe entre las condiciones sociales y la acción profesional, estableciendo un vínculo que parece ser antecedente a la relación entre *–proyectos societarios*” y *–proyectos profesionales*”. Asimismo presenta dos dimensiones del PPA: los principios éticos políticos que lleva adelante y la relación profesional-usuarios/os (Tobón, 1985). Sin embargo, la producción no pretende hacer foco en la categoría de *–proyectos profesionales*” sino en dar cuenta de la existencia de un alternativo al que referencia como *–asistencialista o democrático*” (Tobón, 1985: 3). Asimismo en la décimo-novena revista Antonieta Manrique (1986) titula su artículo *–Educación popular y proyecto profesional*”, aunque la categoría no se repite en el cuerpo del texto, sino que pareciera ser una alusión a que se desarrollarán características de una cierta manera de desarrollar la práctica profesional ligada a los *–sectores populares*” (Manrique, 1986).

debate ha generado que se ubique como un punto de inflexión para comenzar a delinear su construcción desde allí. El autor sintetiza varias caracterizaciones y precisiones, entre las que destacamos:

En clave de analizar los múltiples atravesamientos por los que se entiende la profesión del Trabajo Social, afirma que ésta se encuentra tensionada por los intereses de los sectores de poder y los sectores de la clase trabajadora, producto de lo cual la profesión asumió históricamente distintas direccionalidades políticas, algunas de las cuales gozan de distintos grados de acumulación de poder. Con el fin de caracterizar y construir la categoría de proyecto profesional, el autor comienza por la idea de proyecto. Indica que toda la acción humana de cualquier tipo actúa teleológicamente (a pesar de que la sociedad que compone tenga una mera existencia factual), orientando dicha acción hacia objetivos, metas y fines. De esta manera, de aquí surge la idea de proyecto: la anticipación ideal de la finalidad que se quiere alcanzar, invocando los valores y medios para lograrlo (Netto, 2003: 272).

Asimismo afirma que los proyectos pueden ser individuales como colectivos. En este recorte se hará foco únicamente en proyectos colectivos, siendo los de mayor relevancia, amplitud y extensión, los societarios. Como todo proyecto, presentan una imagen ideal. Hacen referencia a la sociedad en su conjunto a ser construida (con valores y medios privilegiados para lograrlo) (Netto, 2003: 272-273).

Es importante destacar que Netto (2003) afirma que los proyectos societarios en sociedades capitalistas son también proyectos de *clase*, que traen consigo concepciones aparejadas de otra naturaleza, como proyecciones en relación al género, etnia, etarias, culturales, etc. Algunas otras características que el autor destaca de los mismos proyectos societarios tienen que ver con el análisis de su dimensión *política*, de su necesaria *flexibilidad* y capacidad de *cambio* ante las *coyunturas políticas e históricas*.

Por último, indica que aquellos proyectos de clase, societarios, se relacionan dialécticamente con proyectos colectivos de otra índole, de menor extensión y amplitud, como lo son los proyectos profesionales, entendidos también como estructuras dinámicas. Los mismos son la resultante de mediaciones entre el colectivo profesional (incluyendo al colectivo profesional y sus propias formas de organización –instituciones de formación – investigadores – docentes – estudiantes -organismos corporativos y sindicales- y los proyectos societarios. Una ya clásica definición de proyectos profesionales es a la que arriba el autor:

Presentan la auto-imagen de una profesión, eligen los valores que la legitiman socialmente, delimitan y dan prioridad a sus objetivos y funciones, formulan los requisitos (teóricos, institucionales y prácticos) para su ejercicio, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen las bases de su relación con los usuarios de sus servicios, con las otras profesiones y con

las organizaciones e instituciones sociales privadas y públicas (entre éstas, también y destacadamente con el Estado...) (Netto, 2003: 274-275).

Los aportes del autor permitieron explicitar en la producción escrita del Trabajo Social la incorporación de la categoría de análisis. Las dimensiones que afirma Netto configuran una primera aproximación de objetivaciones de los proyectos profesionales: la elección de valores, objetivos, funciones, requisitos, se pueden objetivar en las leyes de ejercicio profesional, en los códigos de ética, en los programas de estudio. Sin embargo, la forma en la que operacionaliza estas formulaciones expresa un estado de cosas en la lucha por la conquista de la hegemonía⁷, expresan ciertas conquistas parciales de distintos grupos que detentan el poder (en las Universidades, en los colegios profesionales).

En el caso argentino, analizar la Ley Federal del Trabajo Social, o en el caso del ejercicio profesional en la CABA su propia Ley de Ejercicio Profesional, sumado al Código de Ética del Consejo Profesional de Trabajo Social de esa jurisdicción, da cuenta de objetivaciones que se han conquistado por ciertos grupos de poder en la dirección del colectivo profesional. Lo mismo se podría argumentar respecto de los programas de estudios de la carrera profesional a lo largo y ancho del país, así como las intencionalidades y proyectos que se objetivan en sus procesos de reformas. Aquello resulta una tarea de gran importancia, y permite avanzar hacia la elucidación de ciertas características de los proyectos que han conquistado hegemonía en el bloque profesional. Se destaca aquí que sin embargo no permiten analizar el escenario de conflicto y disputas por los sentidos y horizontes de la profesión.

Netto realiza, entonces, con su producción, una apuesta política a la explicitación de los proyectos profesionales. Como tal, la apuesta apunta a que su mera enunciación produzca efectos desnaturalizantes para con una profesión enunciada como en un camino evolutivo, dependiente, signada por determinismos, a-históricamente analizada. De hecho, Netto (2003), el autor explicita la necesidad de incorporar los elementos políticos y éticos en el debate. Sin embargo, cuáles son los elementos políticos y éticos que debieran incorporarse al debate, cuáles son sus contenidos, sus referencias, y los actores autorizados para hacerlo, resulta en un importante interrogante. Cuando el autor elabora su operacionalización expresa que los

⁷ Se tomará una noción amplia de hegemonía, tomando los escritos de Antonio Gramsci, quien lo retoma de Lenin como uno de los principales aportes a la construcción de una filosofía de la praxis. A diferencia del dominio, que se centra en el uso de la coerción, la hegemonía hace referencia al momento en el cual determinada clase/grupo dirige política e ideológicamente a los subalternos; conquista que se logra cuando la dirección se erige –en mayor medida vía consenso- mediante un sistema de alianzas, y el resultado particular de la lucha por una conciencia política colectiva que erija una unidad económica, política, intelectual y moral, a modo de lucha por hacer que la reproducción de una parte de la sociedad –la dominante-, se asimile como la de la totalidad. Ver: *–El Materialismo Histórico y la filosofía de Benedetto Croce–* (Gramsci, 1971); *–Análisis de situaciones, correlaciones de fuerzas–*, *–Algunos temas de la cuestión meridional–*, *–Carta al Comité Central del partido comunista (bolchevique) de la Unión Soviética–* (Gramsci, 2013)

proyectos profesionales “eligen” ciertos elementos para oficializar como descriptores. Pero, ¿quién elige? y ¿cómo se seleccionan los elementos en cada momento y espacio?

Tomaremos entonces de la definición de Netto su aporte sustantivo: la explicitación de una diversidad de proyectos en disputa al interior de los espacios colectivos, como ser los profesionales, y la necesaria relación de estos con los proyectos societarios, en clave de determinaciones históricas. Asimismo tomaremos que los proyectos profesionales dan cuenta de aquella “auto-imagen” pretendida, en clave explicativa de la direccionalidad de sus acciones, de la intencionalidad de sus apuestas organizativas, del sentido de los fundamentos que portan y encarnan. Pero a riesgo de repetición, reiteraremos que la operacionalización del autor de la categoría cuenta con las limitaciones propias de un artículo de posicionamiento profesional, más que del resultado de un proceso investigativo de la propia conceptualización.

Es en ese sentido, que los interrogantes de *quién, cómo, cuándo y dónde* se construye aquella auto-imagen, será materia de investigación en esta producción. Para operacionalizar la categoría, no se optará por dimensiones apriorísticas, sino que el primer desafío a desandar será la de la reconstrucción histórica del espacio socio-ocupacional del Trabajo Social en la política socio-sanitaria, a los fines de que de aquel mismo entramado, surjan los actores, los intereses en puja, los sentidos, fundamentos y estrategias organizativas del mismo colectivo profesional.

¿Qué elementos, entonces, son significativos para elucidar el espacio de luchas donde se disputan los proyectos profesionales? ¿Cómo se expresan dichos elementos históricamente? ¿Qué elementos rastreamos para componer la contemporaneidad de esas disputas? ¿Sobre qué se está disputando explícitamente? ¿Qué concepciones ingresan al escenario de conflictos por la direccionalidad del colectivo profesional pero no han logrado constituirse en hegemónicas, y por lo tanto no se han objetivado en los puntos iniciales antes planteados? ¿Qué elementos resultan de importancia para los proyectos profesionales y no forman parte de lo anterior?

A modo de ejemplo, el autor explicita una ruptura con tradiciones conservadoras, que no han quedado en el pasado (aunque sí podemos observarlo allí: en previos programas de estudio, en previos códigos de ética, y leyes de ejercicio profesional, etc.). Sin embargo, de más está decir que el conservadurismo en la profesión permanece en aquella disputa aunque haya perdido su hegemonía en Brasil (tal como lo explicita el autor). La pregunta allí radica en: ¿dónde está el conservadurismo? ¿En qué elementos del colectivo profesional sigue operando? ¿Dónde podríamos rastrear sus concepciones y formas de lucha por la hegemonía? O bien, ¿ha dejado de disputarla y, por lo tanto, ha desistido de organizar un proyecto

profesional acorde a sus concepciones? Estos interrogantes intentan afirmar que es necesario trascender las objetivaciones determinadas apriorísticamente del colectivo profesional para adentrarse en la intervención profesional como ámbito donde los más diversos fundamentos y prácticas van formando una arena de disputa por el sentido y horizontes de la profesión.

Se ha tomado y discutido la definición sobre la que Netto trabaja dado que en numerosas producciones se retoma la misma. A partir de aquella idea, varios autores recuperan la concepción, y comenzarán una fecunda línea de trabajo en la cual se expresan producciones que afirman la existencia de debate profesional, se diferencian posiciones dentro del mismo, y se producen quiebres en la estructura ecléctica⁸ de la profesión.

Vale aclarar que el eclecticismo no se verifica por la constatación de la diversidad de explicaciones de la vida social presentes en distintas aristas de la profesión (en la formación, en la misma práctica, etc.), sino por su presentación como coherentes entre sí mismas, o aún más, por la negación de la contradicción entre diferentes corrientes teórico-ideológicas. En ese sentido, la afirmación de la existencia de proyectos profesionales, en los antecedentes que se nombrarán a continuación, vienen siendo una forma de enfrentamiento al eclecticismo en la profesión.

A continuación, se hará breve referencia a algunos autores que han retomado los aportes de Iamamoto y Netto, y han dado continuidad al debate de los proyectos profesionales. Sin querer abundar en la referencia bibliográfica, se brindan elementos a modo de antecedentes, los cuales acompañarán la construcción de una categoría de proyectos profesionales, que, desde esta producción conceptual, pueda aportar a erigirla como inteligible para el análisis de colectivos socio ocupacionales concretos.

Siguiendo la anterior lógica referenciada en Netto de objetivaciones para la identificación de proyectos profesionales, Montañó (2004) destaca elementos que deben formar parte (siguiendo la misma concepción de operacionalizar vía la toma de posición, la apuesta por la explicitación de la propia posición que el autor asume) de la formulación de un proyecto profesional (ético-político progresista, en la particularidad de su desarrollo, pero cuyas dimensiones valen para el presente análisis). Estos son: en primer lugar, su punto de partida de necesaria articulación de las dimensiones éticas y políticas, de construcción democrática y pluralista (sin prescindir de su dirección) así como en correlación con proyectos societarios también en disputa⁹. En segundo lugar, aquellas objetivaciones antes

⁸ Más adelante se define con mayor esta categoría a propósito de los aportes de Siede (2015) y Parra (2001) en la reconstrucción histórica de proyectos profesionales en la Argentina.

⁹ Analiza que los proyectos profesionales *se inspiran y articulan con proyectos societarios, importándolos, redimensionándolos, articulando valores e ideologías con actores sociales que los representan*. El autor identifica en la

planteadas: la organización profesional académica y gremial, un marco legal profesional constituido por reglamentaciones y un código de ética, una formación profesional que contenga un proyecto sobre los niveles de formación, planes de estudio y posicionamientos sobre el acceso a postgrados y producción bibliográfica. Asimismo el autor identifica otro orden de cosas que no podría identificarse como una posible objetivación: la articulación con *fuerzas vivas* de la sociedad, referenciando organizaciones y movimientos que trasciendan y se articulen con el colectivo profesional.

Si bien lo anterior ofrece dimensiones de análisis, el autor no las ha producido en ese sentido en el contexto del artículo desde dónde se extraen, sino que lo ha hecho afirmando contenidos específicos de que lo que podría ser un programa de construcción un proyecto profesional, como denomina, ético-político progresista. Si bien el aporte por la producción de ejes de construcción de tal proyecto profesional son de enorme relevancia, los mismos parecen anteceder y dar sentido a su definición de proyectos profesionales en general, por lo que persiste la necesidad de construir referencias conceptuales inteligibles para el uso investigativo de la categoría desde su sentido sustantivo. Sin embargo, el autor aporta las dimensiones mencionadas: la existencia de fuerzas vivas actuantes en la elaboración y desarrollo de los proyectos profesionales, afirmando su dinamismo histórico, y la presencia de objetivaciones que den cuenta de posicionamientos centrales en torno a la profesión (en su caso, estas parecen estar fuertemente ligadas a la formación en el Trabajo Social).

En el mismo sentido se incorpora la producción de Yolanda Guerra (2013), quien aporta algunos indicadores, también en términos de objetivaciones, que permiten dar cuenta del contenido de las dimensiones antes mencionadas de los proyectos profesionales, haciendo también referencia a la ideación de un proyecto profesional crítico:

principios, directrices... currículum... un Código de Ética Profesional que establezca las bases valorativas por las cuales la profesión se relaciona internamente y con la sociedad, referencias teóricas y metodológicas para la intervención, posturas y modos de operar contruidos y legitimados por la organización profesional que como sujeto colectivo se basa en proyectos profesionales, tengan o no consciencia... (Guerra, 2013: 8).

Sin embargo, aporta líneas también que trascienden estos elementos: afirma que la existencia de proyectos profesionales se vincula con la intención de efectivizar los fundamentos sobre los cuáles la práctica profesional se desarrolla, formulando un *-conjunto*

actualidad tres grandes proyectos de sociedad: el neoliberal, el reformista y el revolucionario. El proyecto neoliberal se caracteriza *-de inspiración monetarista, bajo el comando del capital financiero, que procura, en el actual contexto de crisis, desmontar los derechos laborales, políticos y sociales históricamente conquistados, acentuando la explotación tanto de quien vive del trabajo como yugando los pequeños y medianos capitales*". Segundo, el proyecto reformista, que *-tanto en su vertiente liberal-keynesiana cuanto socialdemócrata, representa el expansionismo del capitalismo productivo/comercial, conjuntamente con algún grado de desarrollo de derechos civiles, políticos, sociales y laborales*". Por último, el proyecto revolucionario es *-fundamentalmente de inspiración marxista, y busca, gradual o abruptamente, la sustitución del orden capitalista por una sociedad regida por el trabajo emancipado*" (Montaño, 2004: 7-8).

de referencias técnicas, teóricas, éticas y políticas para el ejercicio profesional” (Guerra, 2013: 8 - 10). Aquí aparecen dos elementos nuevos de relevancia: la efectivización y los fundamentos de la práctica profesional. Podría decirse, entonces, los fundamentos de la práctica profesional, y el escenario donde aquellas concepciones se efectivizan.

Entonces, ¿cuáles son los fundamentos del Trabajo Social y qué elementos de los mismos se encuentran en disputa? ¿Quiénes logran definir los fundamentos como tales? Y concretizando una posible vía de análisis, ¿Cómo se explicitan los fundamentos del Trabajo Social en la intervención profesional?

Guerra (2013) entonces nos deja un conjunto de dimensiones a elucidar: existen fundamentos y existen concreciones de los mismos de índole técnico, teórico, político y ético. Al retomar la cuestión de la concreción, de la efectivización de los fundamentos, afirma:

...un proyecto profesional permite que se postule un conjunto de intenciones, que las tome abstractamente por la vía de la reflexión teórica, que se problematice sus posibilidades reales, pero no permite pasar al ámbito de su realización inmediata. De este modo, no se transforma la realidad sólo por la actividad del pensamiento, por la formulación de un proyecto profesional, por la toma de consciencia sobre los principios y las estrategias. No obstante, no se prescinde de la actividad del pensamiento, de la formulación de estrategias en la transformación de la realidad (Guerra, 2013: 27).

La autora aquí parece referir a los límites de concreción de la construcción del proyecto profesional crítico a partir de la constatación de la distancia real entre la elaboración de principios y formulación de estrategias y la concreción de las mismas propiamente dicho. Y aquí la diferencia vuelve a reiterarse sobre aquello que estos autores se proponen: elaborar y analizar los avances, transformaciones y retrocesos en torno a la instalación de un proyecto profesional crítico que goce (o no) de hegemonía en Brasil en primera instancia, y en nuestra región Latinoamericana en términos más amplios.

Hasta aquí, la producción escrita, y otras numerosas como estas, retoman la categoría definida y operacionalizada por Netto (2003) y la aplican en distintos escenarios y territorios (el argentino, por ejemplo). En ellas se reiterará la dinámica observada. Existe una pretensión (valiosísima por cierto) por erigir *un* proyecto profesional dado, del que les autores explican formar parte, y desde aquel colectivo, se explicitan fundamentos, directrices, formas, relaciones, etc. Sin embargo, parece que aquello es el punto central de estas producciones, y la definición de la categoría *general* de “proyectos profesionales” se encuentra directamente relacionada con las necesidades del propio proyecto. En ese sentido, no se sustenta una definición que resista contener *otros* proyectos distintos al propio, y por lo tanto, pierde su consistencia conceptual que originalmente, en clave de sus aportes sustantivos, podía ofrecer.

Sin embargo, los proyectos profesionales no son sólo intenciones (si podría serlo el conjunto de principios que se postulan como la propuesta de *un* proyecto profesional), se

concretan cotidianamente en relación mediada con sus principios, y éstos con la concreción de sus organizaciones y de la intervención profesional, así como antedicho, ambas dimensiones lo hacen coherente o contradictoriamente relacionados con los proyectos societarios en pugna (que también son principios, y sobre todo también son efectivizaciones).

Siguiendo lo anterior, si bien los proyectos (profesionales) son justamente en términos temporales una ideación futura, es también real que el presente de la intervención profesional del Trabajo Social muestra el escenario de lucha donde aquellas ideaciones están siendo disputadas. Así como no existe un proyecto colectivo que no tenga correlato alguno con la realidad, también es verdad que no existe realidad que plasme enteramente las directrices, referencias, códigos, etc. de un determinado colectivo que haya tenido la pretensión de formularlos.

Si bien no existen concreciones inmediatas, sí debiéramos poder constatar en la realidad del devenir de nuestra profesión qué mediaciones han sufrido los proyectos profesionales que están legítimamente disputándose la conquista de la hegemonía, y cuáles son los alcances de cada uno de ellos en las objetivaciones profesionales ya planteadas (programas, códigos, leyes), que contienen fundamentos y líneas para la concreción de los mismos. Aún más, será de importancia constatar cómo esos fundamentos también son parte de las estrategias propiamente dichas: para la organización colectiva, y para la intervención profesional.

Retomando, entonces, que la producción escrita sobre proyectos profesionales, viene pretendiendo definir *ciertos* proyectos, veremos algunas tipologías elaboradas sobre los mismos. Carlos Montaña (2004), en la producción previamente citada define el proyecto “ético-político progresista” -también “ético” en palabras de Yolanda Guerra (2013), o “ético-político” en palabras de Netto (2003)-. Ahora bien, en términos de la efectiva disputa de sentidos que existe en la contemporaneidad de la profesión, en el año 1998, Carlos Montaña presenta una investigación que, si bien no pretende enunciar las concreciones de distintos proyectos profesionales, realiza el ejercicio de encontrar confluencias de los mismos en aspectos que los igualan, y en el mismo movimiento, que los diferencian de otros.

El autor sintetiza dos posturas en lo que refiere a la concepción de la génesis y naturaleza del Servicio Social, la legitimación de los profesionales y la concepción sobre las políticas sociales. La primera, la endogenista, refiere a una génesis y naturaleza ligada a la *evolución, organización y profesionalización de las “anteriores” formas de ayuda*¹⁰, a una

¹⁰ Tesis que ya había afirmado Netto (1992) en su libro “*Capitalismo monopolista y Servicio Social*”, específicamente en el título “*El surgimiento del Servicio Social como profesión*”.

legitimación ligada a la *especificidad*, es decir, a los elementos que profesionalizan al servicio social como espacio particular y lo demarcan del resto, y a un vínculo con las políticas sociales como instrumento privilegiado del Servicio Social que procura *disminuir las desigualdades sociales* (Montaño, 1998).

La segunda, denominada *histórico-crítica*, refiere a una perspectiva en la que confluyen concepciones que ligan la naturaleza y génesis del Servicio Social cuando, *producto del desarrollo histórico del capitalismo devenido en monopolista, hegemonizado por proyectos político-económicos por los que la fracción de clase hegemónica se reproduce material e ideológicamente, el Estado toma para sí las respuestas a la cuestión social*. Asimismo entiende su legitimación justamente por la *oficialización de su papel por y para ese Estado*, en la ejecución terminal de políticas sociales, gestadas en la dinámica reivindicativa y de concesión, y dimensionadas por sus funciones sociales, económicas y políticas (Montaño, 1998).

Si bien el autor en este desarrollo provee al colectivo profesional de una riquísima claridad para desnaturalizar y distinguir lo que podría presentarse como historias únicas y oficiales sobre la historia y fundamentos que construyen la profesión de Trabajo Social, no es a través de las mismas que hace referencia a la existencia de proyectos profesionales, sino que presenta perspectivas donde participan una diversidad de aquellos. Aquí resulta de especial interés una de las primeras afirmaciones que realiza sobre los proyectos profesionales en el marco de elaborar su tesis sobre la postura endogenista:

...Es que estos pensadores se diferencian en relación a su vínculo con una determinada clase social, a sus convicciones y afiliaciones políticas, a sus referentes teóricos, a su ideología, y por lo tanto, a sus proyectos profesionales: es decir, se enfrentan en cuestiones referentes a las concepciones y posicionamientos frente a la realidad social. Sin embargo, en el análisis que hacen sobre la naturaleza y funcionalidad del Servicio Social (en su génesis) ellos coparticipan de una postura endogenista: la profesión vista a partir de sí mismo
(Montaño, 1998: 16).

Entonces, esta investigación deja tres elementos a destacar a los fines de este apartado: primero, que las perspectivas endogenista e histórico-crítica, no referencian la existencia de dos proyectos profesionales en debate, sino, dos posturas donde diversos proyectos confluyen. Segundo, que sí podríamos incorporar como parte de los fundamentos, que resultan en una exigencia de estudio para caracterizar y diferenciar estos proyectos, las concepciones en torno a la naturaleza, génesis, legitimación y concepción (ejes que trabaja el mismo autor) en torno a las políticas sociales, que, como bien destaca el autor, aquellas son condiciones necesarias pero no suficientes para identificarlos. Tercero, retomar las primeras líneas del extracto antes citado del autor: los elementos que no están presentes en el análisis, y que diferencian

proyectos profesionales dentro de las dos perspectivas son: el vínculo con la clase social, posturas políticas, referencias teóricas y la ideología que, en su conjunto, diferencian proyectos en tanto *concepciones y posicionamientos*, entendidas aquí como prácticas concretas, frente a la realidad social.

Destacamos que la producción escrita hasta aquí ha aportado tres líneas de análisis: Primero, que se definen proyectos profesionales cuyo sentido último reportan aportes conceptuales para el debate de mismo colectivo profesional. Segundo, que las mismas definiciones se operacionalizan para el análisis en estrecha relación con la mirada desde dónde se erigirá la defensa y promoción de cierto proyecto profesional: para ello, se seleccionan y comparan dimensiones seleccionadas a priori como válidas. Aquello posicionará a estas producciones en el espacio de la dimensión política de la profesión, en clave de que *en sí mismas* pretenden aportar a una mejor correlación de fuerzas para la concreción de los intereses de los autores que las producen. Queda vacante, entonces, continuar construyendo la categoría como categoría para la investigación en la profesión.

Es de relevancia situar el debate en la Argentina, donde se situará la presente investigación. Existen de forma relativamente reciente estudios que comprendan la profesión en las condiciones estructurales y de desenvolvimiento capitalista que han producido su génesis y la dotan de sentido desde una perspectiva histórica. Existen aquí tres obras de importancia que han concretado otra vía de aproximación (la situada históricamente) al estudio de proyectos profesionales: la de Gustavo Parra, *—Antimodernidad y Trabajo Social—*, del año 1999, la de Virginia Siede, *—Trabajo Social, marxismo, cristianismo y peronismo—*, tesis doctoral presentada en el año 2004, y la de Andrea Oliva, *—Trabajo Social y lucha de clases—*, del año 2005 (en su versión de tesis doctoral).

Cabe destacar que existen previamente obras que han trabajado sobre la historia de la profesión sin priorizar las anteriores determinaciones, haciendo foco en sí misma. De esta manera, retomando la perspectiva endogenista, Siede (2015) explica que, sobre la historia de la profesión en la Argentina, durante muchísimos años la única obra que se desarrolló fue la de Norberto Alayón, *—Hacia la Historia del Trabajo Social—*, realizada a finales de la década del setenta.

Entonces, desde una perspectiva que contemple la historia de la profesión en el país y reconozca la existencia de proyectos profesionales como forma de identificar continuidades y rupturas en el colectivo profesional, existen las mencionadas obras de Parra (2001) y Siede (2004) y Oliva (2005).

Siguiendo lo anterior, se destaca que Gustavo Parra (2002) aporta categorizaciones de proyectos profesionales¹¹ del Trabajo Social Argentino. Los mismos, como antedicho, responden a proyectos societarios más amplios. Desde el inicio de la profesión hasta los años sesenta, el autor identifica un Trabajo Social Tradicional (correspondiente con el proyecto societario conservador), seguido de su crisis y desarrollo del Movimiento de la Reconceptualización, que se podría ubicar su límite en el año 1976, cuando el autor identifica un tercer escenario en la construcción de proyectos profesionales en Trabajo Social, que denomina del Estado de terror. A partir de 1983, el autor caracteriza el Trabajo Social contemporáneo, con la identificación democrática del momento (Parra, 2002: 40-45).

Es de destacar que aquí el autor expresa la existencia de proyectos profesionales en clave de hegemonías conquistadas, ya aquello resulta lo necesario para aportar a sus objetivos de investigación. Sin embargo, resulta importante destacar que los proyectos profesionales, siguiendo las propias definiciones establecidas hasta aquí, no se identifican sólo con aquellas estructuras que han conquistado dicho status hegemónico (raramente existan de forma pura en la realidad), sino también aquellas que parcialmente lo han logrado (en ciertas estructuras, por ejemplo), o que también sistemáticamente y colectivamente las disputan, con programas, posicionamientos, objetivos, claramente definidos. En este sentido, los proyectos profesionales, en cada momento histórico, siempre son plurales.

Virginia Siede (2015) estudia el escenario que Gustavo Parra identifica como “Movimiento de la Reconceptualización”. Allí afirma no haber *un* proyecto profesional en el Trabajo Social identificado en dicho movimiento, sino que fue éste momento en el que engendraron diversos proyectos profesionales, que se articularon con los proyectos societarios de la época. Identificando tres líneas diversas dentro del Movimiento de la Reconceptualización (una ligada al Grupo ECRO, otra ligada a la difusión de ideas en las “Selecciones del Servicio Social” y otra de raigambre conservadora ligada al Secretariado Latinoamericano de la UCISS) concluye que en las décadas del 60-70, el debate ligado a los proyectos profesionales se centró en la búsqueda de rupturas, modernizaciones y actualizaciones en torno a las dimensiones ético-política y, en menor medida, operativo-

¹¹ El autor hace referencia a la definición aportada por Netto y destacada como neurálgica en el debate sobre la temática. Se suma a esto una elaboración de dimensiones de los proyectos profesionales: *“Podemos comprender que un proyecto profesional, y en nuestro caso el Trabajo Social, contempla tres dimensiones inherentes e insolubles entre sí: una dimensión teórico-metodológica, puesto que la profesión, y su intervención decurrente, se encuentra sustentada en una determinada concepción de mundo, de hombre y de sociedad, a partir de la cual se analiza la realidad social y se fundamenta una cierta práctica profesional. Una dimensión operativo-instrumental, es decir, a través de determinados instrumentos y técnicas se operativizan los fundamentos teórico-metodológicos. Y una dimensión ético-política, pues, las dimensiones antes mencionadas contienen determinados valores que, justamente, guían y orientan la intervención profesional y, por lo tanto, le otorgan una direccionalidad a la profesión. Al mismo tiempo que dicho ejercicio profesional se encuentra atravesado por las contradicciones del modo de producción capitalista, y en consecuencia, implica un espacio de lucha con diferentes posicionamientos políticos”* (Parra, 2004).

instrumental. Asimismo destaca que permaneció fuera de un riguroso debate la dimensión teórico-metodológica, constituyéndose en una deuda contemporánea que refuerza la estructura sincrética¹² contemporánea de la profesión (Siede, 2015).

Del anterior estudio, entonces, se destaca la necesidad de adentrarse en la riqueza de la categoría de proyectos profesionales cuando se analiza un período histórico determinado. La autora niega la posibilidad de tipificar etapismos y afirma la importancia de identificar, analizar y por lo tanto comprender mejor la contemporaneidad de la profesión. En ese sentido, sería posible encontrar un camino para echar luz a los debates que distintos grupos dentro del colectivo profesional se van dando en la búsqueda por la direccionalidad del quehacer del Trabajo Social.

Respecto de la contemporaneidad, es importante destacar que aquel rasgo profundizador de lo sincrético que Siede (2015) puntualiza se vincula con lo que Montaña y Parra también afirman en la noción de eclecticismo. El primero describe la actualidad como *eclectica*, *—en el sentido de reunir componentes de los diversos proyectos sociales (con sus valores y principios antagónicos)—*, entendiéndose además que dicho eclecticismo acumula y refuerza aquel proyecto que sea hegemónico (Montaña, 2004: 8). Por su lado, Gustavo Parra (2002) identifica una profundización de dicho eclecticismo en el Trabajo Social argentino de la primera década del Siglo XXI, percibiendo una incorporación *—indiscriminada—* de marcos explicativos y estrategias de intervención, sin un análisis crítico sobre sus bases teórico-metodológicas.

Andrea Oliva (2015) acuerda con aquel sentido sincrético que Virginia Siede concluye en su obra, reflexionando sobre esa estructura del Trabajo Social en la Argentina. Operando con las mismas dimensiones que plantea Netto¹³ (1992), construye las características sincréticas de la profesión en tres momentos. Primero, el universo problemático que expresan las refracciones de la cuestión social en la Argentina en el surgimiento de la profesión (momento que la autora estudia a lo largo de su investigación). Segundo, su intervención en la vida cotidiana pretendiendo homogeneizar vía prestaciones la heterogeneidad de usuarios y sus múltiples necesidades. Por último, en las modalidades de intervención caracterizada por las funciones ejecutivas de educación, asistencia y gestión que se fueron configurando en

¹² Netto titula el capítulo 2 de su libro *—Capitalismo monopolista y Servicio Social—* de 1992, *—La estructura sincrética del Servicio Social—*. En el mismo explicita el sincretismo como la característica fundante del Servicio Social como profesión, su núcleo organizativo y su intervención. Explica y desarrolla esta característica en tres fundamentos objetivos: *—el universo problemático original que se le presentó como eje de demandas histórico-sociales* (el tejido heteróclito que presenta la cuestión social, en convivencia con la desvinculación de sus causas profundas y la abstracción de demandas institucionales), *el horizonte de su ejercicio profesional* (la vida cotidiana y la fenomenalidad que oculta la estructura) y *su modalidad específica de intervención* (la instrumentalización del conocimiento de lo social y el eclecticismo teórico con el objetivo de manipular variables empíricas)” (Netto, 1992: 89).

¹³ Ver nota N° 7

nuestro espacio socio-ocupacional, y que son analizadas en sus formas de encubrimiento. Esto es, de la deficiencia en la cobertura de las necesidades en el modo de producción capitalista, de la insuficiencia de recursos institucionales para dar respuesta a las anteriores, y de la existencia de funciones educativas desvinculadas de la asistencia y por lo tanto de la gestión de recursos.

Hasta aquí, las producciones citadas aportan a la reconstrucción histórica de los proyectos profesionales. Su aporte para el Trabajo Social en la Argentina radica, justamente, en encontrar vía la perspectiva investigativa un camino para sortear la selección apriorística de las dimensiones que constituyan la inteligibilidad de la categoría. Si bien estas investigaciones no se plantean como objetivo la reconstrucción de proyectos profesionales, se topan con los mismos y los trabajan en sus resultados.

Sin embargo, ofrecen, en mayor o menor medida, tipos o grupos de proyectos, y no indagan sobre el movimiento y las contradicciones que atraviesa los colectivos de trabajadores en el devenir del debate y quehacer profesional. En este sentido la producción de Siede (2015) muestra una línea que evidencia esta necesidad: la de analizar un momento y seleccionar espacios específicos, e identificar la pluralidad de líneas que surgen de aquella investigación.

Hemos desarrollado sucintamente los antecedentes de producciones conceptuales que han identificado, descripto y/o analizado la categoría de proyectos profesionales. La presentación no es exhaustiva, pero sí selectiva. Existen otros autores que han trabajado artículos y presentaciones en Jornadas y Congresos¹⁴ con esta categoría en cuestión, pero resulta necesario destacar que le han dado un tratamiento cuyo andamiaje conceptual se corresponde con los destacados por los autores anteriores.

El objetivo de su presentación se centró en reconstruir cuáles han sido los recorridos hasta aquí de la principal categoría de análisis que en este trabajo se desarrollará. En ese sentido es que se concluirá respondiendo al interrogante: ¿Qué nos han dejado estas producciones? Esto para que luego, sobre sus aportes, podamos sintetizar ¿Qué son los proyectos profesionales?

A modo de síntesis, se presentan los ejes que atravesaron las anteriores discusiones, y que, desde su suficiencia o su dificultad para establecer elementos para reconstruir proyectos

¹⁴ Los últimos dos Congresos de la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social referenciaron en sus títulos la dimensión política en la profesión, y los principales expositores trabajaron también la categoría de proyectos profesionales para hacer referencia a la misma: en el 2018, “La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura”; en el 2016: “Ejercicio profesional en el marco de la Ley Federal. Proyectos socio-profesionales en debate”. En especial ver el artículo publicado por Mallardi, M (2020): “Sociabilidad, proyectos profesionales y organizaciones del colectivo profesional en Argentina: Elementos para el fortalecimiento de la autonomía profesional en Trabajo Social”.

profesionales en espacios socio-ocupacionales concretos, aportan a la reconstrucción de una definición de la categoría en discusión:

- Existen numerosas producciones que dan cuenta de la existencia de proyectos profesionales, y una gran parte de ellas retoman la definición y/o dimensiones que Netto puntualizó. Muchas remiten a la noción de proyectos profesionales para describir y fundamentar una formulación que nominan proyecto ético-político crítico (u algunas otras variantes). Entonces si bien ofrecen la discusión sobre la categoría poseen el límite de hacer referencia a los ejes de análisis (la operacionalización) de la construcción de *un* proyecto profesional.
- Los proyectos profesionales son de índole colectiva y dinámica, y se encuentran en permanente lucha por la conquista de la hegemonía en el colectivo profesional. Es decir, su pretensión de conquista, su concreción en la selección de ciertos valores, programas, relaciones con el Estado, las políticas sociales, la intervención profesional, las opciones formativas, entre muchas otras no posibles de establecer *–a priori–*, las erigen como proyectos profesionales. Asimismo, mantienen relaciones con proyectos societarios *–éstos también en lucha por la hegemonía–*.
- Una dimensión de análisis son las objetivaciones de los proyectos profesionales que responden a una determinada coyuntura histórica y dan cuenta de una correlación de fuerzas momentánea: los programas y niveles de estudio, la legislación del trabajo vigente, los códigos de ética. Asimismo, estas objetivaciones generalmente dan cuenta de ocupaciones de las instituciones de la categoría profesional (agrupaciones en cargos electivos, representantes en los espacios ocupacionales de mayor interés como direcciones, jefaturas, coordinaciones, etc.). Cabe destacar que las estructuras electivas siempre dan cuenta, también, de la lucha vigente en la direccionalidad del colectivo profesional, en tanto existencia de mayorías y minorías.
- Existen producciones que se destacan por analizar la disputa constante por los sentidos de la profesión en la relación mediada entre fundamentos (formulaciones teórico-metodológicas y operativo-instrumentales) y la efectivización de los mismos (de las relaciones con los proyectos societarios, con los procesos de enseñanza y aprendizaje de la profesión, con sus organizaciones corporativas y sindicales y con la propia intervención profesional).
- Respecto de los avances en relación al análisis de los escenarios de disputa donde se debaten los proyectos profesionales, existen grandes divergencias en lo que refiere a

una serie de fundamentos sobre el Trabajo Social: su génesis, sentidos, legitimación y concepción sobre las políticas sociales. Estas categorías de análisis han permitido delimitar dos grandes perspectivas: la endogenista y la histórico-crítica. Asimismo, esta línea de análisis ha fecundado diversas producciones que han arrojado una serie de tipologizaciones respecto de los proyectos profesionales, que aportan en clave de la dimensión política en la producción escrita del Trabajo Social, pero no se constatan en la realidad –y por lo tanto no son el resultado de rigurosos procesos investigativos.

- En lo que respecta al escenario del Trabajo Social en Argentina, la investigación histórica ha producido aportes para la reconstrucción de los proyectos profesionales. Existen continuidades y rupturas en el análisis de los mismos, y si bien se mantiene la característica sincrética de la profesión, los proyectos profesionales se destacaron por disputarse su hegemonía con formulaciones que mantuvieron estrecha relación (por acompañarse u oponerse –en términos analíticos-) con proyectos societarios conservadores, de enjambre progresista o democráticos a lo largo de la historia argentina. Sin embargo, aún dentro de estas apreciaciones, se destaca la presencia de proyectos profesionales en pugna.

III. La categoría de proyectos profesionales como matriz de inteligibilidad para analizar la dimensión política del Trabajo Social

A partir de la síntesis anterior resta aportar, tentativamente, una aproximación de los proyectos profesionales en Trabajo Social que permita definirlos de modo que no expresen la vía de construcción de *una apuesta política a un proyecto profesional*, sino que expresen una matriz de inteligibilidad para captarlos en su dinamismo, historicidad, múltiples dimensiones, atravesamientos y escenarios donde se concretan. Para esto, la investigación histórica parece ser una vía de acceso.

Vale aclarar, entonces, que los proyectos profesionales son la resultante -siempre contingente- de la disputa por los sentidos y direccionalidades que los trabajadores sociales construyeron, construyen y construirán sobre la misma profesión; y en ese sentido, son una categoría que permite la comprensión crítica de su contemporaneidad conflictiva y contradictoria, y no son una resultante de los bloques de poder efectivamente conquistados.

Aquellos últimos, desde esta producción, van a ser la resultante del sistema de alianzas entre los actores involucrados establecido en un momento histórico dado para la captura de las organizaciones del colectivo profesional (consejos y colegios profesionales, unidades

académicas, organizaciones gremiales, organizaciones de segundo grado, etc.) y su producción estratégica (leyes, códigos de ética, editoriales, etc.). Sin embargo, entenderemos a los proyectos profesionales como las unidades de esas alianzas, pasiva o activamente capturadas por las direcciones de las mismas, contingentemente incluidas en colectivos mayores, con intereses históricamente compatibles entre sí.

Con el fin de ordenar y precisar la categoría de proyectos profesionales, se retoman los aportes que Federico Guzmán Ramonda (2011) desarrolla para analizar el caso del Centro Latinoamericano de Trabajo Social como “matriz teórico-política” que posibilita, según el autor, la creación de proyectos profesionales. Asimismo, la definición tomará cuerpo desde los antecedentes antes citados. Se destaca, entonces, del autor, quien explicita ideas que aparecían con menos fuerza en los antecedentes citados, las siguientes dimensiones de análisis:

Primero, que el debate de los proyectos profesionales se puede situar en el marco de los procesos de constitución del significado social del Trabajo Social, éste último constituido por una doble determinación signada por ineliminables dimensiones políticas: por un lado, los proyectos estratégicos que construyen su hegemonía (desarrollo en la configuración del Estado, en la organización y racionalidad de las políticas sociales) y por el otro, en el lugar activo y creativo que tienen los trabajadores profesionales en el ámbito de mediaciones existente en su producción intelectual y de elaboración de estrategias de acción (Guzmán, 2011).

De lo anterior, resulta de enorme relevancia destacar la distancia que constatamos existente entre las determinaciones y la producción creativa de respuestas de parte del colectivo profesional, distancia que llamaremos de “autonomía relativa”.

Segundo, los proyectos profesionales poseen una “auto-imagen” que opera como perspectiva de actuación (diferenciando la proyección de su concreción). Es decir, una direccionalidad que orientada por supuestos y fundamentos ideológicos, éticos, teóricos, culturales y técnicos, orientan el proceso de intervención (Guzmán, 2011).

Tercero, que actúa en el proceso de definición de los significados sociales de la profesión la dimensión teleológica, en la que se reconoce la intencionalidad de la acción humana (centrada en la necesidad e interés), la que es concebida como correspondiente a una anticipación ideal de las finalidades por las que se realiza, involucrando fundamentos y legitimaciones, así como medios para su realización. Asimismo implica que aquella dimensión teleológica da cuenta de un ámbito de disputa de intereses en conflicto, y bajo ningún punto de vista de la voluntad exclusiva de sus agentes (Guzmán, 2011).

En este sentido, destacamos de los anteriores puntos tanto los supuestos y fundamentos que componen los proyectos profesionales (en clave de poder identificar aquello que cada colectivo “selecciona” para componer los sentidos profesionales) así como las intencionalidades en tanto orientación de la acción, es decir, el ámbito donde se procesa la dimensión estratégica para la disputa de aquellos sentidos. Es decir, las formas en las que los colectivos pueden y deciden construir las vías para la conquista de la hegemonía. Sin ambas partes, la selección de dichos contenidos, y la pretensión real de conquistarlos, entendemos no existen formaciones propias de los proyectos profesionales, en tanto esa “auto-imagen” carecería o de sentido, o de una disputa real que la convierta en acción colectiva.

Siendo que los proyectos profesionales no existen de forma aislada, o tampoco se gestan y sobreviven de forma endogenista a cualquier profesión, se ha explicitado que los mismos se vinculan y son parte de distintos proyectos societarios. En este sentido Guzmán retoma a Netto cuando afirma que las profesiones deben ser tratadas cada cual como corpus teóricos y prácticos que condensan proyectos societarios y articulan respuestas teleológicas a los mismos. De esta manera se pretende afirmar que tanto los fundamentos como las estrategias profesionales son inseparables de los proyectos societarios, así como sus concreciones en cada momento histórico determinan las relaciones de fuerza (ya no como ideaciones, sino como realidades) que se establecen para los sujetos que pretenden fundamentar e intervenir en las organizaciones de los colectivos profesionales (Guzmán, 2011).

A modo de síntesis, desde esta producción se definirá a los proyectos profesionales como *las matrices donde se concretan las formas que les profesionales trascienden las determinaciones del Trabajo Social como producto histórico de las relaciones de producción capitalistas en una doble y mutuamente imbricada dimensión: los supuestos y fundamentos que dan sentido a la profesión, y las formas y características que asumen las disputas estratégicas por aquellos fundamentos y sentido en los contextos históricos donde las relaciones de fuerzas se desarrollan.*

Se ha explicitado, primero, una alusión a la necesidad de definición de las determinaciones que signan a los colectivos profesionales, para luego pretender encontrar los espacios de trascendencia de los mismos. Asimismo, se ha definido una segunda dimensión que se centra en los fundamentos profesionales, vinculado profundamente con los acervos teórico-metodológicos que orientan el ejercicio de la profesión, siendo éste, además, el

producto de las perspectivas operativo-instrumentales que concretan las intencionalidades de la acción¹⁵.

Ahora bien, aquella segunda dimensión –sin procurar establecer un orden secuencial sino una división analítica- se encuentra inmersa en escenarios de disputa estratégica donde se produce la lucha (y las formas y características de ésta) ética y política –en sentido amplio y restricto- por la concretización y/o transformación de aquellos sentidos. Esto se puede analizar mediante una triple vía: en la vinculación con los proyectos societarios, en las propias formas de organización (corporativa, académica, sindical) y en el ejercicio profesional propiamente dicho en instituciones determinadas.

La definición propuesta pretende dar cuenta de una categoría coherente con los sentidos últimos de los antecedentes citados en la producción escrita del Trabajo Social Latinoamericano, pero a su vez, salde sus limitaciones a la hora de permitir su operacionalización como categoría investigativa. La identificación de dimensiones, entonces, pretende ofrecer un marco donde la investigación histórica sea la que arroje la concreción de cada sentido y vía estratégica para su concreción, sin caer en apriorismos para el análisis.

Vale aclarar que las disputas por los sentidos y direccionalidades de la profesión se producen en el marco de la lucha por concretar la hegemonía y por lo tanto ejercer la dirección de ese conjunto. Aquel es el inevitable camino –con innumerables formas de concretarlos- hacia donde se dirigen los movimientos que evidencian la existencia de diversos proyectos profesionales. Si bien se propone una definición de los proyectos profesionales que hace hincapié en el movimiento de los mismos, en la constante transformación de las relaciones de fuerza que re-orientan fundamentos y acción, el análisis de la hegemonía en Trabajo Social permite una vía de entrada a la dimensión estratégica de los proyectos profesionales, y en el mismo movimiento, a las contra-hegemonías que la disputan.

Lo anterior da cuenta de la necesidad de situar los debates sobre los proyectos profesionales en una dimensión inherente a la profesión que es la política. A propósito de esta categoría, Antonio Gramsci diferencia la capacidad del ser humano de asimilar pasivamente los contenidos que devienen de su vida cotidiana y de satisfacer centralmente sus propias necesidades, lo que nomina como momento “meramente económico” o “egoístico pasional”,

¹⁵ Se podría entender la diversidad conflictiva de fundamentos y supuestos sobre la profesión en el marco de lo que podríamos llamar el debate de ideas contemporáneo. Sobre esto existen vastos antecedentes de estudio, con autoras/es cuyo objeto de estudio es el propio Trabajo Social, objeto que se comparte en esta investigación. Sergio Gianna (2015) ya en sus palabras preliminares al libro “Decadencia ideológica y Trabajo Social” afirma al debate contemporáneo profesional como aquel donde se expresan las distintas matrices teóricas y, a partir de éstas, la elaboración de proposiciones en torno a la intervención profesional. En ese contexto es que se incorpora la identificación y contextualización de categorías que aquí se seleccionarán para dar cuenta del conjunto de fundamentos y (y diversidad de sentidos sobre éstos) que entran en debate por la direccionalidad respecto del Trabajo Social.

mientras que el pasaje hacia la capacidad humana de crear iniciativas para transformar aquellos contenidos, alzarse como instrumento de libertad, crea nuevas formas –ético-políticas”, lo que el autor nomina “momento catártico”, lo que da cuenta del punto de partida de la filosofía de la praxis¹⁶ (Gramsci, 1971).

Los proyectos profesionales, entonces, si son siempre colectivos, trascienden las propias necesidades (les profesionales en su propia trayectoria personal y en sus propias necesidades laborales, inmersos en sus propios procesos de trabajo), encontrándose en el centro de las reflexiones de los trabajadores sociales (cuando pueden evocarlos) el conjunto del colectivo profesional (el recorte colectivo que sea: el de la profesión en un país, en un espacio territorial menor, en un sector de trabajo, etc.), y las formas de concebirlo y de pretender conducirlo. Siguiendo los aportes de Gramsci, entonces, es una categoría propia de la catarsis –la política- aunque no pretenda modificar las estructuras y cimientos de las formas de dominación. El punto aquí será dar cuenta de las potencialidades y actos de transformación, como ejercicio efectivo de la política, cuando los trabajadores sociales expresan las concepciones y fundamentos sobre la misma profesión, y las mediaciones que necesariamente se emanan de su correlato. Esto es, su accionar como sujetos de aquella transformación en lo que respecta a las objetividades instituidas presentes en el acontecer del ejercicio profesional.

¹⁶ A modo sucinto, nos referimos con “filosofía de la praxis” a los debates en torno a la referencia que Karl Marx realiza en las Tesis de Feuerbach cuando afirma la necesidad de trascendencia de la dicotomía teoría y práctica, y si es desde uno de los dos elementos desde dónde se transformarían las relaciones sociales, para afirmar que “*La coincidencia de la modificación de las circunstancias y de la actividad humana sólo puede concebirse y entenderse racionalmente como práctica revolucionaria*”, es decir, negando la divisibilidad de ambas dimensiones (Marx, K; 1845). A propósito de esta unidad, se retoma la necesidad de interpretar la categoría en cuestión en esta investigación como evidencia de que supuestos, fundamentos y estrategias para la acción de los trabajadores sociales componen, integralmente, dimensiones indivisibles de la realidad: los proyectos profesionales.

CAPÍTULO 1: LA RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES HOSPITALARIOS: ANTECEDENTES DE LAS TRAYECTORIAS PROFESIONALES CONTEMPORÁNEAS

I. La categoría de mediación como herramienta para la particularización de las políticas socio-sanitarias en tanto escenario de la construcción de proyectos profesionales

En el capítulo introductorio precedente, el centro del interrogante se desarrolló alrededor del Trabajo Social y su relación con los proyectos profesionales. La relación entre ambas categorías se afirmó en las formas en las que los trabajadores sociales (encarnando aquellos múltiples y diversos proyectos) trascienden las determinaciones del espacio socio-ocupacional. Esto es, a partir de los debates alrededor de los supuestos y fundamentos que forman parte del quehacer de la profesión, sus formas interventivas, y sus formas organizativas. Este estudio, desde la perspectiva que se propone, se vincula con el análisis de la dimensión política para explicar el movimiento y el devenir del desarrollo profesional espacial y temporalmente situado. Esto es, desde miradas que privilegien la complejidad e integralidad de actores, acciones, intencionalidades.

Los proyectos profesionales como expresión de la dimensión política en la profesión se evidencian únicamente cuando se adecuan al movimiento de la realidad, y en este caso se ha reconstruido la historicidad de los Servicios Sociales Hospitalarios (SSH) en el contexto de las políticas socio-sanitarias en CABA. Es sólo a partir de estas reconstrucciones que podríamos proponernos afirmar los contenidos y las formas de las acciones de los trabajadores sociales, ante los desafíos e interrogantes que plantea el ejercicio concreto de la profesión a quienes la encarnan. Como se ha afirmado en el capítulo precedente, se proponen mediaciones socio-históricas que eviten proponer ejes de análisis apriorísticos que orienten el estudio de los proyectos profesionales, o aún más, que constaten la existencia de uno o dos proyectos contradictorios entre sí y previamente definidos.

Para eso, precisaremos algunas decisiones teórico-metodológicas. Realizar un análisis de los proyectos profesionales –como categoría general de interés para el Trabajo Social- y su expresión en los SSH requiere de mediaciones para que desentrañen su capacidad inteligible, es decir, su capacidad de ser interpretada en los procesos más concretos de intervención profesional en instituciones estatales, donde mayoritariamente el Trabajo Social es empleado.

En palabras de Pontes:

...esa relación (Servicio Social y la categoría de mediación) nació de preocupaciones bien objetivas y cotidianas de la acción profesional de asistentes sociales en el contexto de organizaciones, que tenían en su proyecto profesional las siguientes preocupaciones: ... ¿cómo comprender la realidad compleja en la que se inserta esa misma práctica y cómo encontrar mejores medios para enfrentar las contradicciones inherentes a esa realidad asociando dialécticamente teoría y práctica? (2003: 163).

Siguiendo a Pontes, la forma investigativa que explica la realidad es el método dialéctico. El proceso podría explicarse mediante la tarea de desentrañamiento de las categorías histórico-sociales, vía la recreación del movimiento de lo empírico hacia las representaciones de los objetos de estudio – fenómenos sociales. En los múltiples recorridos de dicho camino, podremos establecer el campo de mediaciones que da sentido e inteligibilidad a dichos objetos (2003).

Este campo de mediaciones, para el mismo autor, se establecerá como un articulador dinámico de las relaciones que se expresan en las totalidades complejas de estudio (Pontes, 2003). En ese sentido, fue de relevancia para este estudio realizar sucesivamente aquel movimiento entre la realidad concreta y las representaciones –los proyectos profesionales- y componer el sistema de mediaciones que permite recrear fielmente la realidad en la categoría de estudio.

En síntesis, en el desarrollo de la investigación se fueron realizando sucesivas aproximaciones a la categoría, estableciendo como principal vía para el análisis la particularización de las acciones de los trabajadores sociales en la recreación socio-histórica de las políticas sociales donde se desenvuelven, a los fines de poder interpretar el movimiento de creación de alternativas que fueron realizando en la construcción de los proyectos profesionales a los que van adscribiendo. Esto es así porque las determinaciones socio-históricas –particularmente establecidas- han planteado la necesidad de discernimiento sobre el qué, el cómo y el para qué de la profesión, atravesada por su dimensión política¹⁷, es decir: no por la asimilación, sino la creación de las posibilidades del devenir profesional, desde la mirada de cada colectivo que integra el debate en el Trabajo Social.

Las mediaciones resultan necesarias para evitar el análisis abstracto de los proyectos profesionales, para historizarlos, situarlos y comprenderlos en la totalidad de las fuerzas que los tensan. Los lugares que se erigen como estratégicos para tensionar el acontecer de la profesión, toma sentido y vitalidad en la historicidad, y es por esto que los proyectos profesionales no pueden ser analizados desde la abstracción ahistórica de la profesión, o desde la selección de unas pocas variables para su análisis. Es debido a esto la importancia de

¹⁷ La categoría se revisó brevemente al finalizar el anterior capítulo introductorio, a propósito de los aportes de Gramsci (1971) sobre la política como momento catártico y posibilidad de desarrollo de una filosofía de la praxis.

acercamiento a un espacio socio-ocupacional, posibilitándonos el adentramiento a la complejidad del mismo.

Si los proyectos profesionales en Trabajo Social se pueden identificar y definir sólo a partir de las mediaciones de éstos en un momento y espacio particular, en tanto sentido histórico, esta mediación también se constituirá como marco de inteligibilidad del objeto de estudio en esta investigación. Entonces, a los fines de situar los proyectos profesionales en el ámbito socio-sanitario de la CABA, es necesario definir los límites espacio-temporales que constatan la existencia de ese ámbito, y lo particularizan para el análisis.

Si bien el objetivo es evidenciar las disputas hegemónicas para el Trabajo Social en un espacio particular, comenzaremos por situar socio-históricamente ese espacio, para luego, en los siguientes, recuperar los sentidos y los movimientos que los trabajadores sociales hacen para conquistar posiciones más favorables –interna y externamente- para la creación de sus alternativas: es decir, las formas, características, supuestos y fundamentos que hacen a la –diversa y contradictoria- organización colectiva en el Trabajo Social.

A continuación, la reconstrucción histórica que se presenta –en éste y en el próximo capítulo, tiene como objetivo fundamental situar y comprender la contemporaneidad de los SSH en sus múltiples mediaciones: con el subsistema estatal de salud (SES), con la política socio-sanitaria en general, y con el Trabajo Social como profesión. Se reconstruye la historia de los mismos partiendo de los antecedentes ligados a los años setenta, no sólo debido a su relevancia, para llegar a comprender con mayor complejidad la realidad, dinámica y quehacer de los mismos dispositivos *hoy*, sino también por las trayectorias de les propias entrevistades.

Es de destacar que las entrevistas en profundidad realizadas –estratégicamente seleccionadas y revisadas- versaron en su totalidad en la contemporaneidad del ejercicio profesional. Por lo tanto, se parte de los años setenta porque por las edades de las personas entrevistadas, éste es el primer momento que evocan o señalan quienes componen en la actualidad los SSH. Entonces, la memoria histórica de quienes *hoy* forman parte activa de los SSH, parte en el inicio de esta reconstrucción. Se afirma también que quienes hacen a la realidad de estos dispositivos, reflexionan, piensan, actúan y vivencian su acontecer profesional situadas en trayectorias que encuentran sus primeros antecedentes en los momentos que se desarrollarán, acercándonos a un presente más inmediato, y cada vez más complejo.

Las reconstrucciones se presentan en distintos títulos para la organización de temáticas que surgen del análisis de las entrevistas, estableciendo continuidades y rupturas a partir del análisis crítico de las totalidades de los procesos históricos a los que refieren las mismas.

Estos momentos irán dialécticamente produciendo(se) mayores efectos de complejidad, contradicciones y síntesis a lo largo de la procesualidad histórica, componiendo una rica y compleja contemporaneidad.

Cabe destacar que las principales rupturas establecidas se emparentarán con los contextos de “erisis”, para los cuales seguiremos los aportes de Gramsci (2013), quien diferencia crisis orgánicas de las coyunturales¹⁸, estableciendo que las primeras establecen críticas histórico sociales más o menos permanentes (como lo han sido los procesos dictatoriales en la Argentina, o la crisis generalizada vivenciada en el año 2001), y las segundas generan movimientos políticos, hacia los grupos dirigentes, o los responsables del poder (como podrían ser los recambios gubernamentales, o la crisis que se presentarán en la CABA para el año 2007 y que revisaremos en el próximo capítulo). Esto será de especial relevancia para organizar verdaderas rupturas en el análisis sanitario, y evitará establecer las mismas allí donde los principales movimientos resultan de la crítica política más coyuntural y táctica.

El presente capítulo presenta dos momentos de reconstrucción histórica que surgen del análisis de las entrevistas. Como se afirmó, las mismas parten de las trayectorias profesionales, que llegan a remontarse a la década del setenta. De esta manera, los mismos entrevistados y el análisis documental y bibliográfico, concluye en que se presenta un quiebre significativo ante el cierre del período con el último gobierno militar, y la asunción de nuevos gobiernos democráticos formales en el país. Entonces, en este capítulo se desarrollará ese primer momento—la década del setenta hasta los primeros años de la década del ochenta- y el segundo, desde aquella reapertura democrática formal, hacia la agudización de una crisis orgánica que transforma la dinámica de atención del Trabajo Social. Este último momento, entonces, cierra con la agudización de una crisis que abre el siguiente capítulo: la crisis del año 2001 en la Argentina. Cada momento se presenta como un todo complejo, tanto en el

¹⁸ Resulta significativa la siguiente cita del autor: —...en el estudio de una estructura es necesario distinguir los movimientos orgánicos (relativamente permanentes) de los movimientos que se pueden llamar “de coyuntura” (y se presentan como ocasionales, inmediatos, casi accidentales). Los fenómenos de coyuntura dependen también de movimientos orgánicos, pero su significado no es de gran importancia histórica; dan lugar a una crítica política mezquina, cotidiana, que se dirige a los pequeños grupos dirigentes y a las personalidades que tienen la responsabilidad inmediata del poder. Los fenómenos orgánicos dan lugar a la crítica histórico-social que se dirige a los grandes agrupamientos, más allá de las personas inmediatamente responsables y del personal dirigente... El error en el que se cae frecuentemente en el análisis histórico-político consiste en no saber encontrar la relación justa entre lo orgánico y lo ocasional. Se llega así a exponer como inmediatamente activas causas que operan en cambio de una manera mediata, o por el contrario a afirmar que las causas inmediatas son las únicas eficientes. En un caso se tiene un exceso de “economismo” o de doctrinarismo pedante; en el otro, un exceso de “ideologismo”; en un caso se sobrestiman las causas mecánicas, en el otro se exalta el elemento voluntarista e individual. La distinción entre “movimientos” y hechos orgánicos y de “coyuntura”, u ocasionales, debe ser aplicada a todas las situaciones, no sólo a aquellas en donde se verifica un desarrollo regresivo o de crisis aguda, sino también a aquellas en donde se verifica un desarrollo progresivo, o de prosperidad, y a aquellas en donde tiene lugar un estancamiento de las fuerzas productivas.” (Gramsci, 2013: 411-412).

plano general como en el particular. Esto último es, en el plano de la reconstrucción histórica de la política socio-sanitaria, y del Trabajo Social en esta misma.

Destacamos que las rupturas entre el terrorismo de Estado, y la reapertura formal democrática resulta significativa para les entrevistades, o se concluye como tal a partir de los contenidos que ellos mismos relatan. De la misma manera se establecen las propias de la década del noventa y el nuevo milenio. Es decir, las rupturas entre todos los momentos se establecen no sólo porque les entrevistades así lo afirman, sino también porque el contenido de la praxis y de la acción política del Trabajo Social inserto en los SSH, dentro de cada momento histórico, presenta sus coherencias internas (sin negar la contradicción, los descompases), hasta que las mismas se transforman significativamente. Esto es, presentan otra lógica y otra dinámica interna. Son a partir de estas rupturas que se considera el paso de un momento a otro, acompañado por los análisis históricos de mayor generalidad donde nuestras particularidades se inscriben.

A continuación, entonces, se reconstruyen dos momentos históricos que se presentan cronológicamente como los de mayor antigüedad en las trayectorias profesionales contemporáneas. En el siguiente capítulo, estos momentos formarán parte del sistema de mediaciones que complejizan la misma contemporaneidad, situada en un ciclo histórico aún abierto en la Argentina, que es el que tiene como hito inicial las jornadas de lucha históricas de la crisis del año 2001. Este capítulo, entonces, cierra en el adentramiento a esa misma crisis, que aparece situada desde la mirada de los trabajadores sociales que se desempeñan en los SSH de la CABA.

II. Dictadura y SSH: hegemonía conservadora y clausura del espacio socio-ocupacional en salud

Si bien los Servicios Sociales Hospitalarios (SSH) datan desde las décadas del veinte y treinta del siglo pasado en la Ciudad de Buenos Aires, el primer momento de esta reconstrucción se corresponde con la década del setenta e inicios de los ochenta. El período abarca los años 1970 a 1984, momento en que se produce una primera ruptura en el relato, signada por la institucionalización de reivindicaciones laborales y profesionales para los Servicios Sociales. A aquella institucionalización, nos referiremos en el próximo apartado. Sin embargo, el momento en cuestión se encuentra fundamentalmente signado por el conservadurismo, tanto por el contexto reaccionario dictatorial (del año 70 al 84 se registran cuatro años de gobiernos electos mediante el voto popular en democracias formales y diez de

gobiernos de facto), como por las condiciones de acceso, estructuración y desarrollo de los mismos SSH.

Los años setenta y principios de los ochenta representan años de fuerte debate político-ideológico, clausurado por el ejercicio de la *dominación*, es decir, aquel que predomina en una sociedad cuando su dirección se ejerce con una severa disminución de los contenidos consensuales o de alianza, y prevalece el uso de la fuerza armada a los fines de sometimiento o “liquidación” (Gramsci, 2013: 486).

En la Argentina el debate político-ideológico permitió que los sectores activistas se organicen con gran intensidad, mediante la lucha para la conquista de una sociedad libre de limitaciones para el desarrollo integral de sus habitantes –las clases dominantes, el subdesarrollo, la libertad política-partidaria-. Aquello se dio en un contexto reaccionario, donde se encontraba proscripto el peronismo, hasta que se abre el período de estudio con la breve recuperación de su ejercicio político –mediante elecciones que gana con el Frente Justicialista de Liberación en dos oportunidades, erigiendo las presidencias de Cámpora, Perón-, y el cierre del mismo mediante el terrorismo de estado. Aquello fue un signo compartido con la región latinoamericana, que padeció una serie de dictaduras militares comandadas por los polos de dominación internacional.

La dictadura en Argentina implantó el terrorismo, no sólo mediante la instalación de medidas económicas regresivas que liberalizaron la economía y produjeron mayores niveles de desigualdad, expulsión y pobreza. También lo hicieron mediante la persecución de los sindicatos, su intervención, quiebre de las centrales sindicales, y secuestros y desapariciones forzadas de decenas de miles de militantes, activistas y trabajadores en general.

Vale aclarar, el siguiente apartado se presenta con una fuerte hegemonía conservadora, lo que no implica que no se registre, la existencia de contra-hegemonías y vívidas luchas por la conquista de contextos más progresistas para con la salud pública y el devenir profesional protagonizado por mujeres que participaron de la construcción del sanitarismo contemporáneo.

a. Las históricas disputas por el control de los espacios socio-ocupacionales: las visitadoras de higiene en el ámbito de la salud

En la década del setenta del siglo pasado, los SSH se encontraban hegemonizados por la presencia de trabajadoras cuya condición de ingreso era la de contar con título de “visitadora de higiene”. En la Ciudad de Buenos Aires este dato se constituirá en el centro de disputas que se prolongarán durante décadas, cuando comienzan a intentar el ingreso a los

servicios sociales las “asistentes sociales” que no contaran simultáneamente con su titulación como “visitadoras de higiene”.

Es viable afirmar que, como la carrera de “visitadoras de higiene” se dictaba y se encontraba en la órbita de la medicina, se haya producido la cooptación del espacio socio-ocupacional –en términos de cantidad de puestos de trabajo disponible-. Los actores ligados a esto se corresponden con las estructuras de poder de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), vinculada históricamente al subsistema estatal de salud (SES) en la CABA, y que dictaban la carrera desde el año 1924. Asimismo, éstos se encontraban vinculados a la creación –para el año 1930- y desarrollo de la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino (MSO)¹⁹.

La pluralidad de titulaciones, vinculada a la posterior creación, para el año 1946, de la carrera de Asistencia Social dependiente de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales²⁰ no se erigirá como una fortaleza, o un dato sobre la diversidad formativa, sino como una amenaza y una fuerte causa de expulsión de los espacios socio-ocupacionales que cada colectivo de trabajadoras iba ocupando. En el caso que analizamos, las visitadoras de higiene reclamarán históricamente como propios los servicios sociales hospitalarios en la CABA, y aquello abrirá disputas con otros colectivos titulados en otras instituciones y universidades.

En la Ciudad de Buenos Aires, redundó en una fuerte clausura del espacio socio-ocupacional en los SSH desde y para las visitadoras de higiene. El recambio entre trabajadoras (por aumentos de dotación, jubilaciones, etc.) no producía la diversidad de titulaciones, y desde allí un pasaje menos conflictivo entre una titulación y otra. Aquello hubiera sido esperable al cabo de ciertos años, dado que la carrera de “asistencia social” continúa hasta la actualidad a pesar de los cambios de nomenclatura, ubicaciones y planes de estudio. Mientras tanto, la carrera de “visitadoras de higiene” sufre su cierre definitivo con el fin de la última dictadura, en el año 1983. Este pasaje, sin embargo, se constituyó en un importante ámbito de disputa y debate profesional en nuestro país durante largos años, y

¹⁹ Sobre la vinculación del MSO y la Escuela de Visitadoras de Higiene en la Facultad de Medicina se puede consultar la tesis doctoral de Roxana Basta (2008): “Trabajo Social e institucionalización. Fundamentos teóricos, metodológicos y políticos de la formación e intervención profesional en instituciones de la provincia de Buenos Aires en las primeras décadas del siglo XX”. La misma aporta la reconstrucción de la creación de la carrera de asistencia social en el MSO, y la vinculación entre actores de ambos espacios. Sin embargo, la diferenciación se centraba en el reconocimiento de la acotada inserción a favor de la especialidad que implicaba la formación de las visitadoras de higiene en un contexto de progresivo aumento de la intervención estatal vía políticas sociales, expresando la formación de asistentes sociales como de mayor polivalencia.

²⁰ Si bien la formación en esta unidad también estará ligada al conservadurismo, para este período de estudio se produce un hecho de fundamental importancia que impactará en la transformación de perfil de graduados y en la historia de la formación profesional; cuestión que no parece acontecer en la formación ligada a las visitadoras de higiene. La escuela de Servicio Social de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA fue intervenida para el año 1973, en contextos de un fuerte debate profesional, por una asistente social, Marta Cantorna. En contextos de hegemonía peronista, se produce una breve experiencia que permite la reforma del plan de estudios, y la elaboración de un perfil profesional ligado a las experiencias revolucionarias. Sin embargo, el período continúa con el regreso de los sectores conservadores cuando se produce la muerte de Perón y el vuelco a las estructuras más reaccionarias del peronismo (Siede, 2015).

explica algunas de las características –marcadamente conservadoras- en los SSH. Veamos a continuación la causa de la clausura.

La regulación del ejercicio profesional en el ámbito de la salud se encontraba hegemonizada por la medicina, como centro de saber, organización y dirección del SES. La ley 17132 del año 1967 fue sancionada en contexto de una dictadura, la autoproclamada –Revolución Argentina”, comandada por el presidente de facto proveniente del ejército, Onganía. La misma explica algunos –estados de situación” en las estructuras de poder vigentes.

Las visitadoras de higiene, en sus vínculos con otros actores del SES, eran consideradas parte de los equipos de –elaboración” de la medicina y odontología (y, por lo tanto, estas últimas profesiones entendidas como las que detentaban un gran poder en el ámbito del SES). Su vinculación con la medicina y la odontología, entonces, era formalmente subsidiaria, por un lado, y entendida como instrumento de consolidación de los proyectos sanitarios del resto de las profesiones en aquel momento histórico, por el otro.

Aquella posición –subsidiaria” está no sólo ligada al mantenimiento político-ideológico de la dirección del SES por la medicina y odontología, sino también al sostenimiento de la cooptación financiera del mismo. Desde esta mirada se puede explicar que la profesión, establecida como –elaboradora” fuera ejercida –ad-honorem”, a cambio de un estipendio discrecional no regulado como salario durante largos años. Asimismo existen registros de cierta disputa histórica por lograr reivindicaciones salariales, que se evidencian en las categorías de visitadoras de higiene –honorarias” y –rentadas”, existiendo por lo tanto, posibilidades de lograr una renta, debiendo aceptar previamente la categoría de –ad-honorem”²¹.

Asimismo, la profesión era ejercida en la totalidad por mujeres, siendo directamente nominada en lenguaje genérico femenino en la misma Ley 17132 para la regulación de la labor. En el mismo sentido, el resto de las profesiones –a excepción de –las” obstétricas, y –las” enfermeras- son nominadas en lenguaje genérico masculino²².

²¹ Estas afirmaciones respecto de las diferenciaciones entre visitadoras de higiene –honorarias” y –rentadas” las expresa Andrea Oliva en el libro –Trabajo Social y lucha de clases” (2015), en el capítulo IV del mismo, cuando refiere a la creación y las modalidades de intervención en los servicios sociales de financiamiento público.

²² Sobre los desbordes y rupturas con los lugares esperados para las mujeres en el marco de los espacios creados para la –elaboración” con la medicina, es importante adentrarse en líneas de investigación como la de Canela Gavriola. La autora analiza la intervención de las visitadoras de higiene en la Ciudad de La Plata, concluyendo que la subsidiariedad a la medicina convivía con rupturas que permitían trastocar las relaciones de poder como estaban establecidas, evidenciándose llamamientos, desde mujeres visitadoras de higiene, a los varones dirigentes políticos, a la transformación sanitaria, y societal. La autora analiza esto a partir de transmisiones radiofónicas. En las referidas a la prevención y erradicación de la tuberculosis, afirma: –Era una mujer exigiendo respuestas y soluciones para una enfermedad cuya solución no se limitaba a la intervención del médico, ni a las acciones que pudiesen tomar individualmente las familias de los sectores populares.

Para este momento, los ingresos a los servicios sociales se producía mediante contactos vinculados al SES, así como a los ámbitos formativos de la Facultad de Medicina. Esta forma permitía establecer y mantener un determinado perfil que, entre otras cosas, no amenace la dirección de la medicina en el acontecer del SES.

De esta manera, la dirección del SES se sostiene en componentes político-ideológicos ligados a las concepciones científicas y sociales de los proyectos sanitarios, pero también económico-financieros, genéricos, entre otros. Lo que resulta destacable, es que la subsidiariedad, complementaria a aquella dirección, se constituye, desde sus posibilidades de ingreso y permanencia, en un ámbito donde se intentará reproducir posiciones desiguales. Perfiladas para su ingreso, relegadas a las indicaciones de un otro –varón y médico- e invisibilizadas (doblemente) en la participación en la distribución de los recursos financieros del sector, parece asentarse un perfil conservador (en el sentido estricto de conservación de las estructuras de poder ligadas a la dirección del SES) que marcará claros límites a la participación de otros colectivos formados en nuestra profesión.

Adentrándonos en la regulación de la Ley 17132, en pocos artículos, establece el ejercicio de la profesión en el ámbito de la salud afirmando su carácter meramente colaborativo, destacando las acciones de profilaxis, control de tratamientos y difusión de conocimientos (lo que parece vincularse con las actuales ideas de prevención, acompañamiento y promoción de la salud). También limita su intervención profesional a todo aquello que se emane del control, indicación y autorización médica y odontológica, y su ámbito de trabajo exclusivo en establecimientos, negando el ejercicio liberal de la profesión. Haciendo referencia a la existencia de una profesión cuyo ejercicio fuera explícitamente subsidiario, una entrevistada afirma cierta legitimación a partir de la aspiración universitaria, a la par que la existencia de diversidad de perfiles en su interior:

—...quería tener una cosa universitaria, no le importaba ser dependiente. Y había otra gente que tenía otra visión”

Resulta de suma importancia destacar que mediante esta ley se establecía el monopolio del ejercicio profesional en los servicios sociales hospitalarios exclusivamente para las visitadoras de higiene. Aquello se concretaba en la matriculación de las trabajadoras para dicho ejercicio, en el ámbito de la –secretaría de estado de salud pública” (lo que sería las

Ricci extendió sus demandas la clase dirigente, y con ello intentó acortar las distancias entre el espacio político masculinizado y el espacio de cuidados en el que se ubicaba a las mujeres” (2016: 105).

Entonces, si bien la referencia a estas citas responde a la década del 40 del siglo pasado, y al territorio de La Plata, importa destacar que el pretendido lugar de las mujeres, subsidiarias al poder médico, jamás se logró cabalmente, conviviendo con la expresión de la historia de los movimientos feministas que se incorporó a los discursos y las prácticas de las mujeres profesionales.

sucesivas secretarías y ministerios de salud de la municipalidad y posteriormente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires –GCBA-), siendo las visitadoras de higiene la única profesión vinculada al Trabajo Social, plausible de ser matriculada.

–En esa época, entonces, la Ley que reglamentaba la matriculación de los médicos, los enfermeros, los odontólogos, figuraban las visitadoras. Entonces vos (acá había una cosa gorda, viste?) A las visitadoras que tenían el predominio en el Gobierno de la Ciudad, de visitadoras, decían que la Ley decía eso y no querían dejar entrar asistentes sociales. Como decían ellas, las tenían juntando orines en la puerta. No fue fácil entrar asistentes sociales. Y éramos menos”.

Siguiendo lo anterior, el ejercicio profesional, aparece taxativamente restringido a “las visitadoras de higiene”. Mediante el articulado se expresa cierto estado de cosas en un ámbito de poder, así como de cooptación de un espacio ocupacional, prohibiéndolo para toda profesión no autorizada dentro de los límites regulados. La hegemonía conservadora, entonces, imponía la subsidiariedad de las visitadoras de higiene para con las profesiones que dirigían el SES. A la par, la inaccesibilidad para el ingreso de los SSH hacia otras trayectorias formativas, produciendo espacios cerrados en lo formal (acceso a puestos de trabajo), pero también en la dinámica cotidiana del acontecer institucional. Esto es, produciendo la clausura en la pluralidad de formaciones, en posibilidades de intercambios, de debates profesionales, etc.

Sin embargo, las tácticas y luchas por erosionar aquella clausura, y producir una consecuente renovación en los SSH, comenzó a aparecer indefectiblemente:

–Para mí las Asistentes Sociales y las Visitadoras eran todo lo mismo....Entonces, esa guerra entre ellas, en lugar de ocuparse de la gente, para mí era una cosa inconcebible... Tal es así que hice las Normas de Servicio Social y puse... "asistente, visitadora" todos los títulos que había, unificados en el nombre de Trabajador Social... eran las trabajadoras, visitadoras, asistente social, licenciada de servicio social, doctora en servicio social y la licenciada de visitadora. Todos esos títulos había...”

Se destaca el reconocimiento de una confrontación establecida por el control del acceso y devenir de los SSH. Lejos de erigirse como un documento que discute y reflexione sobre el acontecer del ejercicio profesional en los SSH, la elaboración de las normas de los SSH se erigió como táctica. Sirvió para el establecimiento de un antecedente de igualación de titulaciones sin lograr aún la modificación de la ley, o su desestimación por la creación de nuevas formas de matriculación.

De esta obturación a la matriculación, y por lo tanto, del ingreso al SES, es que emergerán las estrategias que se vincularon a la elaboración de proyectos de ley para regular el ejercicio profesional. Asimismo, desde ésta última, la creación del Consejo Profesional de la Ciudad de Buenos Aires para detentar el gobierno de la matrícula. Esta táctica desplazaría,

como consecuencia, a la secretaría de salud pública de la tarea y permitiría la matriculación del resto de las titulaciones y el consecuente ingreso al espacio socio-ocupacional en disputa. En este momento histórico, se producirán diversas grupalidades en torno a la elaboración de este organismo, o su desestimación para conservar el orden de cosas, pero lo cierto es que expresará una rica tradición agrupacional en el ámbito de la salud, que erigirá “colectivo” como forma de avanzar, detener, penetrar el espacio, y lograr reivindicaciones colectivas.

Los proyectos de ley elaborados, y que no lograron ser sancionados, fueron varios y sucesivamente se fueron presentando desde el año 1961 hasta aquel que fue sancionado, en 1986²³. En el período en cuestión se destaca que la totalidad de las presentaciones frustradas se vincularon con la exclusión de las visitadoras de higiene de los cuerpos de la ley, lo que resultaba una exclusión laboral y profesional para la totalidad de ese colectivo, quienes por su parte gozaban de la hegemonía en los SSH. Parece establecerse, cierto ámbito de disputa desde donde “negociar” la inclusión al marco legal, en contraposición a la habilitación para el ingreso al ámbito ocupacional.

El componente colectivo, entonces, se centró en la realización de aquellos proyectos, y la gestión política para el tratamiento, o en el caso de las visitadoras de higiene, para la obturación de dicho tratamiento, en los ámbitos legislativos. No será hasta que se produzca una alianza pertinente para la resolución del conflicto, que se dirimirá la cuestión. En el momento que estamos desarrollando, el poder que detentaban las visitadoras de higiene no permitió que se sancione un cuerpo de ley que las excluya del ejercicio profesional, fortaleciendo así su posición y el lugar de exclusividad en el interior de los hospitales.

Mientras se encontraba vigente la posición de las visitadoras de higiene en los SSH, el resto de las trabajadoras que detentaban titulaciones impedidas de ingresar comienzan a establecerse en los márgenes de los SSH. En ese sentido encontramos, en esta época, y ya

²³ Sobre las disputas entre trabajadores/asistentes sociales y visitadoras de higiene existe un registro de aquella cronología histórica en el libro de Enrique Bravo titulado “Una perspectiva del desarrollo histórico de las organizaciones profesionales de los trabajadores sociales en la Argentina” (2011), especialmente en los capítulos III y VI. En los mismos se revisan las organizaciones colectivas en la Ciudad de Buenos Aires, y posibles disputas que explican sus creaciones y devenires, así como se presentan los sucesivos proyectos de ley, donde se explicita la conflictividad que provocaba la inclusión o exclusión de las visitadoras de higiene.

Asimismo se puede acceder a un análisis desde una perspectiva histórica del mismo período en el libro de Virginia Siede: “Trabajo Social, marxismo, cristianismo y peronismo” (2015), especialmente en el capítulo II, donde analiza las disputas sobre la legislación del ejercicio profesional (explicitando una disputa particular entre asistentes – trabajadores sociales, por una lado, y visitadoras de higiene, por el otro. Afirma dicha discusión desde el análisis de revistas de producción propia de la profesión, y explicita un eje centrado en la formación polivante de asistentes y trabajadores sociales, en contraposición con la formación de las visitadoras de higiene, circunscriptas a los campos de actuación de los que auxiliarmente dependían.

Desde ambas producciones se puede comprender que, desde la mirada de los SSH, las visitadoras de higiene hayan asumido las posiciones de mayor contenido conservador a los fines de permanecer en una posición privilegiada en el acceso y permanencia al espacio socio-ocupacional en cuestión.

entrados los primeros años de retorno a la democracia formal²⁴ desde el año 1983, trayectorias de profesionales en la secretaría de salud pública, y en los emergentes centros de salud, mediante contrataciones informales.

El resultante, en la estructuración del sistema de salud, y en la distribución de trabajadores sociales en su interior, fue el de una fuerte presencia de visitadoras de higiene en los SSH, así como el ingreso de otras titulaciones se fue produciendo en ámbitos, como ser el de los centros de salud. Aquello no parece producirse por interés en la temática de atención primaria a la salud, o por un rechazo a la dinámica de trabajo hospitalario, sino como espacios alternativos desde donde posicionarse para mejorar las condiciones de acceso posterior a los mismos SSH. Esto se observa en la siguiente afirmación:

—Entramos en el 74, así, con los peronistas, en bandada. No le preguntaron a las visitadoras si querían o no (se ríe). Entonces había como una cosa ahí... seguían con ese poder, ¿viste? que si vos no eras visitadora no te podías matricular, y si no te matriculabas no podías entrar a salud. Todos nosotros, que entramos en los centros de salud, no entramos a los hospitales, porque no nos dejaban sin matrícula. Esta era también lo que estaba ahí subyacente, entre los servicios... ”

—...Por eso también las contratadas esas, las instructoras, eran asistentes, por ejemplo (...) Las instructoras de programas especiales eran ”.

—...Por eso en los motivos de ingreso a la Residencia era para que pudieran entrar Asistentes Sociales. Porque yo le dije a Spacavento. Mirá, la carrera de visitadoras se cerró, si no ponemos asistentes sociales, no va a poder entrar nadie. Se mataba de risa, porque él sabía que yo lo estaba convenciendo de... bue...”

Lo anterior evidencia que a pesar de presentarse como un espacio predominantemente cerrado y conservador, los compases y descompases fueron parte de la dinámica contradictoria de la realidad, y las resistencias y puntos de fuga que fracturaron dicha hegemonía, ya se encontraban presentes en este mismo momento de análisis. Sin embargo, antes de adentrarse en la institucionalización de las reivindicaciones que se abrieron paso como legítimas, resulta necesario volver sobre el período para dar cuenta de algunos trazos de la dinámica de intervención profesional y los sentidos políticos que a esto le atribuían o con los que convivían, en el marco del quehacer de los SSH.

²⁴ Con democracia formal nos referimos a forma de participación de la ciudadanía en la sociedad que no garantiza la igualdad y equidad efectiva, sino una “formal”, centrada en la esfera política y judicial, limitada concretamente por el poder de clase (Meiksins Wood, 2006).

b. Intervención profesional y sentidos políticos en los trabajadores sociales

Los años setenta y principios de los ochenta se encuentran atravesados por un fuerte debate profesional. Se discutieron los sentidos, los procesos de trabajo, la vinculación de la profesión con los nacionalismos, los procesos revolucionarios, la religión, entre otros ejes temáticos. En ese marco, la “reconceptualización” fue un hito en la profesión, en el país, y en la región. Dicho proceso, instó por la construcción de un nuevo perfil profesional, y por un quiebre con la hegemonía conservadora que los actores involucrados identificaban como imperante en el Trabajo Social²⁵.

Sin embargo, la intervención en el ámbito de los SSH se encontraba ligada al quehacer de las visitadoras de higiene, y la subsidiariedad antes desarrollada, acorazada por fuertes limitaciones para el ingreso y renovación de estos dispositivos. Revisar algunos trazos de la intervención profesional de quienes gozaban de la inserción exclusiva en los SSH profundiza la caracterización respecto de la hegemonía conservadora ligada al ejercicio de la profesión en este momento histórico.

En materia socio-sanitaria, y vinculado al quehacer en los SSH, tres líneas aparecen como prioritarias. A su vez, estas líneas comienzan a delinear un proceso del que se ocupará esta investigación de forma constante: las transformaciones en las políticas sociales, específicamente, las socio-sanitarias. Veremos, a partir de las siguientes transformaciones una tendencia hacia la regresión de las conquistas de los trabajadores plasmadas en las estructuras de las políticas sociales en el Estado. Iremos prestándolas a medida que sea necesario para el desarrollo histórico, pero las categorías de mercantilización, individualización, precarización, segmentación, focalización y asistencialización irán marcando tendencias –con idas y vueltas– en torno a la regresividad antes planteada. Los avances y retrocesos en este sentido cobrarán sentido también en las posibilidades –mayores o menores– de reivindicar derechos de parte de la clase trabajadora, en los complejos procesos de luchas de clases²⁶.

Volviendo a las tres líneas de transformaciones antes planteadas, mencionaremos las mismas. Primero, el arancelamiento de las prestaciones hospitalarias, como intento exitoso de privatización del SES, y en ese contexto, los quiebres en el proceso de trabajo para la profesión en tanto intervino activamente en dicho arancelamiento. Segundo, el violento detenimiento de la expansión de la estrategia de atención primaria a la salud en tanto

²⁵ El período está profundamente revisado por la Virginia Siede (2015) en el libro “Trabajo Social, marxismo, cristianismo y peronismo. El debate profesional en las décadas 60-70”.

²⁶ La concepción de políticas sociales aquí vertida se centra en la perspectiva histórico-crítica, que comprende la aparición y transformaciones de las políticas sociales en estrecha vinculación con las dinámicas de luchas de clases. Existen numerosos estudios desde esta mirada, y se destacan los aportes de Alejandra Pastorini (1999) en el artículo que tuvo también sus revisiones y aportes por la misma, y otros autores: “¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y Límites en la categoría –concesión-conquista”.

movimiento que venía creando centros de salud en los barrios porteños, y que albergaba a varias asistentes sociales en diversas tareas y a la espera de posibles inserciones en los SSH. Tercero, la atención en contextos de dictadura militar, especialmente en lo referido al vínculo con detenidos e hijos de detenidos-desaparecidos.

El proyecto sanitario en el que surgen las visitadoras de higiene se vincula con el higienismo²⁷ y por lo tanto se evidencia una intervención estrechamente relacionada con temáticas referidas al control de la salud de las mujeres y la natalidad, a la salud de los niños, al control de enfermedades epidemiológicamente relevantes como la tuberculosis, especialmente vinculado al llamado “control de focos” en las viviendas y familias de los sujetos afectados, entre otras. Sobre la intervención de las visitadoras de higiene, en primera o tercera persona, algunos entrevistados refieren:

—Yo tenía veintiún años y medio, a lo bruto “me largaron” al Servicio de Neumotisiología, con todo lo que había que hacer. Con las citaciones telefónicas, las cartas a la gente y las vi-si-tas...”

—Tenían una formación mucho más instrumental. Subsidiaria, sin vinculación con lo social como objeto en sí mismo. Nada, sin caer en cuestiones valorativas, era otra cosa”

—Yo me acuerdo ponerle mi paso por el Programa de TBC y ahí la especificidad disciplinar era armar los paquetitos con las pastillas y los contactos cuando el paciente faltaba”

—Porque decían “me dijo el doctor. Parecía que no se podía hacer nada que no dijera el doctor!. Y yo me sublevaba. Me daba bronca... que todo “porque dijo el doctor”, “ah, no, porque si dijo el Director”. ¿Y qué dice la población?”

Los entrevistados refieren a este momento histórico (y a la continuidad de profesionales a lo largo de los años que mantuvieron este perfil profesional) como uno en el que la intervención del Trabajo Social en los SSH está legitimada desde su subsidiaridad médica, tanto desde los conocimientos que se ponen en juego, como por la escasez de autonomía profesional en la direccionalidad de la acción. Si bien aquello es lo que se destaca como dilemático, el sentido de la intervención profesional no parece estar ligado únicamente a ser una profesión sólo de menor jerarquía que otra, sino también a efectivizar ciertas acciones que no parecen ser viables para otras.

Siguiendo lo anterior, se produce una vinculación entre la feminidad de las visitadoras de higiene y su lugar asignado en la capacidad de efectuar y organizar cuidados, y hacerlo de modo persuasivo, desde un rol más vinculado con la vida familiar (que el que puede realizar un médico – varón). Esto tuvo un lugar privilegiado en la política socio-sanitaria, a los fines de realizar el control de ciertas enfermedades de relevancia epidemiológica. Aún así, estos

²⁷ Estas vinculaciones entre el surgimiento de la profesión y el higienismo se encuentran ampliamente documentados y analizados en distintas producciones conceptuales. Dos de ellas se constituyen como antecedentes para esta investigación. Gustavo Parra (1999) establece estos vínculos en su libro “Antimodernidad y Trabajo Social”, especialmente en los capítulos II y III. Andrea Oliva (2015) en “Trabajo Social y lucha de clases”, especialmente en los capítulos II, III y IV.

procesos de trabajo, –sin descontar que en ellos se hayan producido desbordes y se hayan generado condiciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores populares-, sufrieron una ruptura con la irrupción de la última dictadura.

Es decir, por un lado, el proyecto higienista imprimía a los SSH un significado social centrado en la realización de acciones que tiendan a efectivizar el derecho a la asistencia socio-sanitaria -y la obligación del estado a proveerla-, con ciertas intencionalidades. Siguiendo a Oliva (2015), dicha asistencia implicaba la finalidad de disciplinar y reproducir la fuerza de trabajo de forma segura para la clase dominante (segura en función de su propia reproducción en los nuevos conglomerados urbanos, así como para la garantía de productividad en las inversiones de su capital).

Ahora bien, como hemos afirmado, dicho significado social comenzará a resquebrajarse con las transformaciones societales inauguradas por las dictaduras en la Argentina. Veremos, a lo largo de toda la reconstrucción histórica en el presente y siguiente capítulo, que ya no será posible afirmar la necesidad de disciplinamiento y control de la fuerza de trabajo –sencillamente por incesante creación de “población sobrante” en la estructura social-, así como no será posible mantener los mismos sentidos para la intervención profesional históricamente situada.

No nos adentraremos ahora en este punto, pero resulta relevante afirmar que en este momento histórico, los proyectos higienistas que dan origen a la carrera de visitadoras de higiene, no sólo entran en crisis por sus propias relaciones de fuerza, así como el cierre de la carrera de las visitadoras de higiene no resulta en un mero dato cronológico, sino que expresa el quiebre de la centralidad del higienismo en las necesidades estatales para la reproducción de las relaciones dominantes. Aquel significado social de la profesión, así como el de los proyectos hegemónicos en el sanitarismo, comenzarán un largo proceso de variación, que llegará hasta nuestros días²⁸. Ahora, continuaremos analizando la intervención profesional del Trabajo Social, caracterizando la misma en los márgenes de los SSH.

Previamente, y como ya afirmamos, mientras que se sucedían los procesos mencionados en los SSH, se venían gestando los centros de salud, concebidos como consultorios externos de los propios hospitales. Se erigían como una forma alternativa –a la hospitalaria- de intervenir sobre la salud de la población. Para la trayectoria de la profesión en salud, también se vinculaba con la posibilidad de encontrarse a la espera del acceso a los

²⁸ Se retoma y actualiza este debate en el Capítulo 2, en el subtítulo: “Demanda institucional: entre la indeterminación y el egreso hospitalario forzado”.

mismos SSH, los cuales se encontraban reservados mayoritariamente para las visitadoras de higiene.

Sobre los años de democracia formal, por el breve período vinculado al gobierno del partido justicialista, cuando se registran acciones vinculadas a la expansión de la prestación de servicios en salud²⁹, una entrevistada afirma la existencia de una suerte de nueva concepción contra-hegemónica, donde pudo realizar su propia inserción profesional como asistente social:

—El departamento de Centros de Salud. Que no existía. Todo era salud de la otra salud, viste? ... la salud más formal, la de los médicos. Bueno. Pero en ese momento se crea el departamento... Entonces viene como una movida diferente, de tipos muy militantes, que seguían la corriente de Carrillo. Yo trabajaba con ese. Y ahí se empezaron a crear los centros de salud del Gobierno de la Ciudad. Mirá. En el 74. Sí, bueno, habría, ¿viste? uno, qué se yo, pero digamos, fortalecerlo institucionalmente todo lo que era... porque todavía no se llamaba Atención Primaria en esa época”

Aquella “otra salud” se vinculaba con el contexto internacional, que a pesar de que Latinoamérica se encontraba padeciendo golpes militares en toda la región, las ideas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, accesibilidad oportuna, y el reconocimiento de las estructurales causas de la enfermedad en la desigualdad y la pobreza encontraban su cauce y desarrollo. Tal es así que, en este momento, a contramarea del contexto que describimos, se produce en 1978 la conferencia internacional fundacional de la estrategia de atención primaria a la salud (APS), promovida por el polo socialista mundial, la Unión Soviética.

La declaración de Alma-Ata exige un nuevo orden económico internacional, el reconocimiento del desigual acceso a la salud entre países “desarrollados” y “subdesarrollados”, la vinculación de la salud con la exigencia de paz mundial, y el rechazo a la ausencia de enfermedades como par igualado a la salud de los pueblos. Las ideas y concepciones ligadas a los proyectos socialistas, o sencillamente de ruptura con un orden social desigual, jamás fueron cabalmente implementadas en países donde aquellas reformas no encuentran su cauce en transformaciones estructurales integrales. Aún así, estos marcos formaron parte de las ideas progresistas y renovadoras de la época, vigentes hasta la actualidad. Afirma una entrevistada:

—Y nos ocupábamos de pensar y de crear cosas, de motivar a la gente. Hacíamos reuniones, para desarrollar el tema de la atención primaria. Íbamos a los centros de salud, armando la posibilidad de

²⁹ Vale complementar esta afirmación con una iniciativa a nivel nacional. En el breve período de gestión -1973-1976- el Frente Justicialista por la Liberación (FREJULI) sancionó la primera ley que tuvo la pretensión de integrar el sistema de salud, desde una perspectiva vinculada a erigir una amplia e integral concepción sobre el derecho a la salud de los trabajadores. La Ley 20748, derogada en plena dictadura militar, creaba un “sistema nacional integrado de salud”, el cual nunca pudo efectivizarse. Hasta la fecha, la fragmentación y posibilidades de integración del sistema sigue siendo una realidad, y una fuente de disputas socio-políticas para el sanitarismo argentino.

trabajar sobre prevención. Recogiendo gente. Viste la gente del Programa Materno Infantil, que estaba medio disgregada. Buscando gente de la misma ideología para ponerse a trabajar. Esa era la tarea. Crear espacios de prevención. Empezar a trabajar en la salud con otra mirada”

Haciendo uso del trabajo de campo de la investigación de Bertolotto, Fuks y Rovere (2012), sobre el mismo período histórico, en el territorio de la Villa 31 en la CABA, una entrevistada afirma sobre esta concepción de la salud:

En el 1968, 1969, en el grupo que se llamaba de Salud Materno Infantil, había un Programa de Educación para la Salud... nosotros teníamos para esto asistentes sociales a disposición. Ellas eran las que tenían que salir. La Villa se podía recorrer en esa época... cada familia recibía cada dos o tres meses una visita de la asistente social, quien controlaba los aspectos médicos, vacunas, leche, y también se daban algunas consignas de Educación para la Salud. Entonces, todo el centro y toda la población colaboraban (2012: 370).

Ambos extractos nos permiten evidenciar la existencia de una salud vinculada a concepciones progresistas, que rechazaran la atención privilegiada en situaciones donde la enfermedad impera, sino que lo haga promocionalmente, intersectorial e interprofesionalmente. Vale aclarar, que en el mismo extracto antes citado, los profesionales parecen persistir en un rol subsidiario, “a disposición” de otros.

Sin embargo, aquella experiencia tendrá que pasar a las organizaciones militantes, o a la misma clandestinidad, cuando se produce el golpe de estado de 1976. Se instaura, en este momento, el terrorismo estatal, la desaparición forzada de personas, el secuestro de cientos de niños, hijes de desaparecidos, la intervención de sindicatos y organizaciones obreras, así como la represión de cualquier demanda colectiva. En materia de respuestas a las necesidades de la población, conquistadas históricamente en políticas sociales, representó también un fuerte retroceso y achicamiento, lo cual incluyó la política socio-sanitaria.

Sobre la expansión en atención primaria a la salud, es de destacar que la militarización de las villas, la expulsión de sus habitantes para la urbanización forzada de los territorios, y la persecución de militantes, generó la necesidad de eliminar de estos espacios cualquier forma de intervención que genere espectadores del terrorismo de Estado. Sumado al ajuste y retroceso en materia de conquista de políticas sociales, la expansión de la estrategia de atención primaria a la salud vio su límite.

—Bueno, después vinieron los militares. Y entonces, esa parte lo desintegraron (Programa materno infantil) y a mí me mandaron a trabajar ahí con algunas asistentes sociales que estaban del tiempo del... había un Departamento de Servicio Social...”

—...después cuando vinieron los militares, todos los días iba a trabajar para fichar, para que no me echaran, pero estaban los tipos con ametralladora ahí en la entrada... nombraron a un tipo... no me lo voy a olvidar. Que era un médico de La Bancaria y que tenía alguna relación con los milicos. Empezaba por hacer estudios demográficos... claro, porque no se podían hacer muchas olas. Él me trataba de

cuidar para que no desapareciera. Y si iba a la villa a vacunar con los médicos, me decía “usted se queda”.”

Entonces, el desarrollo territorial de la atención de la salud se vio sencillamente impedido. Dentro de los muros hospitalarios, la intervención estatal fue igualmente categórica: desarticular las conquistas obreras mediante la negación del principio de gratuidad y la intervención ideológica sobre la noción de “derechos sociales” para lograr la mercantilización de la salud. Afirma una entrevistada:

—...Las trabas vinieron cuando empezó Cachiatorre como intendente... instituye (hasta ahí veníamos bien) que la gente... había que tomarle la Declaración Jurada, ... darle el carnecito de identificación y demás, como diríamos hoy, certificado de pobreza. Pero había que hacerlo o hacerlo”

El arancelamiento de las prestaciones parece implementar, con fuerza de ley, aquello que permanece, hasta hoy, en el sentido común. Es decir, que las prestaciones vinculadas a la salud son mercancías que deben ser costeadas por quienes las necesitan. La eximición de pago (aquel certificado de pobreza, que en diversísimas ocasiones permanece hasta la actualidad como potencial acción en la intervención profesional), aunque pueda realizarse a toda la población que así lo requiera, implica el reconocimiento de dicha mercancía, y en todo caso, la falta de capacidad de pago de parte de las personas. Sin embargo, pagando la prestación, o accediendo a una eximición, se impone, exitosamente, la mercantilización de la salud.

El proceso de mercantilización se produce mediante la Ordenanza N° 33209³⁰ en noviembre de 1976, la cual prevé tres formas de “mejorar” las prestaciones sanitarias: primero, generando mecanismos de cobros al resto de los subsectores cuando los usuarios cuentan con los mismos (es decir, cuantificando las prestaciones y trasladando su costo a las obras sociales). Segundo, realizando convenios para la coordinación de la atención entre distintos subsectores (entendiéndose como formas de privatización y tercerización en los establecimientos sanitarios). Tercero, arancelando las prestaciones de la órbita municipal directamente para la población. Aquello cobraría sentido en tanto: “*permitirá acelerar el proceso de recuperación asistencial municipal para beneficio de todos los habitantes, ya que permitirá a este municipio disponer de mayores recursos financieros para tal fin*” (Ordenanza 33209, 1976: Considerandos). Asimismo, la legislación informa sobre la necesidad de diferenciar la población, y establecer ciertas excepciones, entendiendo como “*primordial la atención sanitaria sin cargo para los sectores más necesitados*” (Ordenanza 33209, 1976: Considerandos).

³⁰ Disponible digitalmente en el portal del Boletín Oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/34252>.

—Todos. Si tenía obra social, le poníamos "obra social". Tenía que mostrar el carnet, obviamente. Y el que no tenía, no tenía. No teníamos para controlar. Y le dábamos la validez por tres meses o por seis meses de cobertura sin cargo. O sea, con acceso a todo sin pagar”

—Lo que se pagaba era un bono de cooperadora, no había otra cosa. En algunos casos empezamos a averiguar y a pedir que si no podía ser por un año. Que no, que no, que no...”

Es de destacar que la eximición de pago se erige como una actividad eminentemente ideológica: se produce una excepción allí donde previamente existía la gratuidad como regla. Sumado a eso, por la falta de instrumentos que viabilicen los cobros y la rendición de los mismos, el arancelamiento y la eximición parecen vincularse con un escenario moralizante, donde los usuarios comienzan a aceptar que la salud es una mercancía, y que son ellos mismos quienes individualmente presentan dificultades para su pago.

De hecho, si bien el arancelamiento permanece durante todo el gobierno dictatorial, hasta enero de 1984, la intervención de los SSH para la constatación de formas de coberturas complementarias a la meramente estatal, se dio durante largos años más en la mayor parte de los dispositivos de atención. Con esto se afirma que la mercantilización e individualización de la responsabilidad económica por sobre las prestaciones sanitarias fue profundamente efectiva, y que los SSH, por diversas razones, permanecieron vinculados a la realización de dichas tareas.

La mercantilización de la salud, no se dio en un contexto en que la apelación a la realización de ciertas tareas o el rechazo de las mismas de parte de los trabajadores, implicara ciertas garantías a la expresión de la disidencia. El terrorismo de Estado se instaló y se visibilizó en las instituciones estatales, y en los mismos hospitales, imperó el peligro por los puestos laborales, por la vida de los trabajadores, y por la vida de los usuarios.

En ese sentido, se produjeron cesanteos y transferencias de trabajadores que, por la razón que fuera, se entendieran “peligrosos” para la “doctrina de seguridad nacional”. Es de destacar trabajos como el de Bertoia (2013) sobre la atroz intervención e instalación de un centro clandestino de detención en el Hospital Posadas. En la investigación se destacan los siguientes extractos sobre la intervención y la posibilidad de continuidad en los puestos laborales de las trabajadoras sociales de dicho servicio social: *—En cuanto al trabajo concreto, creo que lo abandonamos porque estábamos planteándonos cómo sobrevivíamos y qué pasaba con nosotros”* (Bertoia, 2013: 3). Asimismo, averiguando si era seguro concurrir al trabajo, una trabajadora social realizó un llamado desde un teléfono público antes de exponerse al ingreso: *—Señora, su trámite no está y no va a estar por mucho tiempo”*. Pflüger

entendió el mensaje de su compañera, no volvió al Hospital y, meses después, también partió al exilio” (2013: 4)

En una de las entrevistas realizadas, una visitadora de higiene afirma sobre una compañera de trabajo:

—Nosotros tuvimos de compañera a (...). Una chica que era 100% peronista. No era guerrillera, no era comunista, ni troskista. Ella era peronista. Y un día no viene al hospital, no va al hospital, Y averiguamos: "no tienen que preguntar, no se puede". Coincidió además que teníamos un Director (...) fue al Hospital a cortar cabezas. Ahí es cuando desaparecieron estas personas que yo te digo. Hasta que la administradora del Hospital es la que nos da la noticia de que sí estaba, estaba detenida en una comisaría porque la habían encontrado haciendo pegatinas en calle. Pero, dice, sobre peronismo, no con otras cosas”

La entrevistada no sólo hace referencia a una detención, y a las caracterizaciones imperantes respecto de la concepción de los militantes políticos, sino también a la vinculación entre Direcciones y la realización de tareas vinculadas al control y disciplinamiento de los trabajadores, incluyendo las más atroces consecuencias en el contexto de dictadura militar. De hecho, en el registro de centros clandestinos de detención³¹, el Hospital Borda figura como un espacio que albergó dichos lugares de torturas y asesinatos, en el propio sistema de salud.

Sin embargo, el terrorismo estatal no sólo se evidenciaba entre los trabajadores, sino también en el marco de la intervención profesional:

—...yo me acuerdo, un día nos internan tres chicos ¿qué tienen? No tienen nada. Los trajo la Gendarmería. No me olvido más de eso... te la hago corta, buscarles parientes pero los chicos no te hablaban... sabiendo cómo venía la historietita: a los padres se habían llevado. Eh, dicen: lo que pasa que a mis tíos vinieron unos militares y se los llevaron. "Qué mal, qué mal, ¿pero vos los viste? Estaban tristes, lloraban, les pegaron, ¿les hicieron algo?" "No, no, no, se los llevaron a empujones"... estuvieron varios días hasta que hubo un juzgado que intervino, aparecieron abuelos, se identificaron... con mucha tristeza”

—...Veíamos cuando venían... que vos decías ¿pero a vos te parece? Traían madres que estaban presas y demás, que venían a ver a los hijos. Entonces uno los veía cuando venían que las traían esposadas, con las cadenas, con todo. Ni siquiera ahí adentro las dejaban libres. Eso sí, entraban a la sala a ver a los hijos, eso sí las dejaban”

La trayectoria laboral en contextos de dictadura o la atención de detenidos-desaparecidos, y sus hijos, en el propio sistema de salud de la CABA es una línea de investigación en sí misma que no fue abordada con profundidad en esta producción. Aún así, se incluye a los fines de comprender la integralidad de lo que significó para los SSH la intervención en el marco de un genocidio estatal, y por lo tanto, el contexto en que se abordó

³¹ El listado de los mismos se puede revisar en el siguiente link: http://www.jus.gob.ar/media/3122963/6_anexo_v_listado_de_ccd.pdf

la realización de eximiciones de pago para el arancelamiento de las prestaciones. Se evidencia en las entrevistas, y es de suponer, la pluralidad de posiciones ético-políticas alrededor de todas las situaciones hasta aquí descritas, pero lo inapelable del terrorismo de Estado se erige como implacable y totalizador. Sin embargo, siendo la tarea preguntarnos por la pluralidad de posiciones, y por las disputas al interior de la profesión, en sus formas de pensarla y hacerla, es que estos elementos ilustran, siempre, diversidades posibles.

Siguiendo lo anterior, destacamos las diferentes formas de comprender el acontecer en el Estado, la fuerza de norma de lo que allí se establece, o la identificación de intersticios como forma de vehicular acciones alternativas a las que se le demanda a la profesión.

—Y eso es como todo, querida. Las asistentes sociales "ay, porque nos hacían arancelar". Entonces habían asistentes sociales que "nombre, apellido, qué se yo" llenaban los formularios de arancelamiento. Otras que usaban eso para hablar con la gente, tratar de solucionarle los problemas, y ponían que no puede y listo. Y otras, "no, no! usted tiene, gana tanto, tiene que poder!". ¿Entendés?"

La posibilidad de hacer, o no hacer, lo que dicen las normas o el personal jerárquico, como veremos, será un eje que atravesará todos los períodos históricos delimitados. Más que dar cuenta de coyunturas específicas que se explican en los actores y posibilidades para la acción, entendemos se vincula con las concepciones sobre el Estado, la autoridad y la legalidad, y su devenir en acción.

Si bien la invitación a la desobediencia, en este momento, está radicada en la necesidad de producir rupturas en el rol subsidiario que la profesión ejercía, en cada momento encontrará un repertorio similar. Lo reaccionario, el conservadurismo, el progresismo, el reformismo, los componentes revolucionarios, discuten permanentemente. En este período, el conservadurismo se disputaba con los elementos renovadores mediante la idea de combate a la subsidiariedad, en nombre de la necesidad de jerarquización profesional.

III. “Hacer la democracia”: reformas en el SES y luchas por la renovación e institucionalización de los SSH

El período anterior cierra con la caída de la última dictadura militar en el país. Para 1982 se produce la derrota de las fuerzas militares argentinas en la guerra de Malvinas, dejando centenares de personas muertas y heridas como corolario de la misma, engrosando las ganancias de la industria bélica, pero produciendo una estrepitosa baja en el consenso social. Para el fin de ese mismo año, la “institucionalización” de la democracia formal comienza a ser objeto de debates y construcción con las fuerzas políticas presentes, entre ellas la alianza

–multipartidaria nacional”, que reunía a los principales partidos políticos del país, como el peronismo y el radicalismo.

Entre las discusiones vinculadas a la situación económica, militar, de política internacional, se encontraba una de mayor relevancia. Esta es, la actitud general a tomar respecto de las decenas de miles de detenidos y desaparecidos. En Argentina, finalmente, se produjo por diversas coyunturas y reivindicaciones logradas, los juicios a las Juntas Militares. Aquello marcó una situación distintiva con el resto de la región. Sin embargo, hasta el día de hoy persisten debates que permean discursos y concepciones vinculados a comprender cabalmente la violencia y la represión generalizada y sistemática en manos del Estado como –genocidio”, –terrorismo de estado”, –violencia institucional” (o también, en las posiciones reaccionarias, –guerra”, –guerrilla”, –combate a la subversión”).

Para este momento, se encuentran expresadas por parte de las organizaciones de Derechos Humanos (donde se nuclearon la mayor parte de los militantes) las exigencias de verdad, justicia, y restitución de las personas desaparecidas. Es de destacar que los movimientos de mujeres tienen una enorme relevancia, siendo éstas, madres y abuelas, las referentes políticas de las organizaciones de Derechos Humanos de la época (hasta la actualidad). En consonancia con dicha organización, se registran una serie de conquistas del período, como la patria potestad compartida, el divorcio y la puesta en agenda pública de los derechos sexuales (que tendrán mayores conquistas efectivas en los siguientes años, como veremos con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del año 2002).

Luego de intentos desde las juntas militares, vinculados a un cierre del período que incluya la impunidad y la amnistía de sus delitos; por presión popular, de la opinión pública, y el accionar de las organizaciones de derechos humanos y partidarias, se produjeron las elecciones. En ellas resultó electo el partido radical, centrado en una figura de Raúl Alfonsín, vinculado a la ética democrática y a la defensa de los Derechos Humanos. La restitución del Congreso, en Diciembre de 1983 inaugura con la derogación de la ley de auto-amnistía de las juntas militares, que poco antes habían logrado sancionar. Asimismo, se produjo la creación de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP) en 1983 y la presentación del informe titulado –Nunca más” en 1984. Estos elementos pusieron de manifiesto –al menos inicialmente-, de forma generalizada, el alcance del genocidio y del terrorismo sistemático y generalizado a la población, de parte de las estructuras estatales. Sin embargo, en aquel contexto, pero con el contrapeso de mayores presiones de las juntas

militares, la formalidad de la democracia prevaleció. Se sancionaron las conocidas leyes de “punto final” y “obediencia debida”, que limitaban el juicio a las mismas juntas.

Si bien la reconstrucción de la democracia tuvo un primer momento progresivo, y como se vio, un segundo momento de alianza regresiva por sobre las necesidades de memoria, verdad y justicia del pueblo en general; la estructura material societal fue, en todo el período, de crisis. Esto se evidenció en la creciente inflación (llegando a una “hiperinflación” entre los años 1989 y 1990), endeudamiento externo, aumento de la desocupación, baja salarial y aumento de la pobreza. En este sentido, y recuperando la anterior reconstrucción, se acuerda con vincular la existencia de dictaduras militares en el cono sur americano con el disciplinamiento de la clase trabajadora a través de múltiples estrategias. Las mismas se expresaron en la represión y desaparición, en la fractura de sus organizaciones colectivas, la heterogeneización de la clase que vive del trabajo, produciendo las condiciones para la aceptación de la pérdida de derechos sociales históricamente adquiridos, y la apertura de un período especulativo y desindustrializador en materia político-económica (Villarreal, 1985).

Resulta de importancia, entonces, destacar que en materia de intervención estatal se produjeron –en los gobiernos justicialistas de Carlos Menem- la primera y segunda reforma del Estado, que incluyó un paquete contundente de ajuste en detrimento de la calidad de vida de la clase trabajadora (García Delgado, 1997). Se instauró, para la resolución de la crisis, las siguientes medidas: privatizaciones, descentralización y transferencias de servicios públicos –sin presupuestos acordados-, precarización y flexibilización laboral, estados permanentes de emergencia (lo que permitía dar respuesta a las más sentidas necesidades sociales sin presupuestos acordados o existencia suficiente de servicios) y endeudamiento.

En materia de análisis de las transformaciones de las políticas sociales, en este momento histórico se consolidan las reformas iniciadas en los años setenta. Esto es: si marcábamos la mercantilización, precarización y focalización en “la pobreza” en las reformas sanitarias de la época, en los años ochenta y noventa estas tendencias se formalizarán. A lo largo de los siguientes títulos, veremos esas mismas categorías asentarse como modo de intervención estatal en las políticas socio-sanitarias. Acordamos entonces con López (2019) cuando afirma que las reformas en el Estado neoliberal responden a adecuaciones del proceso productivo, requiriendo la retracción del mismo. Si la pobreza y la desocupación representan, para la época, las mayores expresiones de la cuestión social; las políticas se centrarán en la lucha contra la pobreza. Esto será: políticas de provisión de bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades básicas, transferencia de la organización y planificación comunitaria, familiar y organizacional, y la individualización de la protección social.

Entonces, veremos más adelante como las tendencias registradas en los años setenta emergerán internacionalmente en documentos de actores como el Banco Mundial, así como el Estado nacional y local producirán reformas regresivas en materia laboral y sanitaria. Veremos los movimientos de restricción de las políticas socio-sanitarias universales hacia las focalizadas en “la población pobre”. De la misma manera veremos la reducción de la cartera sanitaria del Estado nacional hacia el de la CABA, por ejemplo, mediante el proceso de descentralización. Asimismo, analizaremos las políticas de precarización en materia de derechos laborales, entre otras tendencias que se produjeron históricamente. En síntesis, afirmaremos para la década venidera:

A nuestro juicio, los años 90 diseñan y consolidan un nuevo modelo de atención a la pobreza y hacia los sectores denominados en riesgo y/o vulnerabilidad social; mantenido una línea de continuidad sostenida en la estructura asistencialista del Estado... que apunta a garantizar una red mínima y básica de bienes y servicios tendiente a contener los niveles de desempleo y pobreza (López, 2019: 19).

Resulta importante, entonces, destacar que la reconstrucción democrática fue una reivindicación y necesidad para derrotar las estructuras militares en la dirección del Estado. Asimismo en nuestro país el posicionamiento de los partidos formales democráticos en la vuelta a la democracia fue tensado por las presiones populares por la necesidad de justicia, que devino en los históricos juicios a las juntas, pero que finalmente se detuvieron, para acompañarse con los retrocesos en materia de derechos sociales y la situación socio-económica en general. Entonces, si bien el período comienza con la conquista de las más relevantes reivindicaciones en torno a la democratización, la institucionalización de las mismas deviene en la burocratización de las demandas, para su posterior retroceso en materia de derechos adquiridos. Esto se expresará con gran intensidad en las reformas del Estado, tendientes a readecuar las necesidades del modelo productivo a la estructura del mismo. En particular, implicará transformaciones regresivas en materia de derechos sociales y políticas sociales. Es de relevancia marcar este vaivén dado que la reconstrucción histórica en materia socio-sanitaria en la CABA, y en particular, en los SSH, acompañará dichos movimientos.

a. Reformas sanitarias y proceso de inserción ampliado del Trabajo Social en el espacio socio-ocupacional

i. *Relevancia del gobierno nacional en el sub-sistema de salud de la CABA*

El Estado nacional, previo a la reforma constitucional del año 1994, continúa influyendo directamente en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires. En ese sentido, y en

materia de regulación del sub-sistema de salud de la misma jurisdicción, sus acciones impactan directamente en el devenir de la atención sanitaria.

A pocos meses de iniciado el primer gobierno de Alfonsín, se decreta la derogación de los aranceles hospitalarios, estipulando dejar sin efecto los cobros directos a usuarios. Quedará vigente, hasta el día de hoy, la búsqueda de recursos a partir del cobro de servicios a las prestadoras de quienes cuenten con obra social. Asimismo permanecerá en un estado de permanente tensión la tercera vía de obtención de recursos de parte del sub-sistema de salud estatal de la CABA. La realización de convenios para la limitación de las jurisdicciones de atención, y la tercerización de servicios con instituciones privadas, son iniciativas que cuentan con un avance considerable, a la par que se realizan solapadamente, no pareciendo contar con un gran apoyo o viabilidad política para su total concreción³².

Como se evidenció, la decisión gubernamental permitió limitar los alcances regresivos de la Ordenanza dictatorial, que erigió los cobros directos de prestaciones, generalizó la obtención de recursos a partir de las obras sociales, y propició la realización de convenios entre jurisdicciones y sectores. Limitó la primera iniciativa, a través de un decreto, y dio continuidad al resto, registrándose un quiebre parcial con la legislación vigente.

Sumado a lo anterior, el acatamiento de la norma no fue directamente aceptada, sino que los hospitales habrían propiciado que permanezca aquel flujo de ingreso monetario. A través de las Cooperadoras, se propiciaba una caja particular de cada hospital, que permitía aumentar el nivel de autonomía institucional. Allí se disputarían formas de acceso de los trabajadores al uso de la misma, así como la direccionalidad de dichos ingresos. Sobre la decisión de efectivizar la gratuidad de las prestaciones, una de las entrevistadas afirma:

—Las declaraciones juradas teníamos parvas así de papeles que después yo creo que se quemaron, desaparecieron. Pretendieron que se siguieran haciendo y nosotros dijimos "no, no se hace más"."

De la misma manera en otro hospital se evidencia la continuidad del cobro de prestaciones a todos los usuarios vía la cooperadora hospitalaria, no pudiendo prevalecer, desde el Servicio Social, un correlato de resistencia o pretensión de efectivizar el decreto que impedía dicha acción de parte de la dirección. Afirma la entrevistada, referenciando la década del noventa:

³² Ejemplos de lo anterior se evidencian en nuestra actualidad, en ciertos servicios de salud instalados en coordinación con el ámbito privado: los convenios de residencia permanente en espacios privados para usuarios de obras sociales estatales (PAMI, Incluir Salud), los servicios de resonancia magnética en los hospitales de la CABA (siendo prestadores privados en el espacio público – estatal), los proyectos de coordinación con el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) para la limitación del uso compartido de recursos sanitarios por residentes de la Provincia de Buenos Aires que se atienden en la CABA, entre otras iniciativas.

“al persona si tiene obra social, si no tiene obra social, si puede pagar, si no puede pagar”. Era un momento en que había algún bono de la cooperadora, además... Era algo que había pedido la Dirección y se accedía a lo que pedía. En esta onda de no entrar en conflicto → bueno, es lo que pide”.”

La “vía jerárquica”³³ es una concepción nativa en el sistema de salud (probablemente generalizable al empleo estatal en general) que impone el mandato de quienes tienen cargos superiores al de otre. Los mismos se erigen con fuerza de ley, a pesar de que los trabajadores del subsistema de salud cuentan con marcos que propongan y habiliten otra vía de acción. Es decir, si los trabajadores cuentan con marcos regulatorios garantistas, pero las jefaturas no habilitan o impiden su aplicación, probablemente se establezcan allí serias dificultades para su aplicación. Si bien las legalidades resultan de gran importancia para los trabajadores, las mismas no parecen transformarse en instrumentos para el debate y lucha de ideas y devenires de la acción. En ese sentido se impone cotidianamente el criterio de la “vía jerárquica” para la toma de las decisiones.

El acatamiento de diversas formas de autoridad, la puja de intereses en las posiciones que se asumen y en el desarrollo de lo que es considerado necesario de hacer en los Servicios Sociales, serán variables que caracterizarán las dinámicas de estos dispositivos. Son elementos que permiten diferenciarlos, comprender las tensiones por las que atraviesan para tomar decisiones colectivas de diversa índole, produciendo transformaciones en el quehacer hospitalario, y produciendo relaciones diversas entre los SSH y con el resto de los servicios, incluyendo relaciones más o menos conflictivas con las direcciones de las mismas instituciones.

Siguiendo con la regulación de la órbita nacional, identificamos dos fuertes impactos más, previos a la reforma constitucional del año 1994, la cual afirmó a la jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires como un gobierno autónomo (CN, 1994: Art. 129). Cabe destacar que esta jurisdicción elaborará su propia constitución para el año 1996, y comenzará a dictar una serie de normas propias del sector sanitario.

Sin embargo, la autonomía de la CABA se produjo con dos características previas instaladas –y aceptadas-. Primero, las consecuencias de la llamada “primera reforma del Estado”, que instaló las privatizaciones como principal política gubernamental, y que se complementó con una serie de normas que ajustaban las cuentas estatales a partir del ataque al empleo de la clase que vive, justamente, del trabajo. La ley 23697 del año 1989, llamada de

³³ La referencia da cuenta de la estructura de responsabilidades en las carteras estatales, encontrándose los trabajadores en la base de una forma piramidal, y encontrándose en lo más alto la figura de le Ministre de Salud, y hacia abajo los sucesivos cargos que van desde funcionarios de rangos altos y medios, y jefaturas de trabajadores, y finalmente trabajadores de base. La “vía” jerárquica da cuenta del camino de responsabilidades, que lejos de establecerse de modo propicio para una efectiva división de tareas, se transforma fundamentalmente en una forma de ejercer la autoridad. Esto es, propiciando (real o imaginariamente) la eliminación de autonomía en las bases, y saturando todas las decisiones hacia arriba.

–Emergencia Económica” dictaminó una serie de medidas regresivas tendientes a la liberalización económica, en materia de tratamiento de las inversiones extranjeras (negando la protección de los capitales nacionales), la eliminación de subsidios y subvenciones a empresas, la independencia del Banco Central de la República Argentina a través de la reforma de su carta orgánica, entre muchas otras. Importa destacar principalmente aquellas pertenecientes al capítulo XVIII de la misma ley, que fragiliza enormemente las condiciones laborales en el empleo público.

La Ley de Emergencia Económica regulaba directamente el empleo público en la Ciudad de Buenos Aires puesto que hasta ese momento formaba parte de los territorios nacionales, previos a la reforma constitucional antes mencionada. Propició la prohibición de la contratación o designación de trabajadores estatales, la suspensión de la actualización salarial vía paritarias, para redirigirlas a los ámbitos de aplicación unilateral por decreto o legislación³⁴. Aquello significó, que los antecedentes inmediatos a la conquista de la regulación de una “carrera profesional” propia del sub-sistema de salud, como se verá más adelante, contengan la reducción de los servicios hospitalarios –que por jubilaciones, decesos, creación de nuevas estructuras- no incluían la contratación y renovación de trabajadores. Una entrevistada referencia a este momento:

–Y estábamos en época donde Cavallo hablaba de la emergencia económica... dejaron de tener... no es que dejaron de tener partidas. Eran de jubilaciones, y decían que si no se habían jubilado hasta tal fecha no se renovaban esos cargos. Por lo tanto, los concursos dieron vueltas y vueltas, lo desarchivamos en algún momento y demás, y nunca salieron”

Sumado a esto, las reformas del Estado avanzaron en las pretendidas reformas laborales, instalando diferentes formas de precarización laboral. El análisis regulatorio de este momento muestra una serie de decretos que se suman a la Ley de Emergencia Administrativa, que intervienen directamente en la administración pública (decretos 1757/90, 2476/90 entre otros) restringiendo las negociaciones colectivas, limitando los alcances de los convenios colectivos de trabajo, produciendo rebajas salariales, deteniendo el crecimiento de puestos laborales en la misma administración, e instando por el acogimiento al régimen de retiro voluntario. Sobre los elementos mencionados, se destacan algunos pasajes de entrevistas:

³⁴ A propósito de las transformaciones productivas mundiales suscitadas a partir de la década de los setenta, López (2019) afirma la necesidad de adecuación estatal a la misma, a través de un proyecto político ideológico nominado “neoliberal”, que pretendió la modernización del Estado como eufemismo de dicha adecuación. En este sentido, las reformas estatales, y su impacto en el desempleo y precarización laboral, se encuentran analizadas en las reflexiones de la misma autora: *–La clase que vive de la venta de su fuerza de trabajo sufrió directamente el retroceso en materia de derechos laborales y sociales y las nefastas consecuencias del proceso de desregulación, desprotección y flexibilización laboral que se consolidó, luego, en la década del ‘90 en las particularidades de nuestro país”* (2019:17).

—Nos agarró el retiro voluntario. Y con el retiro voluntario se fueron dos colegas... Se fueron con el menemismo... la segunda reforma del Estado. Y eso fue reducción de planta”

—Yo me acuerdo que yo era re pobre en ese momento... qué época, ¡por favor! teníamos unos sueldos miserables, ¿eh? Uno se ponía en el lugar... generaba también mucho conflicto porque los sueldos no se aumentaban hacía un montón de tiempo... había gente que cobraba más, porque ya había quedado cuando en ese momento que se congelaron, en una categoría más alta por la antigüedad que tenían, y todos los que vienen en determinado momento siguieron cobrando lo mismo 14 años, ¿entendés?”

—... en un momento que no hubo más paritarias, en la década del 90. Entonces ponele, gente que había entrado en el año 94, era el año 2004 y cobraba lo mismo más o menos. No había paritarias. Entonces era realmente... y bueno, la situación social era esa también, ¿no?”

Estas disposiciones afectaron gravemente a los SSH, y a la incorporación de trabajadores sociales en nuevos centros asistenciales. Significó, como antedicho, la falta de sustanciación de concursos, y por ende la pérdida de dotación por jubilaciones y por el régimen de retiro voluntario. El objetivo estatal, de reducción de las plantas funcionales del Estado, redundó para los servicios sociales en un elemento que impactaría en los procesos de trabajo, por lo que, en este momento, la renovación de perfiles profesionales conviviría con el ataque a las condiciones laborales.

Más adelante re-trabajaremos esta situación, puesto que para los debates profesionales, dentro del Trabajo Social, este momento histórico también significó una conquista. Esto es, la ampliación de titulaciones permitidas para el ingreso a la Carrera de los trabajadores de la salud, terminando con décadas de hegemonía exclusiva de las visitadoras de higiene. Así se produjo una primera renovación, más centrada en el plano de lo formal, y relativamente en la realidad del SES, en el perfil profesional de los SSH, en conjunto con la ampliación de la inserción en los centros de salud. La conjunción de ambos elementos —la reducción de dotación y las transformaciones en el perfil profesional— son los que explicarán, con mayor complejidad, las transformaciones en las dinámicas de atención a la demanda institucional.

El segundo elemento a tener en cuenta previo a la autonomización de la CABA, es el de las transferencias de servicios nacionales a jurisdicciones de menor nivel. En diciembre de 1991, se produce la transferencia de hospitales nacionales a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (sustanciada en la ley nacional 24.061). En consonancia con las pretensiones de la reforma del Estado, la estrategia de descentralización en los años noventa apuntaló criterios de una administración central (en este caso, de lineamientos sanitarios de la política estatal) con una ejecución descentralizada, en una lógica de “gerenciamiento social” (López, 2019).

Concretamente, el convenio de transferencia de establecimientos asistenciales propiedad de la nación, del año 1992, efectiviza el traspaso, dotando a la Municipalidad de un

mayor número de hospitales a su cargo. Así también de trabajadores estatales, de nuevos actores gremiales y de un aumento de servicios. Esto no se dio teniendo en cuenta las necesidades de un sub-sistema de salud en la CABA integralmente concebido, sino que se anexó a las prestaciones ya existentes. Se sumaron hospitales de las mismas características a pocos metros de distancia, como es el caso del Rivadavia y el Fernández, así como una pluralidad de hospitales especializados, produciendo aquella nueva complejidad en la CABA.

En ese sentido, es comprensible la cantidad de hospitales especializados con los que contaba el gobierno nacional, ofreciendo apoyatura de este tipo a los centros asistenciales provinciales y municipales de todo el país, aunque emplazados en el territorio de la CABA – por su rápida conexión con el resto del país-. Ahora bien, a partir de la municipalización se entiende la presencia de servicios especializados en la Ciudad de Buenos Aires, que no fueron creados para asistir exclusivamente a la población de la misma jurisdicción, sino que su alcance fue concebido a nivel nacional. Sin embargo, pasados los años de dicho traspaso, los servicios especializados pasaron a ser vistos –por las estructuras gubernamentales- como estructuras demasiado grandes y costosas para la población de la CABA, instando por su ahogamiento por falta de inyección de presupuesto y modernización, así como por el impedimento a su proyección nacional –tal y como fueron conquistados-.

Provieniendo entonces de trayectorias institucionales y de organización de los trabajadores en el ámbito nacional, en estas instituciones se encuentran servicios sociales de menor tamaño en cantidad de profesionales, también con otras trayectorias formativas y organizativas de las que se reconstruyen en el anterior momento histórico, y por lo tanto sus disputas contemporáneas pueden también diversificarse. Debido a las particularidades de estos servicios sociales, es que la muestra seleccionada para el presente estudio incluye los nueve hospitales de agudos o especializados de creación del propio gobierno o municipalidad de la Ciudad, que cuentan con servicios con la complejidad de incluir trabajadoras sociales en planta permanente, jefaturas intermedias y de servicios, así como formación de residencia. Veamos en el próximo apartado los procesos de trabajo que desarrollaron los trabajadores sociales de los SSH seleccionados.

ii. El mapa institucional del Trabajo Social en la salud de la CABA: movimientos y reformas del espacio socio-ocupacional en el contexto de ajuste estructural

Para el año 1986 se sintetizan, en dos marcos legales, reivindicaciones históricas de asistentes y trabajadoras sociales. Asimismo se produce una alianza entre todos ellos y las

visitadoras de higiene, generando un proceso que tendió a la renovación de los SSH, así como la ampliación de su inserción en el SES.

Resulta relevante que el régimen para el ejercicio de la profesión, en la Ciudad de Buenos Aires tuvo una sanción apenas reabierto el régimen formal democrático. También tuvo una regulación directamente relacionada con el proceso de sanción, en el ámbito municipal, de la ordenanza que estableció la carrera de los profesionales de salud en la misma jurisdicción.

Para los trabajadores sociales, y especialmente para aquellos en los SSH, todo lo anterior requirió un seguimiento exhaustivo de ambos procesos, debiendo establecer alianzas, tomar decisiones, crear dispositivos para la expresión de sus demandas, y desde donde fortalecer sus posiciones³⁵.

En septiembre de 1986, producto de las reivindicaciones y conquistas –parciales, vale aclarar- de los trabajadores, se aprueba la ordenanza que establece la carrera municipal de profesionales de salud. Asimismo se promulga en octubre de 1986, y se publica en noviembre del mismo año. Este proceso se da en la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y resulta en una conquista para el colectivo ampliado de Trabajo Social, puesto que incluye una pluralidad de titulaciones como profesiones habilitadas para el ejercicio profesional en el ámbito del SES. Incluye, entonces, a las visitadoras de higiene, los trabajadores sociales, asistentes sociales y licenciadas en servicio social (Ordenanza 41455/1986, Art. 1).

Es de destacar que la titulación de visitadoras de higiene podría haber sido objetada como una de grado universitaria, por su menor duración en el ámbito de la formación en la Facultad de Ciencias Médicas. Asimismo resultaba de relevancia –para los integrantes de los SSH- establecer un piso para la garantía de ingreso de quienes se encontraban desempeñando el ejercicio profesional hace décadas. Parece haberse saldado toda duda al aparecer, días después, en la sanción de la ley de ejercicio profesional del Trabajo Social, como una profesión universitaria. Una entrevistada afirma:

—...yo estudié en Medicina. O sea, soy de las viejas Visitadoras de Higiene Social. Que después en la tarea, en la práctica, éramos iguales. Éramos algunas visitadoras y teníamos otras colegas Asistentes Sociales. Con la ley nos equiparamos todos...”

Ahora bien, es una hipótesis coherente afirmar que las visitadoras de higiene fortalecerían su grado universitario al homologarse, de hecho, con el resto de las titulaciones en la carrera de profesionales de la salud, y en ese sentido, podría convenir su inclusión. Sin

³⁵ En el tercer capítulo se trabajarán especialmente los contenidos, las formas, características y procesos de la organización colectiva en nuestra profesión, por lo que en esta reconstrucción de la procesualidad histórica será importante sólo establecer algunos resultados de aquella organización.

embargo, es necesario retomar que hasta este momento histórico, las incorporaciones de otras titulaciones habían sido fuertemente rechazadas por las mismas visitadoras de higiene.

Al mismo tiempo, la obtención de una ley de ejercicio profesional para los trabajadores sociales continuaba siendo un ámbito de disputa y de reivindicación para el reconocimiento e ingreso a espacios socio-ocupacionales. Si bien la ley lograda no se promulga en el ámbito de la municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, sí impacta en la regulación del ejercicio profesional en ese territorio. Asimismo, su directa vinculación con la carrera profesional en salud requiere que ambas presentaciones se realicen de forma conjunta en este apartado, aunque la sanción de la regulación se haya producido en el Congreso Nacional.

La ley de ejercicio profesional se sanciona en septiembre de 1986 (catorce días después que la carrera municipal de profesionales de la salud), tras cuatro proyectos de ley frustrados y veintiséis años de disputas alrededor del universo de titulaciones que incluyera cada proyecto (Bravo, 2011). Los mismos fueron hábilmente detenidos y frustrados antes de lograr su sanción, puesto que cada uno de ellos excluía a las visitadoras de higiene, así como el resto de las titulaciones provenientes de la Facultad de Medicina de la UBA.

Aquello generaba un enorme movimiento en los SSH, propiciando la organización y disputa de parte de las visitadoras de higiene para, por un lado, lograr ser incluidas en la carrera municipal de los trabajadores de la salud, así como, y al mismo tiempo, ser incluidas como profesión universitaria matriculable por la sanción de una nueva ley de ejercicio profesional. La alianza parece haber permitido, la inclusión de las visitadoras de higiene, como parte de las titulaciones universitarias, en la carrera profesional como trabajadores de la salud, así como el resto de titulaciones existentes para la misma carrera, que antes eran excluidas para su ingreso a los SSH. Esto último fue principalmente reivindicado por los actores que se organizaron en los antecedentes del devenido “Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social”. Como contraparte, se produjo la inclusión de las visitadoras de higiene en la regulación del ejercicio profesional. Sobre este reconocimiento en las titulaciones, que incluyó el último proyecto de ley que logró ser sancionado, una entrevistada afirma:

—... había dos asistentes sociales que las habían elegido una como supervisora del área de clínica y otra de consultorios. Lo que después fue Jefa de Sección... Siempre escuché "porque las visitadoras..." Ya pasó, el Consejo no nos discriminó, nos avaló, nos pusieron el mismo título, Licenciada en Trabajo Social. Que en definitiva trabajamos todas parejas para lo mismo”

Sobre este proceso, de enorme relevancia para el ejercicio profesional, afirmaremos algunos resultados. Primero, que para organizar y canalizar la demanda de inclusión en la carrera profesional, en este momento se produce, en el año 1984, la creación de la Asociación Profesionales de Servicio Social, con el objeto explícito de lograr dicha reivindicación. Asimismo, la Asociación integrará la Federación de Profesionales de la salud pocos meses después de la creación de la misma carrera, en el año 1987. Esta última se crea, además del mencionado, a los fines de contar con un actor sindical que representara a los profesionales no incluidos en la organización imperante: la Asociación de Médicos Municipales, de mayor trayectoria histórica por el peso que obtuvo la medicina en las anteriores regulaciones del SES. Sobre la creación de asociaciones con características fragmentadas por profesión, y su rol histórico en el SES, una entrevistada afirma:

—Pero no, para qué iba a estar, si ellos eran anteriores, eran una asociación fuerte, tenían personería gremial... No, pero además no nos querían, porque el queso de la salud pública, es uno”

Segundo, en este momento se produce el quiebre de la hegemonía de las visitadoras de higiene como profesión exclusiva en su desempeño en los SSH, incluyéndose como aptas para su ingreso (aunque aquello no se produjo inmediatamente en estos servicios como veremos más adelante) las titulaciones de los asistentes y trabajadores sociales, con una trayectoria formativa distinta al perfil que se constituía en la esfera de la medicina. Esto, aunque mediado por el contexto de profundo ajuste y retracción del empleo estatal, provocaría transformaciones de relevancia para la intervención profesional.

Tercero, la creación de la carrera de los profesionales de la salud legalizaría una diversidad de áreas de inserción, tomando las demandas de ampliación del espacio de atención sanitaria, así como de inserción laboral para los trabajadores de la salud en general. Esta misma cuestión se vería complementada por las mismas reivindicaciones logradas en otras normas (que se irán desarrollando a continuación). Como resultado, los centros de salud, el área de urgencias y los hospitales, serán espacios ocupacionales de igual regulación laboral, donde se insertará la profesión, produciéndose una ampliación de los espacios para el desempeño del Trabajo Social en el SES.

La diversificación de espacios de inserción resulta de una conjunción de intereses y demandas socio-sanitarias. Por un lado, los barrios porteños, especialmente donde se concentraba población con mayores indicadores de pobreza y déficit habitacional (como las villas y asentamientos) venían reivindicando esta necesidad. Es decir, de reconocimiento de salas de atención de la salud creadas colectiva y cooperativamente, o sencillamente la necesidad de creación de las mismas. Al mismo tiempo, los trabajadores de la salud, en la

búsqueda de ampliación y reconocimiento de los procesos de trabajo sanitarios, lograron que la carrera profesional involucre la pluralidad de espacios de inserción. Para el Trabajo Social, la posibilidad de ingresar a espacios laborales estará profundamente vinculada a esta realidad. Sin embargo, antes de adentrarnos en la ampliación del espacio de inserción profesional, resulta de relevancia incluir la creación de un nuevo dispositivo de ingreso laboral, mediado con la formación de post-grado, que será la residencia. La misma se logra para nuestra profesión en el año 1991. Inicialmente contaba con cuatro sedes de formación (en la actualidad son el doble, con mayor cantidad de vacantes disponibles), con dos integrantes por año en cada sede. Sin abordar las estrategias de organización colectiva para la creación de la residencia, veremos los impactos que tuvo en la dinámica institucional de la inserción del Trabajo Social en el SES, y particularmente en los SSH.

Desde diversas miradas, la creación de la residencia implicó un fuerte flujo de renovación y de fortalecimiento del posicionamiento profesional para con el resto de los integrantes del ámbito de la salud. Implicó el ingreso efectivo de una diversidad de titulaciones, que a pesar de que pasaban por un período acotado de tiempo, persistía dicha presencia aunque lo hagan encarnándose en distintos trabajadores. Aquello expresaba no sólo la diversificación, sino el sentido más profundo de la misma, que se centraba en la inclusión de otras trayectorias formativas para el quehacer en los SSH, que pusieran en jaque la instrucción para-médica de las visitadoras de higiene.

Por otro lado, permitía que existieran trabajadores sociales en la esfera del SES pujando por el ingreso estable al mismo. Esto habilitó rápidamente actores que se sumaron a la resistencia y lucha por la efectivización de cargos a pesar del límite que el ajuste estructural imponía, generando la clausura del espacio socio-ocupacional. Asimismo, generaba un flujo de ingreso de profesionales en los centros de salud, siendo espacios que contaban con la decisión política de encontrarse relativamente con mayor apertura para el ingreso. Para eso resultó de relevancia contar con los trabajadores que pudieran reivindicar cargos y lugares para el Trabajo Social en aquellos dispositivos. Vale destacar también, que la posibilidad de contar con residencia en el SES implicaba el reconocimiento por sobre otras profesiones, y por sobre otros SSH que no cuenten con este dispositivo, generando ciertas posiciones privilegiadas para servicios que tuvieran este espacio de formación y trabajo.

Hasta aquí hemos presentado las transformaciones en la regulación laboral y profesional que permitió la renovación de los SSH, en un plano formal. Asimismo, hemos establecido el contexto de ajuste estructural que obturaba las transformaciones citadas. Por último, la creación de la residencia y el ingreso efectivo de profesionales con perfiles distintos

a la para-medicina. Entonces, si bien los SSH se habían renovado formalmente, la posibilidad de ingreso a los mismos estará atada a que se produzcan vacantes y aumentos de dotación, cuestión que se encontraba obturada por la emergencia económica antes citada.

Durante un largo tiempo, las renovaciones fueron escasas y paulatinas, y las posibilidades de transformación del ejercicio profesional fueron relativas, puesto que sí se encontraban mediadas por la creación de los dispositivos de residencia, y por la inclusión de una diversidad de profesionales que se insertaron en distintas formas contractuales precarias. Sobre las formas de contratación por fuera de la reciente carrera profesional, que convivía con una situación de ajuste estructural, una entrevistada afirma:

—La Dra. ... me había dicho: "podemos armar un grupo de asistentes sociales más progre... te doy diez contratos"... hacíamos un grupo operativo, que cada una contaba lo que estaba haciendo, las dificultades que tenían para insertarse en esos servicios sociales. Trataban de generar actividades que los servicios sociales no hacían. Al proyecto le puse "Programa de Trabajo Social en Centros de Salud"."

Asimismo, se contaba con otra figura contractual, que se vinculaba con la estructura asistencial y formativa de la recientemente creada residencia de Trabajo Social:

—...había toda una camada que ingresó cuando nosotras empezamos la Residencia, hubo muchos cargos de lo que se llamó en ese momento "IRPE" Instructor de Residentes de Programas Especiales... porque no había camada de Jefas.... Los IRPE en realidad después cumplían funciones en los centros de salud.... Era una forma de precarización laboral con ese primer pase a planta. Se presentaba un proyecto ..."

Existiendo esta precarización laboral, las resistencias y reivindicaciones no se tardaron en llegar, generando el ingreso colectivo de instructoras, que luego permanecieron en la órbita de los centros de salud, estableciendo espacios de inserción en los puestos laborales recientemente reconocidos. Asimismo, estos pases colectivos a la planta permanente generalmente a la esfera de los centros de salud, obturaban aún más las partidas históricas, generalmente vinculadas a los SSH. En este contexto se efectivizaron pérdidas de dotación hospitalaria y la consecuente reducción de trabajadoras sociales disponibles para integrar equipos de trabajo, para insertarse en espacios de internación, etc.

—... eso no lo podían sostener más. Entonces en vez de hacerlo por concurso, no podían sostener más porque eso genera en determinados momentos presiones, colectivas"

Como expresa la entrevistada, el reconocimiento de la inserción laboral de forma estable y permanente, apareció como una demanda colectiva, que se sobrepuso a los concursos invalidados y las dotaciones perdidas por las jubilaciones y retiros voluntarios, así como por las nuevas inserciones profesionales en los centros de salud. En estas instancias es que se pueden visualizar estrategias vinculadas al logro de las reivindicaciones de los trabajadores por sobre las normas y las pretendidas "reformas del Estado".

Sin embargo, antes de adentrarnos en la ampliación de la inserción institucional del Trabajo Social, centrada en el espacio ocupacional en los centros de salud, resulta necesario sintetizar que los SSH, si bien se encuentran en un momento de renovación formal, o de recuperación de concursos de forma aislada, dichas transformaciones resultan relativas y lentas a lo largo del tiempo.

En aquel sentido, y durante los últimos años de la década del ochenta y década del noventa, la intervención profesional en estos dispositivos permanece con características burocráticas, rutinarias y subsidiarias a las profesiones hegemónicas. Esto se dio en convivencia con ciertas dinámicas que van lentamente abonando a la transformación de los mismos procesos de intervención (la residencia, las contrataciones precarias, y los pujantes centros de salud, que veremos a continuación). Los relatos de este momento proveen cierta caracterización a la vida institucional de los SSH:

—...para el Registro Civil le tenías que dar un papelito de que no podía pagar el documento. Había como ciertas cuestiones, ¿viste? Si tiene obra social, que no... ahora hay una oficina que hace eso ...”

—me acuerdo que en la maternidad se hacía (era una cosa tremenda!) las firmas, donde el adulto tenía que firmar que se hacía cargo de la mamá y del bebe recién nacido y si no, no podían egresar. Chicas de 20 años... Porque la mayoría de edad era a los 21. Entonces era una cosa ridícula... salías de acá y tenías que ir a la Defensoría a llevar papeles. Había mucha carga administrativa en el laburo”

—...estaba vinculado a una jornada laboral corta, que te permitía conciliar con la maternidad, y había una cosa, de la beneficencia, ayudar pero sin poder identificar mucho que lo que habían aprendido en su estudio de grado...lo que hacían era muchas veces similar a una dama rosa de Caritas”

Asimismo, a pesar de la resultante antes descripta, es de destacar que existían movimientos de resistencia, de renovación, de puja por la emergencia de un rol más jerarquizado de la profesión, que eran sancionados institucionalmente cuando se topaban con direcciones, jefaturas y compañeros que propiciaban la necesidad de perpetuación de la subsidiariedad y burocratización de la tarea.

—...cuando ella va a solicitar algo a (Director) no le gustó, la calificó de subversiva, porque estaba discutiendo y peleando por algo que no correspondía. Y ahí fue cuando a mi colega le dijo, a la Jefa que teníamos, que o la pasaba a otra sala (él decidía, eh? ella no peleó nada) o la transfería a otro Hospital. Nos reúne ella para decirnos esto... dije: "¿qué? ¿Quién es él para decir que hay que transferirla?" Y me dice: ... —él es el Director y se acata lo que dice"... —No, si se equivoca hay que pelear” ...”

—Era un momento en que había algún bono cooperadora, además... hubo una denuncia, que voló eso. Pero eso generó un conflicto histórico acá... en ese momento fue porque una colega hizo la denuncia de que acá se le pedía a la gente pagar ese bono, al Consejo Profesional. Y nada, no era un invento del Servicio. Era algo que había pedido la Dirección y se accedía a lo que pedía...”

En el mismo sentido que lo anterior, comienzan a evidenciarse, en las propias entrevistas, la distancia entre lo que el servicio social realizaba, o era demandado a realizar, y la propia posición. En ese sentido se destaca este extracto:

—...poder apartarme de la mirada que tenía vinculada a lo punitivo de lo familiar y a ser un brazo ejecutor y de conexión con los ámbitos jurídicos. Ahí esta cruzada de normativas... mandaba a los hospitales a informar...lo que eran las madres solteras o paternidades diversas que había que denunciarla. Eso va cambiando mucho. También el abordaje de la tuberculosis fuertemente y ni te digo de la salud mental...”

Es importante destacar que existía una pretensión de ejercicio del control y del disciplinamiento familiar que persisten desde el período anterior, pero que en éste entran en crisis, y comienzan a ser cuestionados, para encontrarse con rupturas conquistadas en nuevos marcos legales. En las temáticas que surgen en este período, y que comienzan a encontrar trayectorias de intervención profesional, se evidencian estos relatos:

—Cuando empezó el trato con los (y las) pacientes que tenían VIH SIDA, preguntaba por el ejercicio de la sexualidad. ¿No? Hasta que uno le pudo ir preguntando ¿y por qué pregunta esto? ¿Y por qué lo otro?”

Pero en el mismo movimiento, esas críticas no pueden evitar encontrarse con el límite de la reducción y precariedad que se le imponía a las políticas sociales, en el marco de un ajuste estructural. De la misma manera, resulta importante recuperar que los SSH, aunque en proceso de renovación, también se encontraban en proceso de reducción, perdiendo partidas y dotación ante el retiro voluntario, jubilaciones, fallecimientos o renunciaciones, en el contexto de las regulaciones de emergencia económica. Una entrevistada evidencia este deterioro:

—Eso sí fue cambiando, pasa que también fueron vaciándose la capacidad de la política pública de dar una respuesta... Yo lo empiezo a notar fuertemente en el menemismo ...”

Es de suponer que ante la reducción de los SSH se vayan perfilando nuevas formas de responder ante aquella situación. Entonces, donde previamente existía capacidad para designar una trabajadora social para cada sala de internación, o para cada programa, y producir procesos de trabajos dentro de los equipos de forma estable —y por cierto, subordinada—, en la actualidad parece ser difícil de llevar a cabo. En este sentido es de suponer que la constitución de equipos de trabajadoras sociales, para el trabajo mediante interconsultas en una pluralidad de espacios de inserción, sea una forma de responder a la precarización laboral, aumentando la carga e intensidad de trabajo. Asimismo se comprende dentro de este contexto la vacancia de realización de ciertas tareas (la ausencia en programas, la priorización de la urgencia y la desestimación de los espacios de promoción, la salida de ciertos espacios de internación, entre otras situaciones).

Asimismo, como en todos los períodos históricos, al precarizarse la tarea de algunos, esto genera un movimiento sobre los espacios de residencias y concurrencias. Esto es, pretender que las tareas menos significativas, o que se encontraban con la vacancia de trabajadores para realizarlas, o que sencillamente no se corresponderían con la expectativa de quienes debían realizarla (en cualquier servicio o institución) sean llevadas adelante por trabajadores de menor jerarquía en los escalafones del SES. Estas pretensiones caracterizan también el espacio socio-ocupacional:

—Querían una para mandarle "lleve, traiga". ¡Querían residentes que fueran igual que los residentes de los médicos! "Che vaya, lleve, traiga, tome la orina, llévela no sé dónde". Y yo quería que estudien, y que le enseñen”

—... además lo asistencial sostienen... Yo creo que fuertemente eso se quería. Que esa lógica de lo que es el Modelo Médico Hegemónico baje a lo que es el Trabajo Social”

Por último, si las transformaciones en los SSH son relativas y lentas, la inserción del Trabajo Social en los centros de salud resultan más vertiginosas y profundas, permitiendo instalar un perfil renovado, acompañado por una coyuntura que propició dichos cambios, a pesar de la limitación económica que imponía el período.

Para el año 1988 se crean las áreas programáticas (Bonazzola, 2009), y se revitaliza el objetivo de la atención primaria a la salud como método efectivo para el acceso sanitario de la población. Es menester recordar que la dictadura militar había clausurado esta posibilidad, interrumpiendo el proceso que se había iniciado en los primeros años de la década del setenta, y que en el resto del mundo terminó en la Declaración de Alma Ata, que devino impracticable para los sentidos y posibilidades del SES en la CABA.

Sin embargo, la instalación de un gobierno democrático formal volvió a posibilitar la conquista de estructuras institucionales para el desarrollo de una perspectiva de atención de la salud vinculada a la inserción territorial, la prevención y la promoción de la salud. Haciendo referencia a las autoridades de la Secretaría de Salud en el gobierno radical, una entrevistada afirma:

—...trataban de modificar este escenario de la salud hospitalaria hacia más de centro de salud, de prevención, de más relación con la población...eran de la Comisión de Salud del Partido Radical... había estado funcionando en la Sociedad de Pediatría, mientras era el régimen militar ellos estaban como armando para cuando tuvieran la oportunidad... no era que descuidaran a los hospitales, pero dándole más énfasis... A todo el tema de vacunación, de prevención”.

Si bien la decisión política de privilegiar la atención primaria a la salud se encontraba vigente, la creación de las áreas programáticas marcó una fuerte impronta para la ampliación de esta estrategia. Previo a esto, la generalidad de los centros de salud parecieran ser espacios

de descentralización hospitalaria, que compartían los mismos trabajadores dependientes del hospital, y que realizaban acciones con relativa sistematicidad y con la falta de inscripción a un plan de mayor generalidad. De esta manera, la fusión con el espacio hospitalario reproducía la lógica de su preponderancia, también llamada “hospitalocéntrica”. Esto refiere a la centralidad del hospital por sobre el resto de las instituciones del SES, así como su lógica de intervención. Esto es, con características ligadas al privilegio del tratamiento de la enfermedad –o la patologización del ciclo vital, como el embarazo, la vejez, la muerte-, a la lógica de separación territorial de quien porta tal afectación mediante la internación, la desvinculación con la continuidad de los cuidados necesarios para revertir y prevenir dicha situación, entre otras lógicas.

–Los centros de salud eran concebidos como parte de los consultorios externos del hospital. Era como una oficinita descentralizada. De hecho, me parece que eran pocos los hospitales...”

A diferencia de una noción que actualmente parecen vivenciar los trabajadores de la salud, los centros de salud y los hospitales no surgieron como instituciones separadas, contrapuestas, y diferenciables. Por lo contrario, cuando surgieron desde la lógica estatal, resultan de la descentralización de las prestaciones de los mismos trabajadores que se desempeñaban en el hospital, y llevaban acciones a los centros de salud. Asimismo, los centros que surgen de la conquista de las propias personas organizadas territorialmente resultan de una relación más mixturada con la lógica hospitalaria, integrando recursos de la sociedad civil, con militantes y generalmente trabajadores y recursos provenientes del SES hospitalario o de la propia cartera gubernamental.

Sin embargo, esta lógica conjunta se escinde con la expansión de la estrategia de atención primaria centrada en los centros de salud, con la estructuración que se le dio mediante la creación de las antedichas áreas programáticas. Aún así, el distanciamiento es relativo, puesto que las tensiones y puja de poderes resultaron en que la creación de las áreas programáticas sean de dependencia de los hospitales, dentro de los cuales pasaron a inscribirse los mismos centros. De hecho, hasta la actualidad, los centros de salud cuentan con una oficina denominada “área programática” en los hospitales, con dependencia formal de los mismos³⁶.

En este mismo período, los centros de salud pasan a denominarse “centros de salud y acción comunitaria” –CeSAC- (entre otros, se encuentra el decreto 7861/88 que da cuenta de esto), creándose nuevas dependencias, homogeneizándose las creadas estatalmente en los

³⁶ Más adelante veremos cómo se produce una mayor escisión, a la par que una mayor autonomía de parte de los centros de salud con la creación de la Dirección de Atención Primaria del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2001, en el próximo período de esta reconstrucción histórica.

primeros años de la década del setenta, así como se incorporan las conquistadas a lo largo de los años por la organización colectiva en cada territorio. Se incorporan también los dispositivos como las UNASAD (unidad de atención de salud descentralizada), que respondían a pequeños espacios de atención (que podían funcionar en otras instituciones, como ser escuelas) y que ganaron estructuras y espacios propios. Sobre esta identificación del mapa institucional de los centros de salud, una entrevistada afirma:

—...estaban los Centros de Salud y Acción Comunitaria y las UNASAD... más de dependencia de los hospitales, pero... el 5 era una conquista del barrio, en el Elefante Blanco... un centro más histórico que fue el de Terrada, y del Argerich el 15, de San Telmo.... el 20 también: la pelea del barrio por conseguir el espacio.... Si uno rastrea en la historia, hay una producción de centros del setenta y pico, que quedan ahí como remanentes, como centros, y en el 85 empiezan a llamarse centros de salud y acción comunitaria”

Si bien esta política privilegió la estructuración de los CeSACs en el marco del funcionamiento del SES, lo hizo en dependencia de los hospitales, como modo de mantener cierto status quo en la lógica hospitalocéntrica antes mencionada. Esta decisión permitió que el SES mantenga ciertos vínculos que tiendan a reforzar las posibilidades de integralidad institucional, aunque no permitió que esa vinculación provenga de los propios CeSACs ni de un actor central (como podría ser el Ministerio o Secretaría de Salud) o de espacios de concertación multi-institucional y actoral, sino vía el actor hospitalario. Es de destacar que la desarticulación de los hospitales entre sí, así como la ausencia de una política fuerte de integración institucional, hizo que este momento refuerce el resultante histórico permanente del SES en la CABA: su característica de espacio multi-institucional fragmentado.

Como dijimos previamente, el privilegio de la lógica hospitalocéntrica obtura las líneas de acción más cabalmente vinculadas a la Declaración de Alma Ata, de prevención, promoción basada en la salud –y no necesariamente en la enfermedad-. El documento instaba el desarrollo de líneas de trabajo sanitario vinculado a la reversión de las desigualdades y a la atención de la salud desde la intersectorialidad (devolviendo cierta noción de totalidad a los procesos de salud-enfermedad, relacionándolos con la atención habitacional, alimentaria, ambiental, etc.).

Por el contrario, la lógica hospitalaria privilegia el tratamiento de la enfermedad, la separación institucional de las personas que padecen estas situaciones, y la fragmentación entre las causales de las mismas con el contexto, para resituarlo individualmente en el cuerpo, desde una mirada biologicista. La impregnación de esta misma lógica se evidencia en la lógica de intervención de todas las dependencias sanitarias (centros de salud, centros médicos

barriales), que en mayor o menor medida, organizan la tarea en función de la atención de la enfermedad.

Sin embargo, la CABA, la Argentina, y la región no se distanciaron de los sentidos más profundos de Alma Ata sólo por presiones locales que ejercieran los actores sociales y políticos vinculados a las estructuras hospitalarias. En el plano internacional, se dio la publicación de un documento que se sobrepuso a los alcances de Alma Ata. Para 1993 se publica “Invertir en Salud”, con autoría del Banco Mundial, resultando en un revés a los sentidos y horizontes socio-políticos de la primera declaración, post caída de la Unión Soviética.

En el informe del Banco Mundial, se evidencia la ausencia de explicaciones causales en torno a la pobreza, y el llamado “desarrollo” y “subdesarrollo”. Esto se constituye en una gran diferencia con el documento realizado en Alma Ata, donde aparecían estas explicaciones fuertemente vinculadas con la desigualdad estructural y la responsabilidad de las políticas de gobierno. Aquello queda ausente, para pasar a explicar modos de paliar dichas situaciones, con los aportes fragmentados desde cada sector, y en particular, con el sistema de prestaciones estatales en torno a la salud. En este documento la salud aparece definida como un “estado” que hay que mantener o al que ha que arribar, pero no como un proceso complejo y dinámico. Asimismo, la enfermedad aparece como contrapuesta a la primera. El desarrollo del informe apunta a proveer a los gobiernos de ciertas pautas para el acceso a préstamos que tiendan a una reforma sanitaria, de modo que los sistemas de salud apunten, en la esfera estatal, a atender exclusivamente la urgencia de la pobreza. En ese sentido, se proponen tres ejes para la transformación de los sistemas de salud en el mundo: Primero, remediar el problema del aumento de los costos asociados al sistema de salud, impulsando medidas de crecimiento que involucren la estrategia del ajuste económico. Segundo, orientar el gasto público en salud a criterios centrados en la eficacia de la inversión, privilegiando entonces los programas de bajo costo y la provisión de servicios clínicos esenciales, en contraposición con el ofrecimiento – existente- de servicios especializados cuyo costo estatal resulta mayor. Por último, la revisión del financiamiento, instando a una mayor diversidad y competitividad de la misma, sugiriendo la tercerización, privatización, descentralización como estrategias y los seguros de salud como oferta (Banco Mundial, 1993).

Hasta la actualidad, el concierto internacional hegemónico parece profundizar incesantemente estas iniciativas, tendiendo a empobrecer las ofertas amplias de servicios y prestaciones en instituciones con responsabilidades sanitarias, para privilegiar la lógica de seguros de salud. Los seguros, tienden a responsabilizar individualmente a las personas,

pudiendo costear mayores o menores prestaciones mediante a aquellos que accedan, contando con uno básico para quienes no puedan costear ninguno.

Laurell (2012) afirma la existencia de un consenso indiscutido de necesidad de reforma de las prestaciones vinculadas a la salud de la población. Sin embargo, también expresa la necesidad de diferenciar analíticamente dos grandes posturas. Por un lado, la que veníamos expresando del lado de los organismos internacionales, vinculada a la mercantilización de la misma vía múltiples administraciones, proveedores y subsidios, enfatizando en el financiamiento vía el aseguramiento universal individual (referido a que la totalidad de la población –de allí la universalidad- cuente con un seguro acorde a las posibilidades individuales, estructurado a partir de la demanda de servicios).

La misma autora define el aseguramiento como:

–un seguro que, invariablemente, sólo da derecho a un paquete limitado de servicios para hacerlo financieramente sustentable. De esta manera, no se pretende que el seguro abra el acceso a los servicios requeridos o que tenga una cobertura médica universal, sino que todos tengan un seguro, aunque no garantice el acceso a una atención integrada... (...) Resuelve dos problemas que la reforma del BM de 1994 ignoró. El primero es respaldar el mercado en salud con una demanda efectiva, o sea, con capacidad de compra, de cara a la pobreza de la mayoría de la población. El segundo es convertir la administración de los fondos/ compra de servicios de salud en un nuevo campo de actividad privada lucrativa” (2010: 184).

Asimismo, existe una alternativa vinculada a la reforma desmercantilizante de la salud, vía el establecimiento de un sistema único y público de salud, reivindicando al Estado como proveedor centralizado de dichos servicios, centrado en una amplia y disponible oferta. En este sentido, desde los antecedentes citados y su devenir en materia sanitaria, se afirma la tendencia argentina hacia la constitución de seguros de salud, con discursos más o menos transparentes alrededor de la adecuación a los intereses de mercantilización de la salud.

En efecto, si bien en la Argentina no existió el acuerdo entre actores y fuerzas para la creación de un marco legal que integralmente organice y ordene los lineamientos en política socio-sanitaria –probablemente por los conflictos insalvables que implicaría la integración de los tres subsistemas, entre actores empresariales, sindicales y estatales-, en este período histórico se dictó la ley nacional de “seguros de salud” (Nº 23661, sancionada en 1988), dando cuenta de la intencionalidad de adecuación a los lineamientos internacionales de parte del país. Si bien la ley se encuentra vigente hasta la actualidad, y tiene impacto en la totalidad del sistema de salud, es de regulación directa de las obras sociales nacionales (erigidas como “seguros de salud” propiamente dichos) y propone líneas tendientes a la organización de todo el sistema mediante esta lógica. Sin embargo, parece más una declaración de sentidos y de

aceptación de reformas para la obtención de recursos financieros, que una evaluación acordada para la transformación efectiva del sistema en aquel momento³⁷.

Si bien aquel gran establecimiento del seguro de salud no se produjo de forma integral, sí se produjeron suficientes medidas que tendieron a introducir esta lógica que se reiterará hasta nuestra contemporaneidad. Así, el decreto 578 del año 1993 –en consonancia con el marco legal antes citado- establece el registro de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), y la obligación de las obras sociales de pagar automáticamente a estos las prestaciones que sus afiliados solicitaran. Esto produjo, además del ahogamiento y desfinanciamiento de las obras sociales, una enorme mercantilización en el sector sanitario, produciendo una oportunidad de búsqueda de negocios para empresas de facturación, farmacéuticas, de tecnología biomédica, entre otras. Stolkiner (2001) analiza que la reforma vinculada al HPA implica una estratificación en los servicios públicos, que transforman los hospitales en empresas productoras de servicios, y que si bien se garantiza la gratuidad para quienes no contaran con capacidad contributiva, aquello no podría garantizarse dada la tendencia a la disminución presupuestaria. Asimismo, afirma que la estratificación no sólo se produce en la población, sino en la misma posibilidad de supervivencia institucional, empobreciéndose aquellas instituciones que atiende a la población pobre, produciéndose un –efecto de selección adversa de las prestaciones estatales” (2001: 3).

Entonces, si bien en este momento aparecen los sustentos que sentarán las bases para el aseguramiento individual –reiteramos, –Invertir en Salud”, ley de aseguramiento en el país-, HPA, aquello convivirá contradictoriamente con la lógica inversa, produciéndose paulatinos y silenciosos cambios tendientes hacia la mercantilización de la salud, y la atención financiada vía el seguro individual³⁸.

Sin embargo, la atención en la CABA continuará dando cuenta de un complejo entramado institucional, el SES, centrado en la oferta amplia de prestaciones, no necesariamente atados a la demanda, sino disponibles para el público en general. En el territorio de la CABA, los HPA se expresan a modo de claro ejemplo de aseguramiento pero

³⁷ La redacción resulta aclaratoria en este sentido: –*Dichas políticas estarán encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud”* (Ley 23661/88, Art. 3). La redacción expresa la necesidad futura de encaminar una reforma sanitaria en el sentido de los seguros de salud, pero no afirma la decisión política de realizarlo en tiempos y formas determinadas.

³⁸ En los siguientes períodos históricos veremos la profundización de esta estrategia, evidenciando en la –obertura universal de salud” nacional –vía programas basados en el desempeño institucional, proyectos y marcos legales de menor y mayor extensión-, y de la CABA, la expresión cabal de los seguros de salud en nuestro territorio. En este sentido, la defensa de un sistema centrado en la oferta amplia de prestaciones disponibles será incesantemente atacada, penetrando el mismo entramado con iniciativas gubernamentales que tenderán a fragilizar esta lógica, hacia el seguro individual con ofertas acotadas y pre-establecidas de prestaciones.

que tuvo una mayor penetración como estrategia en hospitales universitarios, como el Hospital de Clínicas, Ángel Roffo, entre otros no incorporados al GCBA. Esto no quiere decir que no haya incidido la estrategia en el propio SES, pero no lo ha hecho tan profundamente como en otras instituciones. De hecho, se registran actas de la Asociación de Profesionales de Servicio Social donde se produce un masivo rechazo a esta reforma para con el SES, produciéndose organización en torno a esto.

Ahora bien, para recuperar la procesualidad histórica que construyó el devenir de la expansión de los CeSACs en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires, es necesario relacionarla con los marcos internacionales y nacionales antedichos. Es viable pensar que los actores sociales involucrados en aquella expansión hayan conciliado un objetivo común entre Alma Ata e Invertir en Salud. Esto es: la necesidad de privilegiar la expansión de la atención primaria a la salud, encarnada específicamente en programas preventivos y promocionales, así como en la organización y desarrollo de los centros de salud, como unidad de servicios esenciales.

Siguiendo lo anterior, los discursos a Alma Ata persistirán hasta hoy, dotando de sentido, de alguna manera, la estrategia de ajuste, eficiencia de los recursos, descomplejización del sistema y revalorización de los centros de salud como modo de atender la urgencia de la pobreza, a la par que afrontando eficazmente el problema de los altos costos del SES. En pocas palabras, la creación de áreas programáticas en la esfera de los hospitales, y la atención vía los CeSACs, si bien han sido una fuente de expansión y renovación para el Trabajo Social en salud, contradictoriamente parece también ser un espacio de adecuación a los lineamientos de financiamiento de servicios de bajo costo, y de desfinanciamiento de servicios especializados.

No es menor insistir en que, quienes componen los espacios institucionales del SES, pueden –o no– dar cuenta con mayor o menor precisión sobre este solapamiento entre la materialidad de las reformas sanitarias por el Banco Mundial y los sentidos y horizontes progresistas de Alma Ata quince años antes. Sin embargo, los impactos y la vivencia como trabajadores de la salud, ha sido integrada y difícilmente diferenciable. Así una entrevistada afirma el clima de época:

—... hay alguna coincidencia en la época, de lo que fue el ATAMDOS, fue acá después los Centros de Salud, los CESACs. Hay coincidencia. Es una época que abre cabezas, posibilidades. Entonces me parece que eso también ayudó a que las colegas que formaron las camadas de residentes pudieran darle otra impronta y no al verticalismo que se imponía entre los Servicios Sociales”

Los centros de salud abren el juego a un Trabajo Social renovado, que incluye diversidad de titulaciones, y que ingresa a dispositivos de menor tamaño y estructura que los hospitalarios, con la posibilidad de crear y establecer equipos de trabajo con mayores niveles de horizontalidad y valorización de saberes multi-profesionales. Ingresan a estos espacios los trabajadores que obtuvieron dichas contrataciones, y que provienen de formaciones recientes de residencias y concurrencias. Sumado a esto, los trabajadores sociales, en el territorio de la CABA habían estado atravesado también por la influencia de la reforma del plan de estudios de la carrera, ya instalada en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA desde 1987. La inserción en los CeSACs, terminó constituyéndose como un espacio con la necesidad de diferenciación de los más ampliamente burocráticos y subsidiarios, provenientes de los hospitales, y específicamente de los SSH.

En este distanciamiento, y en la persistencia de las características de funcionamiento de los SSH, resulta relevante establecer los desarrollos por los que atravesaron, y atraviesan hasta la actualidad, los lugares establecidos como jerárquicos para el Trabajo Social. Si bien la pertenencia a una división o departamento de servicio social históricamente significó la jefatura de la misma, en el período de reapertura democrática formal se produjeron las modificaciones y reestructuraciones hospitalarias, por las cuales constaba para los servicios sociales sub-jefaturas de sección (un rango menor que las de división) de consultorios externos e internación.

A partir del análisis documental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social, se establece que dicha reestructuración se efectivizó en los decretos 5370 y 5164 del año 1984, presentes en el boletín oficial N° 17151³⁹, evidenciándose en la mayor parte de los hospitales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires ambas jefaturas de sección. Sin embargo, el proceso de reclamos alrededor de dichos cargos se produce a partir del año 1995 –once años después-, a iniciativa de uno de los hospitales, produciendo que la Asociación encarne un proceso de organización para la efectivización del resto⁴⁰. Si bien los servicios sociales se encontraron con la resistencia de los actores hospitalarios que no pretendían

³⁹ En el boletín oficial del GCBA sólo se registra el decreto 5164, con la reestructuración antedicha, pero data del año 1983, por lo que podría haber un error involuntario en las actas de la Comisión Directiva.

⁴⁰ Resulta necesario destacar que aquel período que pasa entre que se modifican las estructuras hospitalarias y el reclamo de la misma puede vincularse a que en aquellos años se produce la sanción de la carrera profesional, la sanción de la ley de ejercicio profesional, y la creación de varias organizaciones colectivas del Trabajo Social en las que se encontraban involucrados los integrantes de los SSH. Esto podría explicar la falta de reclamo durante diez años, mediado también por el contexto de ajuste estructural en el que se encontraban. De hecho, años antes, en las actas de la misma Comisión Directiva, los trabajadores sociales parecen encontrarse vehiculizando sus acciones en pos de rechazar la aplicación de los hospitales de auto-gestión en la CABA. Esto ejemplifica el involucramiento en temáticas propias de la defensa de las condiciones laborales y de la política socio-sanitaria, y la posible falta de conocimiento de decretos que benefician la dotación hospitalaria. Aún más, al conocerse dicha situación se realiza un proceso de organización que tendió a la efectivización de decenas de estos cargos.

adjudicar partidas presupuestarias (en franca crisis, ajuste y retracción) a una profesión como el Trabajo Social, en varios hospitales se efectivizaron los concursos y se conquistaron nuevos cargos para los SSH.

Asimismo, para los mismos años ochenta, cuando se produce los decretos de reestructuración hospitalaria, las jefas de SSH comienzan a organizarse en un espacio colectivo del Trabajo Social, que surge en estos años, y se mantiene hasta la actualidad. Surge a iniciativa de una trabajadora social que se desempeñaba en la secretaría de salud, y es tomado a lo largo de los años con distintas dinámicas, fines y sentidos. Afirmo una entrevistada, sobre la creación de dicho espacio, desde una perspectiva centrada en la profesión propiamente dicha:

—Me pareció que era importante que tuvieran un intercambio, que supieran lo que hacía una, lo que... ¡Que la profesión se fortaleciera!"

Asimismo, sobre aquel momento de surgimiento y de inicio del proceso de colectivización en tanto "jefaturas de servicios sociales" la visión de quienes en la actualidad componen o visualizan ese espacio, presenta valoraciones diversas respecto de los fines que parecían emanar de ese intercambio:

—Yo creo que tiene por lo menos 25 años... (los fines son) controlar la producción del Servicio Social, normativizar unificar algunas cuestiones desde una perspectiva del control y muy ligado a lo jurídico..."

—..Tal programa dice esto, hay que hacerlo... en esta cuestión de la construcción de un andamiaje burocrático, eso le cabe fuertemente a las jefas..."

—Me parece que el piñón duro de cuando se consolidan las jefaturas estaba muy ligado a un proyecto conservador y de control"

Si bien en el tercer capítulo nos adentraremos en la dinámica y posibilidad de organización de los espacios colectivos para el Trabajo Social en el ámbito de la salud, resulta de interés observar que la institucionalización de los SSH, a pesar de encontrarse en un contexto regresivo estatal, produce conquistas. Esto es, este momento histórico evidencia la creación de dispositivos, la renovación de perfiles, la ampliación de los espacios de inserción. Sin embargo, los contenidos en los SSH parecen prevalecer en una lógica burocrática, subalterna y de control.

Retomando la ampliación del espacio socio-ocupacional de los CeSACs para la profesión, las jefaturas de los SSH procuraron vincularse con dichos espacios, mediante la reproducción de las estructuras jerárquicas. Una entrevistada afirma:

—.. pasaba que la Jefa de Consultorios Externos era entendida como la Jefa, o sea, se armaban reuniones donde participaban las trabajadoras sociales de los centros de salud, pero en una idea de que había una relación de autoridad. Que eso también te da la pauta de cómo estaba pensado".

El diálogo respecto del espacio de las jefaturas de los servicios sociales –entre las mismas jefaturas- propició la creación de un espacio colectivo para el Trabajo Social, y por lo tanto se fortaleció desde allí algunas reivindicaciones sectoriales. Si bien esto fue así, también resulta que en este momento histórico sus contenidos parecen estar ligados – mayoritariamente- a la representación cabal de lo que antes se describió como las características sobresalientes de la intervención profesional en los SSH. Esto es, el refuerzo de los procesos de trabajo burocráticos, apegados a las normas sin una perspectiva reflexiva que sustente la intervención profesional, entre otras. Aún así, este espacio colectivo persistirá en el tiempo, e irá modificando –relativamente- tanto su quehacer, como su perfil, así como su propia estructura organizativa.

b. Reformas sanitarias y ajuste estructural: el adentramiento a una crisis socio-política en la Argentina y su impacto en la CABA

Para el final de la década de los noventa el ajuste estructural integralmente llevado a cabo comienza a dar paso a la metamorfosis de la demanda social hacia los SSH. Esto es, que se evidencia el empobrecimiento poblacional, y el deterioro de las condiciones de vida de las personas que se acercaban a los servicios sociales en búsqueda de la atención de ciertas necesidades.

Si al comienzo de los relatos de los años setenta comienza la preocupación por el arancelamiento de las prestaciones, y es aquello lo que transforma la dinámica de atención hospitalaria para el Trabajo Social, esto cambiará radicalmente a fines de los noventa, y mostrándose integralmente en la crisis sucedida para Diciembre de 2001. Asimismo, si bien en la década del ochenta y principios de los noventa aparece una fuerte demanda hacia los SSH mucho más centrada en el acceso a insumos y recursos sanitarios, aquello se deteriora para el final de la década. En este momento, las necesidades se centran en aspectos no directamente vinculados con el acontecer de la atención hospitalaria, sino en la emergencia alimentaria y habitacional, adentrándonos en lo que abrirá el próximo momento histórico establecido, aquel que abre con la expresión y desarrollo de la crisis de Diciembre de 2001 en la Argentina.

Resulta necesario retomar algunas demandas establecidas para el Trabajo Social en los Servicios Sociales en este momento histórico. Esto permitirá establecer las diferencias que se evidencian a finales del mismo, y como características fundantes del venidero. Será justamente la metamorfosis en la demanda social, la que producirá un quiebre lo suficientemente significativo para establecer el final del presente momento histórico.

Asimismo, las transformaciones de la política socio-sanitaria, tal y como fue trabajada en este apartado, es la que también permitirá explicar y reconocer las respuestas que los SSH pudieron ir dando ante aquella transformación de la demanda, a la par que la misma política continuará transformándose.

—..Había una cosa que había que informar. Había una acordada, que es anterior, que había que informar toda situación de vulnerabilidad... estaba fuerte esa cuestión del alta social. No solamente era un alta clínica, sino un alta social. Y ahí se convocaba muy seguido a las Asesorías de Menores... ”

—..Esto de las acordadas de Álvarez en relación a denunciar a lo que hoy llamamos matrifocalismo, pero porque era una cuestión de riesgo social, o cuando teníamos que denunciar a migrantes antes de la sanción de la Ley de Migraciones. Los Servicios Sociales teníamos que denunciar a los migrantes que estuvieran en situación irregular. Te venía por normativa ”

En los anteriores fragmentos se expresa una fuerte demanda institucional hacia el Trabajo Social vinculada a marcos referenciales y legales ligados al control social, a la idea de riesgo y disminución del mismo vía el cercenamiento de la autonomía de las personas. En lo que respecta a la política socio-sanitaria, la relación de los SSH con el acontecer hospitalario tenía que ver con vehicular las altas institucionales, y ejercer una función de control en las personas que transitaban dichos procesos. En este sentido, la inserción en las salas de internación, y la articulación con los ámbitos de judicialización familiar resultaba en un espacio para la intervención profesional (sin adentrarnos sobre lo que efectivamente hacían los trabajadores sociales con estas demandas).

Sin embargo, con la autonomía de la jurisdicción de la CABA, y la proliferación de marcos legales ante el establecimiento de una legislatura porteña, los marcos referenciales vinculados al mero control social encontraron un terreno fértil para entrar en crisis, y en el próximo período histórico seleccionado veremos cómo los mismos comienzan a ser progresivamente reemplazados por marcos legales –y con su sustanciación referencial- más progresivos para con la autonomía, derechos y garantías para con las personas usuarias del SES.

Sin embargo, importa aquí establecer que ante el final de la década de los noventa, la demanda social hacia la profesión comienza a tomar una relevancia ineludible, que sobrepasará a la institucional.

—yo cuando ingresé al Hospital no estaba tan presente el dispositivo de demanda espontánea. Porque se interconsultaba más que otras cuestiones. Y llegaban, perdidas, algunas demandas al Servicio Social. Después, con la pauperización del proceso social, ahí empieza a abrirse más la demanda espontánea ”

Si bien la demanda espontánea⁴¹ no es una novedad de fin de la década para la mayoría de los hospitales, sí lo es para algunos, evidenciándose aquella pauperización de la demanda de la población. Esta última, comienza a encontrar en el actor social –SSH” un posible espacio donde acceder a recursos propios de la reproducción de la vida cotidiana, aún aunque esto se produzca en el ámbito hospitalario, más ligado históricamente al acceso a prestaciones sanitarias. En algunos hospitales, esto generará la creación de dispositivos o formas de canalizar dicha demanda, así como en otros (históricamente interrelacionados con la atención de población en territorios con indicadores de mayor pobreza y exclusión) se profundizará esta característica en los espacios ya existentes. Esto es, las demandas directas, en consultorio, la imposibilidad de efectivizar altas institucionales por situaciones vinculadas a la imposibilidad de la reproducción material, entre otras. Sobre esta pauperización de la reproducción, se pueden evidenciar los siguientes fragmentos de entrevistas:

—...*Muchas necesidades para todo: medicamentos, los comedores... Y que te digo que ni ahora volvieron esas consultas todavía... yo me acuerdo que estaba en Clínica, a fines de los 90, principios 2000, y era... la familia no se podía llevar a la gente que necesitaba mucha atención. Los dejaban estacionados, ¿viste?*”

—... *en Pediatría lo notás en que hay épocas en que se agudiza mucho más el cercenamiento del derecho a la educación. No hay jardines maternos en un puto lugar, aumenta el tema de los alimentos... Me queda muy fuerte lo del 2000. Empezaron las leches nuevamente, la alimentación, pibes en situación de calle, muy fuerte a verse eso”.*

Si bien el fin del 2001 implicará un fuerte estallido de la crisis, para estos años ya resulta ineludible dar cuenta de la transformación de la demanda hacia el Trabajo Social, de una más institucional y social vinculada a la vehiculización de los recursos y procesos socio-sanitarios, hacia una reducida a la propia ejecución de la política social, pero centrada en la reproducción material más inmediata en la vida de las personas, centrada en la vivienda y en

⁴¹ La –demanda espontánea” es un dispositivo de intervención para el Trabajo Social en el espacio socio-sanitario. Refiere a un dispositivo de atención en el que la demanda se hace directamente a la profesión, y no se encuentra intermediada por la presencia de los trabajadores sociales en equipos constituidos junto a otros trabajadores. Esto es, la demanda espontánea se diferencia de la presencia en las salas de internación, en programas y consultorios interprofesionales por ser de atención exclusiva del Trabajo Social, generalmente ofrecida como espacio para la consulta directa de la población que transita por las instituciones en cuestión. Con los años, esto ha generado que, a la concurrencia autónoma poblacional, se sume la derivación desde otros espacios de consulta en las mismas instituciones, o desde otras dependencias u organizaciones de la sociedad civil. Por las características de su oferta, la consulta al –Trabajo Social” implica una pluralidad de demandas que se corresponde con la identidad sincrética de nuestra profesión (Oliva, 2015). Esto es, un conjunto de demandas plurales, indiferenciadas, de una extensión temática grande y de mayor o menor intensidad en las tareas que implican la resolución de las mismas. Ejemplos de consultas en la demanda espontánea pueden variar desde: el pedido de acompañamiento para el acceso a un turno, la expresión de maltrato institucional por otros trabajadores y funcionarios, la atención de situaciones vinculadas a la salud de las mujeres: violencia machista, interrupción del embarazo, acceso a métodos de prevención del embarazo, etc., el pedido de acceso a recursos materiales para garantizar la vivienda, la alimentación, la vestimenta, así como el acompañamiento de la regularización de situaciones migratorias diversas, o el acceso a políticas de transferencia monetaria, etc. En síntesis, se intenta expresar que la atención de la –demanda espontánea” refiere a la interlocución de los trabajadores sociales, directamente vinculados con la población, de forma directa, con las demandas que presenta. Suele ser un espacio donde la inmediatez y la respuesta individualizada –no mediatizada- caracteriza la intervención profesional.

el alimento. En el próximo período, veremos la profundización de esta tendencia que se presenta al cierre del presente, y como corolario de más de una década de ajuste y reforma del Estado, de forma regresiva para con las conquistas en materia de derechos sociales de la clase que vive del trabajo.

Ahora bien, en la Ciudad de Buenos Aires, si bien se producen ciertas reformas estatales que tienden a reconocer parcialmente los derechos a la salud y estabilidad y seguridad en empleo público en la constitución de la jurisdicción, estos reconocimientos conviven contradictoriamente una profunda regresión en materia de condiciones de vida de la población usuaria de los SSH.

Si bien no es materia de análisis de esta investigación el análisis constitucional, vale mencionar que se produce, para 1996, la sanción de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esto aumenta la complejidad de la jurisdicción, pasando de un nivel municipal a uno autónomo en la toma de sus decisiones, dictado de leyes, elección de gobiernos, etc. En este instrumento el derecho a la salud⁴² se encuentra reconocido en la totalidad de un capítulo, se define ampliamente e intersectorialmente, y se garantiza la atención estatal de la salud con acciones de diversa índole (promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación) así como con ciertas características garantistas en el plano formal (gratuitas, accesibles, equitativas, integrales, solidarias, universales y oportunas).

⁴² La salud en materia de derecho se encuentra contenida en universalidades que exceden este documento, pero que es posible reponer sucintamente para una mayor ampliación de la información. El Derecho a la salud es un consagrado a nivel mundial y regional. En el caso argentino, se encuentra sancionado con jerarquía constitucional mediante el artículo 75 inc. 22 a partir de la reforma constitucional del año 1994. De esta manera, los Derechos Humanos que erigen el derecho a la salud son:

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 en su artículo 25: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad... La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*. Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, ratificado en 1986: *“Artículo 12: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar..., figurarán las necesarias para: ... La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños... El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente... La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas... La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”*. Por último, en el ámbito regional, consagrado en el protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, *“Protocolo de San Salvador”*, adoptado en el año 1988, establece en su artículo 10 el derecho a la salud *“... Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social ... Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad ... la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado ...”*

Estos marcos cohesionarán ciertos discursos y formas de expresar el derecho a la salud tanto en la Constitución de la CABA como en la ley básica de salud. Si bien no es de relevancia el análisis pormenorizado para este estudio, sí resulta necesario tomarlo como contexto para comprender el concierto de discursos que permearon los resultados en materia de legalidades en la CABA.

Asimismo resulta significativo que se realiza la salvedad que la gratuidad refiere a la prohibición del pago directo, reservándose el derecho de cobro de las prestaciones a las coberturas de salud, así como al resto de las jurisdicciones. Por último, establece los principios básicos para la sanción de una Ley Básica de Salud, que sanciona la legislatura porteña al cierre de la década, en el año 1999.

Si bien la jurisdicción se encuentra, en este momento histórico, haciendo suyas todas las reformas estatales nacionales vinculadas al empleo, y en lo que a este documento respecta, en materia de regresión de los derechos laborales vinculados al empleo público, la constitución de la CABA reconoce ciertas conquistas –parciales- a dicho sector de los trabajadores. De esta manera, garantiza un régimen de empleo público estable, de capacitación continua, de ingreso por carrera, y de promoción por concurso público.

Asimismo reconoce a los trabajadores estatales el derecho de negociación colectiva. Estos puntos devendrán en materia de debates en torno a la regulación de las condiciones laborales para los trabajadores de la salud, instando por conquistas que amplíen las establecidas en la carrera profesional ya citada, así como un convenio colectivo de trabajo propio del sector.

Ahora bien, de la sanción de la Constitución de la CABA, y el derecho a la salud, devino la regulación de la ley básica de salud, que estructura, hasta la actualidad, lineamientos en materia sanitaria, especialmente referido al subsistema estatal de salud. Este marco legal viene a ser el primero en materia sanitaria para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y se encuentra en consonancia con las posibilidades, y también con los límites de los marcos internacionales vigentes.

La salud es definida de modo amplio, en una integralidad de aspectos, necesidades que la integran, y formas de organización de la atención de la misma, en línea con la constitución de la CABA. Retomando la Declaración de Alma Ata, y la alusión de la misma a la necesidad de reversión de las desigualdades sociales y entre los pueblos, para conquistar mejores niveles sanitarios, la misma se encuentra ausente de los derechos internacional y localmente reconocidos. Entonces, la integralidad del derecho a la salud en la CABA se reconoce en una pluralidad de aspectos, pero se cercena la vinculación de este sector, con otros –estructurales por cierto-, o al reconocimiento de una diversidad de niveles y progresión en la atención. Se niega, así, que la salud y la enfermedad se encuentran esencialmente vinculadas a los modos de producción, a las clases sociales, entre otros aspectos⁴³.

⁴³ Las posiciones críticas con la salud y su vinculación con los modos de producción y reproducción sociales afirman que no es posible colocar las explicaciones vinculadas a estos procesos en los cuerpos individualmente concebidos. La salud,

Sin embargo, así como la Ley Básica de Salud establecerá ciertos lineamientos conquistados para la regulación del espacio sanitario, la Ley de Empleo Público de la CABA (Nº 471, sancionada en Agosto del año 2000) concretizará –como resultado de la correlación de fuerzas entre actores- los derechos antes establecidos para los trabajadores. El resultado es el de un marco legal que no resulta garantista en materia de derechos laborales, estableciendo la legalidad de la contratación transitoria, el régimen disciplinario y de “disponibilidad” (referido al cambio de tareas, separación de los espacios de trabajo, etc.), las evaluaciones de los trabajadores con fines expulsivos, entre otras.

Respecto de la sanción de la ley básica de salud o la ley de empleo público, es de destacar que no se han registrado debates colectivos o posicionamientos de parte de las organizaciones colectivas del ámbito socio-sanitario en los relatos de las entrevistadas en esta investigación. Estos marcos legales podrían haberse entendido como de regulación amplia, por fuera de los alcances de los debates e influencia del sector, a lo que se suma que se había producido la conquista previa de una propia carrera, que se trabajó al inicio de este período. A pesar de esta posible falta de alcance de los actores, o falta de visión respecto de los instrumentos legales en cuestión, en lo que respecta a la ley de empleo público como marco regulatorio regresivo, este será parte de las herramientas de precarización laboral que los sucesivos gobiernos –y por lo tanto empleadores de los trabajadores estatales- tendrán como repertorio discursivo y material en venideras reformas laborales.

Para finalizar, este momento histórico para los SSH inicia con la reapertura democrática formal en la Argentina, y cierra con la metamorfosis de la demanda social. Esto es, con el corolario de crisis generalizada en una pluralidad de aspectos de la vida social, entre ellos, la atención de los procesos de salud-enfermedad de las personas usuarias del SES. Es importante destacar que esta metamorfosis de la demanda social es entendida por las entrevistadas como empobrecida; fenómeno que también se constata en indicadores socio-económicos que se reseñan a continuación.

entonces, es definida como parte de los procesos sociales que la implican como tal. Para su comprensión Laurell afirma: *–Se muestra cómo la historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica. Asimismo, el carácter social se verifica en la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. Finalmente, se demuestra el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Por ejemplo, aunque probablemente la “historia natural” de la tuberculosis sea distinta hoy de la de hace 100 años, no es en el estudio de los enfermos de tuberculosis como vamos a aprender mejor el carácter social de la enfermedad, si no en los perfiles patológicos (tipo de patología y frecuencia del grupo en un momento dado) que presentan los grupos sociales”* (Laurell, 1981: 7 - 9). Laurell discute entonces el carácter biológico de la salud y la enfermedad y coloca la centralidad de las mismas en lo que denomina el “carácter social”: es decir, las experiencias diferenciales en torno a la vida y la muerte que surgen como consecuencia del distinto desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción que se impone a la población para su propia reproducción.

Un somero análisis del período por Seiffer y Castro (2019) evidencia la cuadruplicación de la tasa de desempleo desde los años setenta (momento en que inicia esta reconstrucción histórica) hasta el inicio del milenio, oscilando entre un 2% al 5% en la primera parte, y llegando al 23% de la población económicamente activa en la segunda. Asimismo, desde los años setenta hasta el principio de los 2000, el índice de Gini, que permite medir la desigualdad en los ingresos, aumentó considerablemente. Sobre los indicadores de bienestar de los hogares en el mismo período, Altimir y otros (2002) reconstruyen el empeoramiento de la distribución del ingreso de los hogares, que expresa el aumento de la desigualdad desde un coeficiente de Gini de 0.36 en 1974 que llega al 0.51 en 2000. Asimismo, indican que la pobreza fue en aumento en todo el período, iniciando en el año 1974 con un valor del 5% en el Gran Buenos Aires (territorio que incluye la CABA y población de la Provincia de Buenos Aires que puede ser identificada como usuaria del SES), y cerrando el 2000 con el 21% (con un pico que tocó el 25% en los años 89 y 90 en la previamente citada hiperinflación).

Por otro lado, si en el proceso histórico del período a nivel general, marcábamos un proceso de democratización, institucionalización y burocratización, enmarcado por la crisis y ajuste estructural, esto también se evidenció en la política socio-sanitaria en general, y en los SSH en particular.

A nivel nacional, la derogación –relativa- de aranceles convivió con la habilitación de la búsqueda de recursos a través de las obras sociales y de los acuerdos jurisdiccionales, con la intensificación de la precarización laboral en el empleo público: la disminución de la dotación, la sobrecarga de instituciones ante la descentralización y el congelamiento de salarios. A nivel local, este contexto convivió con una “prebenda”, es decir, el reconocimiento de la carrera profesional de los trabajadores de la salud. Como se observa, democratización e institucionalización de la prohibición de aranceles y en la conquista de la carrera profesional, se constituyeron como los antecedentes del devenir de un quehacer profesional en el marco de una generalizada crisis económica, que iría precarizando las posibilidades de respuesta de las instituciones –y erigiendo los seguros de salud como tendencia regresiva-, a la par que la propia demanda poblacional, empobreciéndose incesantemente.

Para los SSH, la ampliación de las titulaciones habilitadas para el ejercicio profesional implicó el acceso de una parte de los trabajadores de la salud a una reivindicación histórica, diversificando el perfil profesional y renovándolo, a la par que lidiando con la precarización antedicha. Esto explica, de cierta manera, que se hayan producido modificaciones en las formas de atención centradas en la inserción en salas y equipos de trabajo, de forma estable y

permanente, para dar paso a modalidades móviles, rotativas y de mayor carga laboral⁴⁴. Nuevamente, se evidencia la democratización del acceso y renovación de sus perfiles, para una institucionalización precarizada y burocratizada en su accionar profesional, tanto por sus antecedentes como por sus posibilidades de aquel momento.

A su vez, esta renovación y reducción en los SSH convivió con la ampliación del espacio ocupacional en los centros de salud y la residencia, produciendo nuevas y complejas relaciones entre estos dispositivos, comenzando por su conquista, institucionalización, y luego por la burocratización de sus dependencias y demandas.

Para el final del período, ciertas formas de democratización de la CABA al autonomizarse su jurisdicción (Constitución local y garantías en el empleo público, Ley Básica de Salud) no pudieron ya dar lugar a procesos progresivos, sino que los efectos de décadas de ajuste estructural y, por lo tanto, de instituciones precarizadas y aumento de la pobreza, produjeron una irreversible metamorfosis de la demanda social, y la crisis estructural y generalizada en el país. De esta manera, se produce el cierre de este momento, vía la ruptura producida en el advenimiento de una crisis generalizada que irrumpe en el ámbito público y transforma las demandas y los procesos de intervención en las instituciones socio-sanitarias. Sin embargo, vale recordar, que la continuidad con este, y el anterior momento histórico, también serán significativas.

Esto es, veremos cómo a partir de la crisis del 2001, no sólo se modifica sustantivamente el quehacer – y a modo de hipótesis que se sostendrá, el significado social- en los SSH debido a la demanda social, sino también la política socio-sanitaria a nivel general, que deberá elaborar respuestas a la misma crisis y transformaciones de la estructura social. Veremos también cómo en la CABA se presentan ciertas particularidades para el análisis del caso.

Previamente a desarrollar aquel devenir histórico en el próximo capítulo, revisaremos las principales características que hacen a las continuidades y rupturas entre los años noventa y la década siguiente, que hacen al establecimiento de un ciclo con mayor o menor cantidad de elementos innovadores en clave de la “forma de Estado” que se expresa.

⁴⁴ Cabe destacar que a pesar de que esta explicación de la reorganización de los servicios sociales parece adecuarse a las posibilidades históricas vinculadas a la dotación y capacidad de respuesta a la demanda social e institucional, también se expresan otras explicaciones al respecto. En la renovación de perfiles profesionales, tampoco parecía una estrategia viable destinar un trabajador social a equipos de trabajo donde ejercer unipersonalmente el rol profesional, no sólo por ponderar positivamente el establecimiento de duplas o equipos para viabilizar la continuidad de las tareas ante la ausencia de alguno trabajador (licencias de distinto tipo, especialmente las prolongadas como por embarazos, participación en otros programas o capacitaciones, etc.), sino también para facilitar la continuidad en equipos históricamente más adversos, donde se encontraban de alguna manera explicitadas y naturalizadas formas de maltrato laboral, con climas extenuantes y angustiantes para el trabajo.

IV. Un apéndice necesario: continuidades y rupturas entre los años noventa y la primera década del nuevo milenio

Resulta necesario establecer una contextualización nacional y local del ciclo histórico que se abre en la Argentina a partir de la crisis del año 2001. Se realizará comparativamente, estableciendo diferencias y continuidades con el proceso antes desarrollado, centrándonos en la última década analizada: los años noventa.

En ese sentido retomamos que durante los años noventa, en la Argentina, el Estado asumió, a los fines de satisfacer las necesidades hegemónicas internas y externas, un papel ligado a la disminución del gasto público social (es decir, el ligado a las conquistas de política social), al control monetario, y en su propia reestructuración, acorde a las necesidades internacionales. Es de destacar que las políticas de ajuste ligadas a la contracción de las políticas sociales tienen un gran impacto en las políticas socio-sanitarias, dando origen a una intensificación de reformas regresivas sobre las mismas (Iriart y Waitzkin, 2006).

Si bien la década de los noventa es la identificada por varios autores como “neoliberal”, o “neoconservadora”, la pregunta por la década siguiente se abre como interrogante para poder definir no sólo las formas de dominación hegemónicas y las características sobre la acumulación, sino también los movimientos y transformaciones en las políticas socio-sanitarias.

La crisis del año 2001, tuvo como pico protestas de una fuerza callejera difícilmente controlable⁴⁵, produciendo la renuncia del presidente electo, De La Rúa, y el conocido traspaso de cuatro bandas presidenciales en pocos días. Duhalde primero, y Kirchner después –este último vía elección-, representaron la consolidación –al menos relativa- de un bloque histórico que requirió rearmados en relación al anterior, y nuevas retóricas para darle viabilidad a la gobernabilidad.

Resulta necesario precisar algunos elementos que forman parte de la discusión respecto de las características sobre el ciclo que se abre tras la crisis político-económica. Asimismo abrir debates respecto de si el mismo contiene mayoritariamente componentes originales, o se expresa como continuidad de las correlaciones de fuerzas y relaciones que se establecieron en el período que se desarrolla en el presente capítulo – fundamentalmente neoliberales o neoconservadores-. Aquello se realiza a los fines de componer el marco en el que se analizarán las transformaciones en las políticas socio-sanitarias en el siguiente capítulo,

⁴⁵ Sobre la modalidad de protesta y lucha social, y los impactos de estas formas organizativas en la organización del colectivo profesional en el ámbito de la salud, se trabajará en el próximo capítulo.

que se inicia con la crisis del año 2001, y cerrará con una crisis coyuntural⁴⁶ en el ámbito local de la CABA.

Seguiremos la propuesta de análisis de Piva y Bonnet, quienes se preguntan por la emergencia –o no- tras la forma neoconservadora o neoliberal de Estado que se afirmó durante los años noventa en la Argentina. Para los autores, –forma de Estado” es la categoría que da cuenta de las características fundamentales del Estado capitalista en un período y espacio histórico determinado, con particulares relaciones entre lo político y económico: separación, por cierto, que produce el mismo Estado (2010:1).

Aquella categoría, entonces, cuenta con dimensiones que los autores seleccionan para el análisis de la metamorfosis estatal. Es a partir de concluir sobre las continuidades o rupturas con la forma neoconservadora o neoliberal de Estado que afirmarán las características que reviste el Estado en la Argentina, tras la crisis que tiene su principal pico en las jornadas de diciembre 2001. Por un lado, se propone aproximarse a una propuesta de análisis de continuidades y rupturas respecto de las formas de dominación que caracterizaron los años noventa y los que siguieron a las antedichas jornadas de lucha. Por otro lado, se propone para repensar aquellas conclusiones a la luz del devenir de las políticas socio-sanitarias.

Piva y Bonnet seleccionan cinco dimensiones para aquel análisis: primero, la posición de autoridad económica y monetario-financiera en el seno del poder ejecutivo; segundo, las relaciones entre distintas instancias del Estado: el poder ejecutivo, legislativo y judicial; tercero, la ecuación entre centralización y descentralización en los niveles territoriales del Estado; cuatro, las relaciones entre Estado y mercado en lo relativo a las privatizaciones, regulaciones, inversión pública; y quinto, los vínculos entre el Estado y sus principales mediaciones con la sociedad civil: los partidos y sindicatos (2010:2).

Es interesante retomar, entonces, las transformaciones que aquellas dimensiones evidenciaron entre los períodos que se observan. Siendo la autoridad económica, monetaria y financiera una posición central en los gobiernos menemistas, y siendo la presidencia un lugar de mediación interna entre técnicos y políticos, se favoreció las posiciones de los primeros en tanto esencialmente representantes de las necesidades del mercado. Aquello se modificó en los gobiernos subsiguientes. La autoridad decayó mediante acciones tendientes a ese fin: se produjeron cambios en los cuadros de dirección de la cartera de la economía, sucesivas reducciones o modificaciones de la jerarquía del Ministerio de Economía y la revitalización

⁴⁶ A propósito de las crisis orgánicas –como la que potencialmente fue la suscitada en Argentina en el año 2001- y las crisis coyunturales –como las que se afirman para explicar la necesidad de recambio de bloque en el poder entre el kirchnerismo y el macrismo-, se retoman los aportes Antonio Gramsci (2013) que se abordaron al inicio de este capítulo.

del Ministerio de Trabajo vía las paritarias y negociaciones colectivas, así como la pérdida de independencia del Banco Central de la República Argentina. La presidencia permaneció arbitrando, pero no entre técnicos y políticos dentro de los propios gobiernos –a los que subordinaría-, sino entre sectores de la burguesía. Sin hallarse alineados por intereses comunes expresados en la convertibilidad, el mayor cargo ejecutivo debía establecer los acuerdos necesarios para la continuidad del bloque de poder. Los autores afirman que este rol presidencial está más emparentado con las tradiciones populistas que con las neoconservadoras (Piva y Bonnet, 2010).

Respecto de la división de poderes, los años noventa se caracterizaron por la centralidad del ejecutivo, y la subordinación del legislativo y judicial al mismo. En concreto, se evidenció la toma de decisión legislativa vía decretos de necesidad y urgencia, y la convalidación de éstos a través de una dependencia de la Corte Suprema de Justicia al ejecutivo. Este último, modificó la estructura de la Corte, y reemplazó integrantes por quienes entendía cooptados (Piva y Bonnet, 2010). De la misma manera, como se afirmó en el momento anterior, subordinó a las fuerzas armadas, convalidando el genocidio con amnistías.

Entrada la década siguiente, si bien aquel uso de decretos como sustitución del poder legislativo pretendió continuar, así como aquello se convalidó vía leyes que certificaron la misma subordinación, la estrategia encontró un límite para el año 2008 (coincidente con el final de la reconstrucción de este momento histórico, y el inicio del próximo). Esto fue, cuando el conflicto con la burguesía agraria tuvo que solucionarse vía congreso, momento desde el cual decae el uso de decretos y de “superpoderes” por el ejecutivo. Se produce, sin embargo, una ruptura más clara con la Corte Suprema, a la cual se presiona para la renuncia de integrantes, se restituye la cantidad a la original, se realizan juicios políticos, y se reemplaza integrantes por actores no vinculados directamente al ejecutivo (Piva y Bonnet, 2010).

Siguiendo con la metamorfosis en la relación con los distintos poderes del Estado, se produce parcialmente una ruptura en relación con las fuerzas armadas, en lo que respecta a la última dictadura en la Argentina. Se revocan las leyes de punto final y obediencia debida, se declaran inconstitucionales las amnistías, y se reabren, por lo tanto, causas de lesa humanidad. Aquello permitió retomar una reivindicación histórica del movimiento de derechos humanos, aunque las necesidades de democratización se subsumieron a este trascendental hecho, sin avanzar sobre la continuidad de estas políticas en tiempos democráticos (Bonnet, 2016).

Respecto de la relación centralización/ descentralización de la intervención del Estado, se afirma, en los años noventa, un creciente nivel de descentralización de la política social, a

la par que una centralización de la política represiva (Bonnet, 2009). Piva (2011), retomando al mismo Bonnet, acuerda en la caracterización de la dinámica de descentralización de las políticas sociales. En estas destacamos la atención de la salud, entre otras políticas (educativa del nivel medio, ciertos servicios de infraestructura, etc.), a la par que el acorazamiento coercitivo estatal se centralizó en el ámbito nacional. Esto es fundamentalmente a partir de la evidencia del crecimiento de la gendarmería y su creciente papel en la intervención sobre la conflictividad social.

Es importante destacar que los autores entienden la dimensión descentralización/centralización respecto de la metamorfosis de la forma de Estado como una continuidad entre los años noventa y la década siguiente. Aún así, la forma de su ejecución es destacada como diferencial. De esta manera, no se revirtió la descentralización en la atención del sistema educativo medio, ni la atención de la salud; así como tampoco se apartó la función represiva antes mencionada. Sin embargo, el gasto público nacional aumentó considerablemente –y en mayor medida que jurisdicciones menores- en política de “asistencia social”, acompañando el aumento en gastos de educación, salud, asistencia, previsión, etc., pero fundamentalmente explicando su crecimiento por el gasto en “servicios económicos” como combustibles, transportes, energía (Bonnet, 2012).

En materia represiva y vinculada a la política socio-sanitaria, se destaca en la presente década la permanencia del papel asignado a la gendarmería como forma de contener el conflicto social. Desde el año 2011, vía el “Plan Unidad Cinturón Sur”, la militarización de villas y barrios de la Zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires, se canalizó por la instalación de esta fuerza militar dentro –o en las inmediaciones- de Centros de Salud y Hospitales. Con un pretendido discurso “anti-narcotráfico”, terminó por legitimar la disputa entre fuerzas represivas por el control de los territorios y la militarización de instituciones de política social. Sobre la dimensión respecto de las relaciones entre Estado y mercado, Bonnet describe la liberalización, desregulación y política de privatizaciones desarrollada en los años noventa. Asimismo, analiza “reversiones parciales” para con los gobiernos kirchneristas. La mantención de las privatizaciones fue el principal punto de continuidad, revirtiendo sólo algunas de las decenas de empresas privatizadas. En este caso, la política desarrollada fue, a pesar de contar con una ley duhaldista que le permita la revisión de cada privatización y concesión, la negociación de mantención de tarifas a cambio de subsidios (Bonnet, 2012).

Por último, tomaremos la dimensión que vincula los partidos y sindicatos con el Estado a los fines de evidenciar rupturas y continuidades entre los años noventa y las formas de dominación que resultaron post crisis del 2001. La relación sindicatos- Estado resulta

fundamental para entender el régimen político que se establece en cada momento histórico para asumir el conflicto entre el capital y el trabajo. En particular, desde la llamada “sustitución de importaciones” la dinámica de “integración” de los sindicatos a la dinámica estatal en clave de concesiones generó un proceso de burocratizaciones en estas organizaciones de los trabajadores. Esto fue así dado que a la dinámica de lucha salarial se le sumó la captación de una porción del plusvalor vía el establecimiento de las obras sociales, generando nuevas contradicciones no sólo entre el capital y el trabajo, sino de también de éste último y sus propias estructuras sindicales. Ahora bien, habiendo entrado en crisis en los años noventa la posibilidad de integración vía las concesiones, se requirieron nuevas estrategias de cooptación para el desarrollo de lo que se llamó “el sindicalismo empresario”. Sobre estas estrategias, y el panorama de organizaciones colectivas del Trabajo Social, especialmente en lo que respecta a las organizaciones sindicales con las que interlocuta en el ámbito socio-sanitario, se trabajará en el próximo capítulo.

Sin embargo, resulta necesario mencionar lo anterior para continuar estableciendo continuidades y rupturas significativas con la década anterior a ésta. Piva (2011) afirma la estrategia “neoparticipacionista” recuperando la necesidad de estas organizaciones en el disciplinamiento de la clase trabajadora. Aquel intercambio se produjo mediante el sostenimiento de la inserción institucional de los sindicatos, de las obras sociales, a lo que se sumó la negociación de subsidios, las AFJP’s, las ART’s, entre otras. Sin embargo, el bloqueo de la demanda salarial no pudo descansar únicamente en la vía coercitiva, produciendo disminución de su capacidad de movilización, organización y nuevas fragmentaciones a su interior. Sumarle a este panorama la aparición de las organizaciones de desocupados, y la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) como ruptura del monopolio de la Confederación General del Trabajo (CGT) marcó el contexto de crisis sindical del período.

Tras la crisis del 2001, la vía coercitiva (amenaza inflacionaria, desempleo) ha permanecido como techo de las demandas obreras, aunque con la base de las posibilidades de otorgamientos de mejoras y concesiones. Esto fue así mientras el contexto acumulativo lo permitía, llegando a su límite por los años 2006-7, período en el que se cierra este momento de la reconstrucción histórica, con la crisis política que fuerza el recambio gubernamental en la CABA. En este período se evidencia una reunificación de las centrales, a la par que su explícito apoyo contextual al kirchnerismo. En tanto aliados, la administración del Estado y las burocracias sindicales, mantuvieron –vía paritarias y negociaciones colectivas- los aumentos salariales como los mismos gobiernos los requerían (Piva y Bonnet, 2010).

Respecto de las relaciones partidos-Estado, los autores que nos encontramos revisando evidencian la centralidad del Partido Justicialista (PJ) en el análisis de los años noventa, y luego de la inflexión que significó la crisis del 2001. En los noventa, el PJ tendió a actuar monolíticamente, como un “partido de Estado”. Durante la crisis del 2001, el que “se vayan todos” afectó a la totalidad de los partidos, y la imposibilidad de profundizar aquella consigna en transformaciones sistémicas, habilitó que se produzca el recambio político en una nueva elección. En la misma, el PJ emergió como el partido menos golpeado de la crisis partidaria. Sin embargo, no pudo actuar como aquel partido monopólico, sino expresando en su propia interna una mímica de sistema de partidos, siendo los tres candidatos post crisis del mismo partido, en distintas fracciones. Los autores afirman que la década siguiente se encuentra caracterizada por el PJ funcionando como sistema de partidos, y el resto de los partidos no pudiendo erigirse como una alternativa sólida (Piva y Bonnet, 2010).

Nos podríamos adelantar, y establecer que se erigirá una alternativa: “Cambiamos”. En su versión “PRO” es la alianza hegemónica en la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2007 ininterrumpidamente hasta la actualidad. Asimismo, en el año 2015 y ante el recambio del ejecutivo, se erigió como la alternativa nacional por un período gubernamental, hasta alternar nuevamente con la alianza kirchnerista “Frente de Todos”. Aquello contextualizará el próximo período.

A modo de conclusión, el pivoteo entre los años noventa y los posteriores a la crisis del año 2001 permite sustentar la concepción de agotamiento de la forma estatal neoconservadora. Aún así, la cantidad de continuidades que se evidencian manifiestan también una constitución de lo que los autores llaman “hegemonía débil”. Esta actuó con los restos de la anterior, sin constituir efectivamente una nueva forma estatal. Es decir que, podemos establecer fuertes rupturas con los años noventa, pero también continuidades.

Con esta hipótesis abriremos las próximas reflexiones, entendiendo que si bien se cierra un ciclo histórico en el desarrollo de la crisis y jornadas de lucha del año 2001, la salida de la misma no resulta en una rotunda ruptura. Por el contrario, no clausura ni niega las principales características de la década del noventa aquí desarrollada desde la perspectiva sanitaria, sino que se asienta en ella y reconstruye débilmente un nuevo “interés general”. De la reconstrucción de la política socio-sanitaria, y del lugar que han asumido y sabido detentar los trabajadores sociales en dicho espacio socio-ocupacional, nos ocuparemos en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 2: LA RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES HOSPITALARIOS: ANÁLISIS DE UN CICLO HISTÓRICO ABIERTO

En este capítulo revisaremos la política socio-sanitaria del período que se abre con la crisis previamente presentada a fines del año 2001, hasta la actualidad. Esto es, con sus particularidades en la CABA, como espacio socio-ocupacional donde se producen también las transformaciones y movimientos del colectivo de los trabajadores sociales que se empleaban en el mismo.

Tomaremos, entonces, como eje vertebrador de este período, el momento histórico que se abre desde el año 2001 con una crisis orgánica. Si bien resulta necesario destacar que este momento histórico no se encuentra cerrado hasta la actualidad, justamente por la constitución de las “hegemonías débiles” que no logran re-instaurar un bloque histórico que asegure la dominación, se ha establecido a los fines analíticos un quiebre en el período para el año 2007. Dicho período coincide con el antedicho límite del período acumulativo nacional, estableciendo una crisis económica que tendrá su repertorio internacional.

Sin embargo, resulta fundamental destacar que el cierre del período tiene su razón primordial en los resultados de las entrevistas realizadas en esta investigación, las cuales establecieron una ruptura en la crisis política⁴⁷ que devino en la destitución del jefe de gobierno, Aníbal Ibarra, y la finalización del período gubernamental de “Fuerza Porteña” por su vice-jefe, Telerman. Finalmente, dicha coalición que sería derrotada en el contexto de aquella crisis, por el PRO, dirigido por Mauricio Macri, produciéndose significativas modificaciones en la gestión de las políticas socio-sanitarias de la CABA.

Es debido a las fuertes transformaciones en materia de demandas poblacionales, y de respuestas estatales a través de la política social, que les entrevistados encontrarán un cambio de momento histórico. Esto es, en el devenir del desarrollo profesional en los SSH, así como en los desafíos que se le plantean a la organización colectiva del Trabajo Social en ese marco. De esta manera, el ciclo que se abre en la Argentina a partir del año 2001, si bien se encuentra vigente en la actualidad, en esta investigación, por hacer foco en la CABA, las particularidades de dicho territorio exigen que se establezca un corte en el inicio de las gestiones macristas. Esto dará cuenta de su relevancia para comprender las transformaciones

⁴⁷ El contexto de aquella crisis toma un fuertísimo pico político con el juicio político al Jefe de Gobierno de la Ciudad, Anibal Ibarra, ante el incendio del establecimiento “República de Cromañón”, el cual funcionaba sin las garantías de seguridad para quienes ingresaban al mismo donde se producían recitales, encuentros y shows. El 30 de diciembre de 2004, cuando se produce el incendio, se provocan las 195 muertes y les miles de heridas que dejó como corolario. El juicio político de Ibarra concluyó con su destitución, agudizando una crisis política en el armado que, hasta ese momento, sobrepasaba las posibilidades de la alianza conservadora y ligada a la derecha argentina, encabezada por Mauricio Macri.

de las políticas socio-sanitarias. Veremos, entonces, este momento –organizado en este capítulo- en dos instancias: primero, el que se abre desde la crisis orgánica nacional a la crisis política de la CABA: es decir, el período comprendido desde el año 2001 al 2007, para ingresar en la segunda, desde aquella primera gestión macrista en la CABA hasta la actualidad.

I. De la crisis orgánica nacional a la crisis política de la CABA: metamorfosis de la demanda social y nuevas transformaciones en la política socio-sanitaria

El presente apartado se organiza en dos partes. Primero, trabajaremos sobre la demanda en los SSH durante la crisis del año 2001. Esta se expresó con fuerza como una ruptura con las tradiciones previas construidas alrededor del Trabajo Social en el ámbito sanitario. Veremos cómo esta metamorfosis contribuyó a la transformación del significado social de la profesión, a la par que la de los procesos de intervención profesional en salud. Sin embargo, a partir de este momento de profundas rupturas en la cuestión social en la Argentina, veremos, como no se constituye en una crisis superada, dándose una recuperación de los anteriores parámetros de demanda y respuestas. Por el contrario, las características que se expresan como ruptura, persistirán hasta la actualidad en la intervención del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

Para eso, en segunda instancia nos adentraremos en la reconstrucción de las respuestas de los organismos internacionales, nacionales y locales a la misma crisis, evidenciándose profundas transformaciones de las políticas socio-sanitarias, como escenario de profunda transformación del espacio socio-ocupacional del Trabajo Social. Las mismas presentarán características y particularidades según las necesidades de cada sector, aunque todas ellas tenderán a profundizar la estrategia de instalación de los seguros de salud como eje esencial de las reformas entabladas.

En aquella reconstrucción histórica, los trabajadores sociales desarrollarán distintas estrategias en los distintos espacios socio-ocupacionales del SES, no sólo pretendiendo mejorar posiciones y acceder a distintos lugares en el mismo, sino también continuando con las transformaciones –relativas y contradictorias entre sí- de su propio perfil profesional. Ese proceso se verá inmerso en un contexto regresivo, y sus resultados serán expansivos –en términos de conquistas relativas de espacios ocupacionales– así como de efectivización de transformaciones del quehacer profesional. Para eso, veremos que, tras la crisis política de la

CABA, se abrirán nuevas posibilidades para generar un nuevo y fuerte proceso de renovación en la profesión, cuestión que se desarrollará en el siguiente apartado de este capítulo.

a. La demanda en los Servicios Sociales Hospitalarios durante la crisis del 2001: el empobrecimiento poblacional y la asistencialización de la política social

Si el presente momento histórico abre en las jornadas de Diciembre de 2001, en materia socio-sanitaria, es significativo que las mismas ya se expresan el primer día de dicho mes, evidenciándose el alza en las protestas a lo largo y ancho del país.

El primero de diciembre de 2001 (día mundial de la lucha contra el VIH/Sida) grupos de usuaries de los servicios de infectología del SES exigían mejores condiciones de atención en las intermediaciones de la cartera sanitaria nacional por los recortes en salud y por la falta de disponibilidad y calidad de la medicación⁴⁸. La marcha de los barbijos” representó, en este momento, la síntesis de la capacidad organizativa de les usuaries del SES, no sólo por los recursos vinculados al propio sistema de salud, sino también, para desde éste, captar recursos vinculados a la salud integralmente concebida en momentos de pauperización: esto es, políticas vinculadas a los recursos materiales, a la transferencia monetaria, entre otros. Se evidencia en este pasaje:

—..fue un momento terrible, terrible, terrible, porque sí había organizaciones de personas con VIH. Estaban pidiendo comida. Y llegaron al programa a demandar esto”

Resulta evidente que las organizaciones de usuaries del SES son quienes construyen la conflictividad alrededor de las reivindicaciones que emergen como cuestión social, y esta última como plausible de ser atendida en la agenda pública. Aún así, resulta significativo el contenido de la misma ligado a la reproducción alimentaria o monetaria de la vida de las personas usuarias del SES. Se destaca no sólo la reivindicación sanitaria (vinculada a la medicación, la calidad de las prestaciones, etc.) sino también su complementación con la asistencialización de las demandas. Al emerger fuertemente les sujetos colectivos, su capacidad de obtener respuestas de parte del Estado resultó, para el 2001, en el ámbito de la salud y en la CABA, alta y efectiva. Una entrevistada afirma:

Me acuerdo en particular de la Red Mujeres. Ellas estuvieron bastante ... Después NEXO, Buenos Aires SIDA. Ellos empezaron con la demanda. Y también se armó ahí lo de los bolsones de comida a través del Ministerio, que en ese momento Desarrollo Social entregaba bolsas de comida. Y eso también se armó...

⁴⁸ La Nación (2001) "Protesta contra el recorte en salud". Último ingreso 29-03-2020, disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/protesta-contra-el-recorte-en-salud-nid355691>

Vale destacar que en la reconstrucción de las trayectorias profesionales los profesionales pueden ubicar la intervención estatal en distintos espacios de intervención para la crisis orgánica evidenciada en el año 2001 en el país. En ese sentido, carteras estatales más vinculadas a la transferencia de recursos, como ser “Desarrollo Social” también pone en evidencia que las políticas sociales aparecen producto de la emergencia organizada de colectivos de trabajadores (desocupados):

—...termino laburando en el medio del quilombo de 2001 con las organizaciones de La Boca, que eran las que venían a pedir alimentos.... empiezo a quedar más en la entrega de alimentos... dentro de política alimentaria había entrega de alimentos y este incipiente vale que estaba armándose”

—...se le empieza a bajar alimentos a las organizaciones de la villa y a trabajar con los cuerpos de delegados en la entrega de alimentos. Año 2001. Y empiezan a aparecer las otras organizaciones que no son de la villa... ahí yo empiezo a laburar con ellos”.

Sin embargo, vale destacar también que la incorporación de las reivindicaciones colectivas sufren una tergiversación ante la elaboración de respuestas estatales, atravesando por un proceso de descolectivización, y por tanto de individualización de la atención —del Estado, y por lo tanto, de la intervención del Trabajo Social—.

—...Pero después pasé por una línea que hacía entrega individual... Y se fue transformando: la entrega individual en el ticket y la entrega individual en el vale... que después fue Ciudadanía Porteña”

Ahora bien, si bien el accionar de las organizaciones colectivas y su relación con los SSH da cuenta de algunas transformaciones en la política socio-sanitaria ante la atención de una crisis, —en clave de lucha de clases, de concesiones y conquistas (Pastorini, 1999)— no es de la única manera que se evidencian dichas transformaciones. También veremos cómo la demanda social sufre modificaciones en la atención individual, encarnadas en sujetos que presentan demandas para los SSH. Algunas entrevistadas afirman:

—...Yo me acuerdo de la comida, de los bancos de medicamentos que había en ese momento (estaba Caritas que daba medicamentos, otros que recibían donaciones y la gente iba a esos lugares a buscar remedios), eso era todo mucho más precario como estaba armado... ”

—...me acuerdo que ya se empezaba a marcar las dificultades en el acceso al derecho a la salud pero básicamente a la medicación. Eso era como muy fuerte...Las personas solicitaban alguna medicación y no tenían dinero para acceder”

—...esta zona fue muy crítica en relación al tema de la vivienda... abajo de las autopistas quedaron muchas viviendas que fueron expropiadas... vino mucha gente de provincia a tomarlas... las casas tomadas fue algo fuerte, que generaba mucho prejuicio barrial, las cosas que trae el fenómeno de la exclusión”

—...en esa época también empezó a verse mucha más población en situación de calle. Se desarrolla todo lo que es, que ahora se consolida como el barrio...”

—... *El Tren Blanco venía para acá ... en esa zona todavía ves mucho movimiento de cartoneros. Que viste que después con el tren que va a José León Suárez se dejó de hacer, pero veías mucho esa situación...* ”

Previamente se abundó en citas para establecer cabalmente un estado de situación que dé cuenta de las condiciones de atención de los SSH. Estos servicios, que habían conquistado su ingreso a la carrera, la diversificación de las titulaciones habilitadas para la intervención profesional, y también, la disminución de sus dotaciones, la paralización de sus salarios, y los ingresos de modalidad precaria al mismo SES, se enfrentan a una pauperización de los sujetos - usuaries, a la par que de sus condiciones de trabajo.

La metamorfosis de la demanda, entonces, tensa –relativamente- aquella posible búsqueda de nuevos perfiles y quehaceres profesionales que se distancien del conservadurismo y subsidiariedad profesional, para enfrentarse con el empobrecimiento y asistencialización de la política socio-sanitaria. Es en los procesos de transformación de la demanda, y de los trabajadores sociales en los SSH, que emerge, en esas tensiones y complejos procesos, el quehacer profesional históricamente situado.

En articulación con las organizaciones, las respuestas que elaboró el colectivo profesional (en conjunto con los equipos de salud) sobrepasaron la demanda de las mismas, estableciendo viabilidades sobre los recursos intersectoriales disponibles dentro de las carteras estatales. Aparece, en el pico de la conflictividad social, la atención articulada de los SSH con organizaciones colectivas. Cuestión que no daba cuenta de la generalidad y regularidad de la intervención profesional planteada en otros momentos (como podrían ser articulaciones más locales, esporádicas o puntuales), y que tampoco se sostendrá a lo largo del tiempo en esta misma dinámica.

—...*lo de los bolsones fue con las organizaciones y los planes jefes y jefas fue una iniciativa nuestra. A nivel profesional fue re interesante. Estresante...* ”

—...*Laburamos, armamos todo un proyecto de lo que eran los Jefes y Jefas de Hogar. Para las personas con VIH... Y en ese momento había una Dirección que... tenían planes jefes y jefas para dar, pero era contra presentación de un proyecto y contraprestación laboral. Entonces a nosotros se nos ocurrió armar eso... hicimos un laburo con los servicios sociales hospitalarios para que le ofrecieran a la gente ... ”*

Sin embargo, estas acciones se entrecruzaron, inevitablemente, con los desafíos que imprime la atención individual de las personas que demandan en los SSH. Aquello también implicó transformaciones en la intervención profesional, al compás que de la política socio-sanitaria. Como se verá, se registra una fuerte asistencialización de la política social, produciendo un corrimiento que va de la gestión de recursos o desarrollo de procesos de los SSH ligados más específicamente a la atención de la salud, hacia la reproducción material de la vida de los usuaries. En síntesis, les entrevistades afirman:

—... post 2001 esta cosa de empezar a ver la recurrencia de los motivos de consulta ligados a cosas materiales y los planes sociales... lo que tiene que ver con la transferencia de ingresos, y el jefes y jefas, me parece que permitió ver que en la demanda había cosas que se repetían y que la respuesta tal vez no era necesariamente lo que vos podías hacer individualmente con cada uno... vi una forma de pensar la profesión desde una dimensión más colectiva en lo que tenía que ver con demanda, es ahí, post 2001”

—...Respuestas individuales, fragmentadas, con intentos de reconstrucción dentro del hospital del proceso de salud: hablábamos con el pediatra, con el médico, armábamos estrategias, tratábamos que se diera cuenta de cómo incidía la cuestión social en esa población”

—...Y es en esa época, yo cuando ingresé al Hospital no estaba tan presente el dispositivo de demanda espontánea. Porque se interconsultaba más que otras cuestiones. Y llegaban, perdidas, algunas demandas al Servicio Social. Después, con la pauperización del proceso social, ahí empieza a abrirse más la demanda espontánea”

—... la respuesta del trabajo social era siempre gestiva, de orientación de recursos, "no leas nada más" en esa situación, porque lo que hace trabajo social es articular recursos, gestionar recursos”

Aparecen aquí como emergentes la transformación del repertorio de políticas sociales con las que interlocutan los SSH. Sin embargo, se reproduce el lugar socio-histórico asignado en el devenir de la reproducción social, en las posibilidades y límites que se establecen a partir de la ejecución de las políticas sociales. De esta manera, la conquista, de las organizaciones colectivas y de las luchas sociales en general, en respuesta a más de una década de crisis, de políticas sociales de transferencia de recursos materiales, significó la transformación de los procesos de intervención profesional.

Sin embargo, emerge también en los fragmentos anteriores diversas formas de situar las posibilidades de intervención profesional. Por un lado, la des-individualización de las demandas, es decir, la colectivización de las mismas como posible modo de aportar a los crecimientos de las luchas que devienen en nuevas conquistas en materia de políticas sociales. Por el otro, encontramos significaciones de la profesión signadas por un perfil más gestivo, de atención individual, que ofrece respuestas a los interrogantes que se plantean, y que encuentra en esas mismas acciones el límite de la intervención profesional. En este sentido, la política social aparece como el deber ser (aquello que *“hay que hacer”*), y el techo (aquello que no hay que sobrepasar, y que viene *“dado”*). En esta última opción, las posibilidades de desarrollo profesional con mayor nivel de autonomía relativa, aparecen, por definición, nulas.

Lo anterior podría verse tensionado por la ya citada renovación que se va produciendo lentamente por distintas vías. Esto es: por la diversificación de titulaciones y el ingreso de residentes a las plantas funcionales de los SSH —cuando se producían vacantes y se sorteaban los complejos procesos burocráticos para el ingreso—. También se produjo por la propia dinámica de transformación ante el desarrollo de fuertes debates profesionales entre

generaciones, diversas experiencias de formación y activa participación de las organizaciones colectivas del Trabajo Social.

Siguiendo con las transformaciones en la demanda social, los SSH continúan conviviendo con la experiencia de atención en otros dispositivos, como ser los centros de salud. Estos últimos, si bien no son objeto principal de esta investigación, evidencian también la misma asistencialización de la demanda hacia el Trabajo Social, en tiempos de crisis socio-sanitaria. Veamos algunos fragmentos:

—.. me acuerdo de hablar con las compañeras del (centro de salud) sobre la reconversión de los motivos de consulta... cosas materiales, la vivienda... a mí me llamaba mucho la atención la cosa de empezar a desplazarse circularmente... la gente venía de Bolivia al Bajo Flores y se quedaban... empieza a pasar que se empiezan a ir a Provincia... O la instalación de los talleres en Provincia... ”

—.. consultas por cómo hacer con la continuidad escolar de los niños si se iban a provincia, si tenían que pedir informe, si la vacante la gestionaban acá o la gestionaban allá... todos temas nuevos... Y en ese momento no es que abrías la compu y...”

—.. tengo la sensación de que hubo cambios en las pautas de consumo de droga en ese momento, y empezabas a ver pibes muy hechos mierda... algo cambió también en eso. Y en los centros de salud lo veías en la puerta”

Les trabajadores sociales, como trabajadores de la salud, también continuaron atravesando, en el mismo proceso de renovación, un incremento en su precarización laboral. Se manifestaba como una situación relativa ante las alarmantes cifras generales, impidiendo un mayor desarrollo progresivo de las fuerzas que potencialmente allí se reunían. Es en ese marco, de una fuerte crisis social, laboral y profesional, que afirmamos transformaciones lentas y relativas en las posibilidades de ruptura con la impronta conservadora y subsidiaria. Asimismo se evidencia mayor vertiginosidad y fuerza ante la asistencialización de la demanda y los procesos de intervención para responder a las mismas. Refiriendo a las condiciones de trabajo, integralmente concebidas, incluyendo elementos salariales, materiales, y de salud laboral, les entrevistades reflexionan:

—..Teníamos el sueldo que una parte la cobrábamos el primer día y la otra a los cinco días, pero siempre fuimos cobrando... Y ya te digo, en recursos circulaba algo. Pero fue re duro, fue tremendo eso”

—..Yo el gobierno de Ibarra me lo acuerdo perfecto, porque fue todo el de la crisis... la Ciudad lo pilotó bien, en el sentido que nunca cobramos patacones ni nada de eso”

—..También es una época donde muchas compañeras empezaron a tener problemas de salud mental. No muchas, algunas, pero que a mí me parecían significativos. Era realmente duro el laburo en esa época”

Ahora bien, se intentó describir cabalmente los alcances de una crisis orgánica, expresada en la particularidad del ámbito socio-sanitario. La complejidad de las estructuras que entraron en crisis, es decir, que se mostraron en un permanente estado de ruptura no fue

posible de circunscribirse a un sector o una explicación unicausal. Expresamos rupturas vinculadas a la demanda poblacional, a la capacidad de respuesta del SES, a la identidad y quehacer de quienes desarrollaban tareas en el mismo, y hasta en la afectación de las propias condiciones laborales de quienes realizaban tentativas de respuestas.

Sobre aquellos profundos quiebres, los actores sociales de mayor relevancia se verán forzados a elaborar tentativas respuestas, vinculadas a sus intereses, posiciones y posibilidades. Aquello se producirá en los límites que imponen las necesidades de reconstrucción del Estado capitalista, y por lo tanto, en los límites que aquello impone a las políticas sociales. La reconstrucción del SES, desde la mirada de los actores internacionales, nacionales, y de la CABA, nos brindará varias vías para caracterizar las políticas socio-sanitarias en el período de estudio. Esto se hará, con el fin de desarrollar también los movimientos de los trabajadores sociales en los distintos espacios socio-ocupacionales.

b. Las respuestas estatales a la crisis: las transformaciones de la política socio-sanitaria en la Argentina

i. *Los actores internacionales*

Con la organización callejera fenomenal que se produce en Diciembre de 2001, se produjo indefectiblemente un límite al ajuste estructural de décadas en la Argentina. Sin embargo, la captación de recursos perteneciente a los organismos internacionales de parte de los Estados nacionales implicó, no únicamente una mayor capacidad económica para responder materialmente a la crisis, sino también el compromiso de asumir nuevos lineamientos de reformas en cada sector.

Los actores internacionales podrían diferenciarse en, fundamentalmente, dos tipos. Primero, aquellos relacionados con las líneas de crédito para el financiamiento –y consecuente direccionalidad- de las políticas socio-sanitarias. Estos son, principalmente, el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). En el mismo plano internacional, situamos, en segundo lugar, a los organismos de coordinación en materia de Derechos Humanos⁴⁹, organizaciones que reproducen, mediante sus resoluciones, el orden establecido internacional. En materia de Organizaciones de Derechos Humanos, la política socio-sanitaria cuenta con la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada en 1948, tras la creación de las Naciones Unidas, cuya declaración de la salud como un derecho inalienable se emanó de la constitución de la OMS. En el ámbito regional, la OMS cuenta con una filial americana denominada

⁴⁹ Las referencias al derecho a la salud como tal, y los marcos legales que se articulan en nuestro país fueron brevemente descriptos en el Capítulo 1 (Ver título: –Reformas sanitarias y ajuste estructural: el adentramiento a una crisis socio-política en la Argentina y su impacto en la CABA?.)

Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde el año 1949, aunque cuenta con antecedentes de su creación y sucesivas transformaciones desde principios del siglo veinte.

Los organismos citados, tanto de crédito como de defensa de los derechos establecidos mediante la política internacional, producen exigencias y recomendaciones para definir las necesidades de atención de las políticas sanitarias en cada país. Se trabaja con la hipótesis que afirma que se fuerza una consonancia directa entre las necesidades de rendimiento crediticio y la concepción de “derecho”, que se transforma históricamente acompañando el movimiento económico internacional. De esta manera, pareciera que la concepción ciudadana de derecho sirve a los fines de legitimación de aquello que ciertos actores requieren para su funcionamiento, ligado a la productividad de las inversiones y las posibilidades de profundización de la dominación político-económica que ejercen.

Los indicadores sanitarios que se evidenciaron como consecuencia de aquel ajuste sistemático aparecen, en el discurso de los organismos internacionales como efectos no deseados, o como la mala aplicación o gestión de políticas de intervención previas. A modo de ejemplo, el Banco Mundial afirma que la crisis económica en la Argentina sumió al 50% de la población en la pobreza, con altísimos índices de desempleo, explicándose así una mayor presión sobre la atención del sistema de salud estrictamente estatal por la pérdida de otras coberturas de salud, en el mismo momento en que el Estado asumía recortes en ese sector.

Aquello, entonces, explicaría el deterioro de los índices sanitarios, como ser aquellos que mide entre los años 2000 y 2002, cuando aumenta la mortalidad infantil –con mayor expresiones de la desigualdad entre distintas provincias- (Banco Mundial, 2013 y 2015). De la misma manera el Banco Interamericano de Desarrollo informa que a fines de 2001, tras una larga recesión en la Argentina, los indicadores antes mencionados respecto de pobreza y desempleo generaron drásticamente una disminución del ingreso per-cápita, y por lo tanto, una caída también del acceso a medicamentos. Para aquel año, el organismo informa que los hogares gastaban el 43% de sus ingresos en la salud, y el 25% de los mismos en medicamentos⁵⁰ (Tobar, 2004).

De aquellos datos, que abundan en documentos de organismos internacionales, surgen tres consecuencias: primero, que la Argentina debe revertir estos indicadores. Segundo, que

⁵⁰ Cabe destacar que estos estudios se presentan como un dato, porque impactarán directamente en la política nacional sanitaria. Sin embargo, que la compra y consumo de medicamentos resulte en un lugar privilegiado en el presupuesto doméstico surge, en gran medida, de la instalación de mercancías por parte de la industria farmacéutica, y de las características de la atención de la salud en nuestra sociedad, inmersas en un creciente proceso de biomédicalización de la vida. Pero vale recordar que no necesariamente da cuenta de un aumento o de la conquista de mejores y más integrales situaciones de salud en la población.

Sobre las relaciones entre medicalización de la población e industrias farmacéuticas existen múltiples desarrollos conceptuales. Entre ellos se pueden revisar los aportes de la sanitarista argentina Celia Iriart (2008, 2012, 2014).

para hacerlo requiere de préstamos por encontrarse subsumido en una profunda crisis. Tercero, que al obtener dichos recursos, debe reformar las características de la atención sanitaria, que por contar con ofertas amplias de servicios y recursos, para la totalidad de la población, fracasó en ciertos objetivos prioritarios (responsabilizándose de esto al propio sistema sanitario, por ineficiente, ingobernable, incontrollable, complejo, etc.). De aquí que la focalización poblacional, la oferta selectiva de prestaciones y el financiamiento institucional basado en resultados emerja –con mayor fuerza– como reforma sanitaria, dando cuenta de la importancia de desestimar estudios que no privilegien la perspectiva histórica o pretendan explicar totalidades en sus estudios. Aún así, serán relevantes para comprender la inserción de los trabajadores sociales en espacios donde las lógicas institucionales servirán a los propósitos de reforma en el SES.

En este sentido, las reformas sanitarias en el país, y su correlato internacional, irán teniendo con mayor fuerza la ecuación antedicha, de profundización de la lógica de aseguramiento individual y de financiamiento institucional por demanda satisfecha. Esa homogeneización de las reformas estará fuertemente correlacionada con el acceso a préstamos. Sin embargo, para las entrevistadas las reformas no son fácilmente relacionables con los procesos regionales o internacionales, produciéndose con mayor facilidad un análisis de la política pública socio-sanitaria vinculada con los gobiernos locales, o con mayor generalidad, con los nacionales. Probablemente esto también se vincule con que el acceso a préstamos y las condicionalidades en materia de diseño e implementación de políticas no son explicitados o difundidos por las carteras sanitarias de cada gobierno, sino que por el contrario, aquello suele ser silenciado y tergiversado como mecanismo de protección de la gobernabilidad. En una entrevistada, sin embargo, aparece explícitamente la participación de estos actores sociales:

—..Pero tiene que ver con la injerencia de los organismos internacionales en la gestión, sobre todo del ámbito de salud, con los cambios del Estado, en relación a devaluar los sistemas de protección del viejo Estado de Bienestar. Yo decía todavía salud, y eso lo sigo sosteniendo, salud y educación eran los únicos campos que seguían teniendo algunas líneas de lo que desarrolló el Estado de Bienestar...”

Retomaremos más adelante las respuestas del Estado nacional ante las exigencias internacionales de reformas sanitarias y de políticas de atención a los efectos socio-sanitarios de la crisis que se venía atravesando. A los fines aclaratorios resulta de relevancia vincular los anteriores diagnósticos de los organismos internacionales de crédito con las líneas de financiamiento estructuradas en la Argentina a partir de la instalación de programas nacionales. De los alarmantes indicadores de mortalidad infantil, el Banco Mundial financió

el “Plan Nacer” puesto en marcha desde el año 2004. Por su parte, el Banco Interamericano de Desarrollo financiará el “Plan Remediar” (con apoyo técnico y en las negociaciones con los organismos de crédito de parte de la Organización Panamericana de la Salud, explicitándose los vínculos antes mencionados entre los actores internacionales). Adelantándonos en el tiempo, para el año 2012, el mismo Banco Mundial re-editará el financiamiento del “Plan Nacer” aumentando la cobertura poblacional del mismo, denominándose “Plan Sumar”.

Resta destacar que los diagnósticos elaborados por los organismos internacionales, que redundaron en financiamientos programáticos, son también legitimados por los organismos internacionales en materia de Derechos Humanos. La Organización Panamericana de la Salud tiene una multiplicidad de documentos en el sentido antes descrito, y se destaca que uno de ellos trabaja exclusivamente sobre los efectos sanitarios de la crisis 2001-2003 en la Argentina. En el mismo se plasma la posición de la Organización respecto de los aspectos políticos, económicos y sociales de dicha crisis, para luego puntualizar aspectos específicamente sanitarios. Sobre estos, indica que a partir de la década del setenta se profundizan los aspectos de fragmentación del sistema –hipótesis que se comparte-, produciendo la atención de asalariados, jubilados y pensionados por el sistema de obras sociales, que convive con una amplia oferta privada de servicios. Sin embargo, para mitad de la década del noventa, el desempleo forzaba la atención del sistema público, así como desfinanciaba al sistema de obras sociales (OPS, 2003).

Enfocándonos en el SES, el mismo documento explicita la afectación operativa de los hospitales de gestión estatal debido a la crisis financiera del país, sobre-demandando prestaciones ante el creciente desempleo. El documento estima que los índices de pobreza del país acompañan los índices de aumento de la población que exclusivamente utiliza el SES como prestador de salud. Ubica esta situación en la gestión provincial o municipal, explicitando la función de la cartera nacional en la elaboración del delineamiento de políticas indicativas y el accionar selectivo. Vale destacar que, como hemos indicado en el capítulo anterior, estas funciones reservadas al Ministerio de Salud de la Nación se producen por la política de descentralización del mismo, habiendo transferido en la década del noventa los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales, y a la CABA, en nuestro caso. De esta manera, la gestión de programas selectivos y la elaboración de lineamiento sanitario, se producen, justamente, como consecuencias del ajuste del Estado nacional, y de la transferencia de instituciones a jurisdicciones que tuvieron, en una gran cantidad de casos, el mismo de desfinanciamiento y supresión, pero pagando los costos políticos de aquellas decisiones en cada enclave territorial.

El mismo documento expone como principal diagnóstico del análisis de los indicadores socio-sanitarios la necesidad de revertir las enormes inequidades que existen en materia de salud. Ejemplo de esto es que la tasa de mortalidad infantil en la CABA, para el año 2001, era de 9,6, mientras que en el mismo año en la provincia de Formosa era de 28. Así se exponen también desigualdades vinculadas a la expectativa de vida en adultos que viven en provincias con más o menos recursos, lo mismo que la accesibilidad a recursos como cloacas o agua potable (OPS, 2003).

Retomando la respuesta del SES ante la afluencia de usuarios, y con los indicadores antes citados, es de suponer que la caracterización de los entrevistados respecto de la atención en pleno desarrollo de la crisis. La misma pondera el aumento de la demanda poblacional, en contexto de un enorme deterioro socio-económico, sin capacidad de resolución de compra de insumos y pagos de prácticas a partir del gasto de bolsillo, con presupuestos estatales deteriorados.

Ante esto, la OPS recopiló las principales tensiones que se evidenciaron en los hospitales de gestión estatal. Se destacan el aumento del costo de insumos, instrumental y servicios, no pudiendo responder a la demanda de medicación, reutilizando material descartable para prácticas, y no pudiendo realizar muchas pruebas diagnósticas. De la misma manera el deterioro salarial y falta de pagos a los trabajadores deterioró aún más la capacidad de respuesta institucional. La atención se vio fuertemente desbordada, aumentando considerablemente las consultas en el marco de la guardia hospitalaria y de las especialidades médicas. Asimismo aumentaron las consultas vinculadas a la salud mental de la población, las complicaciones por prácticas vinculadas al aborto, la desnutrición materna y de recién nacidos, enfermedades vinculadas a la accesibilidad tardía en padecimientos crónicos, entre otros indicadores (OPS, 2003).

Sobre esto, el documento festeja como "lecciones aprendidas" las medidas de eficiencia en la asignación de recursos, restricción de prestaciones garantizadas por el SES, la optimización de recursos escasos, reducción al mínimo de pruebas diagnósticas y de análisis, la promoción de la reducción de estancias en internaciones, la restricción del uso de ambulancias y la solidaridad de los trabajadores para la obtención de recursos, como ser la venta de rifas (OPS, 2003).

Como se observa, en clave de organismo especialista en materia socio-sanitaria, esta organización, defensora de los Derechos Humanos, especialmente del Derecho a la Salud, construye la viabilidad teórica y técnica para la profundización de la reforma sanitaria vigente. Esto es, que aporte sectorialmente para una posible salida a una crisis orgánica, a

través de la reducción, selectividad y eficientización del gasto público en el SES. De esta manera si bien los indicadores de pobreza y desocupación son el primer dato que el mismo documento explicita a los fines de comprender una emergencia sanitaria, sus hipótesis de trabajo no se centran en la reversión de los mismos indicadores, sino al ajuste de las prestaciones del SES para adecuarse a esta nueva situación y composición de los usuarios del mismo.

Resulta de relevancia concluir, que más allá de las posiciones e intencionalidades de los actores que intervienen en la crisis socio-sanitaria, el SES indefectiblemente pasará a tener una directa ligazón con la provisión de servicios básicos para las personas pobres. Esto afirma una pauperización no sólo en la demanda de la población, sino también en las respuestas estatales en materia de salud pública a la misma. Esta tendencia, afectará directamente las posibilidades y percepciones sobre las posibilidades de acción y organización del Trabajo Social en los espacios socio-sanitarios, aunque los profesionales no identifiquen directamente esta ligazón.

ii. El Estado nacional y las políticas socio-sanitarias: la marcha hacia los seguros de salud

La posibilidad de reestructuración política ante la crisis orgánica devino nuevamente de la mano del peronismo, que organizado en diversas fracciones, encontró primero en el Duhaldismo, y luego en el kirchnerismo viabilidad gubernamental⁵¹. La revisión de la serie de acciones tomadas como estado de excepción da cuenta de la maleabilidad de los derechos sociales en tiempos de crisis, y aún así, la necesidad de responder a las necesidades de la población, con fuerte presencia pública en la organización callejera.

Con apoyo del Congreso Nacional, veremos una serie de decisiones de los ejecutivos nacionales y del Ministerio de Salud, a los fines de responder parcialmente a las demandas sociales. Sin embargo, a la vez, estas decisiones tendrán su correlato con las demandas internacionales de acogimiento de paquetes de reformas que permitieran el acceso recursos financieros en un momento donde la capacidad productiva del país se encontraba profundamente deteriorada⁵².

⁵¹ Sobre las jornadas de lucha del año 2001, y la reestructuración de la capacidad de gobierno como salida en la propia dinámica del estado capitalista, existe vasta bibliografía. En esta producción existen varias revisiones de Piva y Bonnet (2010), Bonnet (2009, 2012, 2016), Piva (2011).

⁵² Vale caracterizar la capacidad productiva con dos datos: si para el 2001 el producto bruto interno del país había variado negativamente con el año anterior por más de cuatro puntos, para el año 2002 aquello se deteriora aún más, variando negativamente por más de diez. Asimismo si las importaciones en el país venían disminuyendo desde los últimos años de la década del noventa por encima de los veinte mil millones de dólares, para el año 2001 aquella cifra cayó a menos de nueve mil millones (OPS, 2003). Sin producción y sin importación, la actividad económica del país se establecía regresivamente,

El 6 de enero de 2002 (en tiempo récord tras las jornadas de lucha) se sanciona la Ley N° 25561 de emergencia pública y de reforma del régimen cambiario, estableciendo la emergencia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. Faculta al poder ejecutivo (hasta la celebración de las elecciones nacionales del año 2003, pero que luego sería sucesivamente prorrogada) a la toma de decisiones tendientes al “reordenamiento” del sistema financiero, económico –con explicitación de la regulación del empleo y de la distribución del ingreso-, y de la deuda pública.

Por su parte, esta ley produjo una serie de decretos que operacionalizarían los alcances y limitaciones a la exigibilidad en materia de derechos sociales de las respectivas declaraciones de emergencia. La correspondiente a la alimentaria se produjo el 15 de enero de 2002 (108/2002), estableciendo un presupuesto para la creación del Programa de Emergencia Alimentaria, por el cual se entregaban alimentos, y luego vouchers. El 22 de Enero del mismo, se decreta la emergencia ocupacional (165/2002), por la cual se crea el Programa Jefes de Hogar que establece transferencias monetarias a familias desocupadas⁵³. Ambas emergencias prevén la participación nacional y de los gobiernos locales, como la CABA, así como garantiza la participación de las organizaciones sociales.

Por último, y con mayor centralidad para este desarrollo, se decreta el 12 de Marzo de 2002, la emergencia sanitaria nacional (486/2002). Es de destacar que esta situación se encuentra prorrogada ininterrumpidamente en más de una docena de instrumentos legales hasta la actualidad. La misma faculta al ejecutivo nacional (y delega para esto al Ministerio de Salud) a restablecer el suministro de medicación para los servicios de internación, de la misma manera que insta a garantizar estos mismos insumos para la consulta ambulatorio, pero sólo en el caso de las personas que presenten “condiciones de alta vulnerabilidad social”. Asimismo faculta a garantizar el tratamiento en materia de enfermedades infecciosas, como las prestaciones médicas “esenciales” para jubilados y pensionados.

Para responder a las anteriores tareas, el decreto citado establece la creación del Programa de Universalización de Acceso a los medicamentos. Asimismo faculta a la misma cartera sanitaria a establecer una selección esencial del Programa Médico Obligatorio⁵⁴, que finalmente se establecería por la resolución 201/2002. El decreto también establece la

sin capacidad de resolver las necesidades de su población. Ya se indicó previamente la suba de los índices de pobreza y desempleo.

⁵³ Sobre este programa y su vinculación con las organizaciones sociales que demandaban respuestas estatales en el sector de salud, se trabajó páginas atrás.

⁵⁴ Creado en el año 2000, el programa establecía la garantía de prestaciones, servicios e insumos para las obras sociales. Para el año 2002, aquello se restableció como “PMOE” (Programa Médico Obligatorio de Emergencia), y ofrecía un listado de servicios esenciales exigibles a las prestaciones de salud de las obras sociales, poniéndole un piso para el acceso, a la par que un techo a las demandas sobre éstas, y recortando, concretamente, los alcances del derecho a la salud.

reestructuración del Fondo Solidario de Redistribución (que permitía la cooptación de recursos económicos de las obras sociales de mayores aportes, hacia aquellas de menos; fondo que será de permanente disputa histórica entre las organizaciones sindicales y el Poder Ejecutivo Nacional) y suspende la ejecución de sentencias de obras sociales. Por último, establece la intervención del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (conocido por su prestación médica como PAMI), y facilita la contratación precaria para responder a las demandas de esta última institución. Veremos más adelante, como este tipo de instrumentos legales legitimarán y actuarán como disciplinadores a la hora de aceptar condiciones de atención y de trabajo que instalen la precariedad.

Un somero análisis de la letra del decreto de emergencia sanitaria puede establecerse sobre la centralidad del mismo en las obras sociales –tanto públicas estatales como sindicales-. En este sentido alivia su peso para aquellas en situación de quiebra, puntualizando que tal concesión se produce en la dinámica de luchas sociales y de cooptación sindical. Para esto, se suspenden las sentencias, así como se establece una caja de distribución de fondos, los cuales requerirán de relaciones con el ejecutivo nacional para hacerse de los mismos. Respecto del SES, se restablecen prestaciones, centradas, fundamentalmente, en relación con la industria farmacológica, garantizando insumos en las internaciones, pero instando a la reducción de los mismos para la población que accede de modo ambulatorio a las instituciones hospitalarias. Veremos que dicha prestación tendrá su correlato en las reformas sanitarias venideras, vinculadas al avance de los seguros de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación (en adelante, MSN), como ya se afirmó, en este momento histórico ya no cuenta con instituciones hospitalarias para su gestión, puesto que durante los años noventa descentralizó la gestión de las mismas.

En ese sentido, el Ministerio construirá una política que interviene centradamente en el diseño y gestión de programas nacionales, que dotarán de recursos a la Provincias, a la par que las comprometen a co-invertir en ellos. Asimismo establecerá lineamientos de política sanitaria, con el fin de lograr reformas al interior de los sistemas de salud, sin gestionarlos directamente⁵⁵. Antes de analizar esta lógica propiamente dicha, haremos un breve recorrido por los principales programas de creación y fuerte desarrollo en la gestión duhaldista y primera gestión kirchnerista del Ministerio de Salud (a cargo de Ginés García González en

⁵⁵ Debido a la centralidad de esta forma de gestión ministerial es que resulta necesario reconstruir las principales líneas programáticas desarrolladas, puesto que inciden, necesariamente, en los alcances y posibilidades de los trabajadores sociales en la ejecución terminal de la misma política socio-sanitaria. Reiteramos que, dado esta lógica programática, la penetración del MSN en el SES de la CABA se produce de forma directa, e instala prácticas que tienden los objetivos de reforma sanitaria.

ambos períodos), la cual cierra para el año 2007, momento en que estableceremos un relativo corte histórico ante los cambios de gestión político-sanitaria en la CABA.

Algunos programas, planes y direcciones nacionales presentaban una continuidad con gestiones anteriores (la vinculada a la atención de personas que viven con VIH/Sida, la diabetes, la tuberculosis, la acreditación de especialidades y capacitación de los trabajadores de la salud, entre otras). Esto es, que se constata su existencia previa, sin desconocer, que a lo largo de su trayectoria, atravesaban momentos de mayor ampliación y retracción, propio de la dinámica de luchas alrededor de la visibilización o emergencia de los mismos.

Sumado a eso, se produce la creación –parcial- de nuevas iniciativas en el MSN. Mencionaremos la creación de uno aquí, que presenta su dinámica particular, y seguidamente desarrollaremos dos de ellos. Esto resulta necesario para la comprensión y análisis de las principales tendencias de las reformas sanitarias del ciclo histórico sobre el que estamos reflexionando. Entonces, es de relevancia afirmar la sanción -es decir, con intervención del Congreso Nacional- de la Ley 25.673, que establece la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La misma se produjo en el año 2002, así como su decreto reglamentario en el año 2003. A través de la misma, se garantiza el acceso gratuito y universal a métodos anticonceptivos, así como información, orientación y servicios para la salud sexual de la población, haciendo especial foco en la participación femenina en la misma. La Ley también puntualiza sobre la mejora de los indicadores morbilidad materno-infantil (cuestión que previamente se afirmó como parte de los debates públicos e internacionales en torno a las consecuencias de las crisis socio-económicas en la región).

Este programa, si bien se vincula con la prestación de insumos de la industria farmacéutica, y con esto, se incorpora –relativamente- a las lógicas de funcionamiento del programa REMEDIAR que desarrollaremos en lo que sigue, su lógica presenta particularidades (no individualiza usuarias para el otorgamiento de recursos, su acceso se garantiza en todos los niveles de acceso al SES y en cada seguro de salud, entre otras) que es necesario situar y contextualizar.

Los derechos sexuales, entre los que se encuentra el acceso a los métodos anticonceptivos, la lucha por el aborto⁵⁶, la educación sexual, la visibilización de la feminización de la pobreza, entre cientos de otras reivindicaciones, son propios de los

⁵⁶ Nos vincularemos más estrechamente con la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto como modo de organización en el próximo capítulo. Sin embargo vale destacar que es en este contexto histórico, en el marco del XVIII Encuentro Nacional de Mujeres (Ciudad de Rosario, 2003) que surge como modo de organización para la conquista de aquella reivindicación feminista, así como se produce su lanzamiento formal en el año 2005. En el año 2006, entrega al Congreso de la Nación el primer proyecto de interrupción voluntaria del embarazo, y lo sigue haciendo hasta el día de hoy, hasta conquistar aquella legalidad (Disponible en: <http://www.abortolegal.com.ar/>)

feminismos en este momento histórico (Varela, 2019). Los derechos sexuales emergen en América Latina, producto de la dinámica de lucha, años después que en otros territorios que no se vieron asolados por los procesos del terrorismo de Estado en los años setenta. Si con la reconstrucción democrática hemos mencionado las luchas por la patria potestad, el divorcio y la puesta en escena pública de los derechos sexuales, éstos últimos comenzarán, en este momento histórico, a plasmarse en conquistas propiamente dichas. Es por esto que este proceso no puede vincularse directamente al devenir de la política sanitaria, en sus rupturas y continuidades en torno a la ampliación y retracción del acceso a la salud, sino más estrechamente con la historia de los feminismos en nuestro país.

Ahora sí, desarrollamos dos programas esenciales para el análisis de las principales tendencias en las políticas socio-sanitarias actuales, y que han tenido directa vinculación con los procesos de transformación del SES en la CABA. Las reformas, como se viene estableciendo, continuarán avanzando hacia la concretización del derecho a la salud en tanto versión individual del mismo, vía diversas formas de aseguramiento estratificado para el acceso a servicios, insumos y prestaciones en distintos niveles y sectores.

Primero, de la inaccesibilidad a medicamentos que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) denunciaba, que la OPS constataba en sus documentos, y que el decreto de emergencia sanitaria se proponía resolver como prioridad, surge la política de medicamentos del MSN. Retomando un documento de discusión sanitaria del BID, se explicitan tres líneas programáticas: Primero, la promoción del nombre genérico como modo de abaratar el costo de bolsillo de los mismos –y producir un mayor ingreso de capitales y competencia entre los mismos-. Segundo, la declaración de esencialidad de los medicamentos a financiar, a través del Programa Médico Obligatorio de Emergencia –vinculado fundamentalmente con las obras sociales-. Tercero, la provisión pública de medicamentos, financiada por el BID, e instalada en el Programa de Reforma de la Atención Primaria a la Salud (PROAPS), como modo de invertir en estos insumos, y transformar la forma de acceso a las prestaciones públicas sanitarias (Tobar, 2004).

Centrándonos únicamente en la última estrategia, se produce la creación del Programa Remediar, que fue una vía de construcción de consenso para la política de salud en la gestión kirchnerista. Si recuperamos las vivencias de los trabajadores sociales en pleno desenvolvimiento de la crisis argentina en el año 2001, una de las evocaciones más repetidas era la falta de acceso a medicamentos. A partir de la instalación del plan REMEDIAR, las personas contarán con un paquete de medicamentos disponibles para su acceso a partir de la concurrencia a los centros de atención primaria (CeSACs en la CABA).

—Yo creo que lo que fue un punto de inflexión a favor, fue el Plan Remediar. Yo me acuerdo que cuando era residente y demás el tema del acceso a la medicación era un problema en la demanda diaria... antes era la medicación del paciente ambulatorio un problema... en relación a lo que es el acceso a la medicación viene mucho menos... no se construye como objeto de intervención como antes”

Vale analizar brevemente que la falta de disponibilidad de acceso a los medicamentos se centró en, primero, el desfinanciamiento de la política pública sanitaria, y más profundamente, por la afluencia de miles de nuevos usuarios al SES. Esto es, personas subsumidas en el desempleo, y por lo tanto sin contar con una prestación de salud. De la misma manera, las obras sociales, cada vez más desfinanciadas por este mismo proceso que reducía drásticamente sus cotizantes, ofrecían insuficientes o nulos servicios a quienes aún contaban con las mismas, generando mayores presiones en el SES. Por lo tanto, no es la falta de disponibilidad de medicamentos en el mercado lo que generaba semejante crisis sanitaria, sino el empobrecimiento poblacional. Esto último pasará a ser un dato irrevocable en el Programa Remediar, y constituirá en sus beneficiarios a la población pobre que no puede costear o que no cuenta con una prestación para acceder a la medicación que la corporación médico-farmacéutica le indicara.

El Programa se planteaba dos objetivos. Primero: *—Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a los medicamentos esenciales”* (MSN, 2006: 16). De ahí que la pobreza sea un dato irrevocable, que si bien se constituía como una realidad en aquel contexto, también lo es que la implementación del programa suponga que aquella situación de pobreza —o de falta de empleo formal con acceso a una prestación de obra social- no se establezca como un momento transitorio, sino posiblemente duradero.

El segundo objetivo del programa será también parte de los diagnósticos internacionales y partirá de los relativos fracasos sanitarios evidenciados en el anterior capítulo, en referencia a los movimientos de reformas a fines de los ochenta y durante los años noventa. Veamos: *—la crisis constituye una oportunidad para el cambio, el Programa se propone impulsar reformas duraderas en el sistema público de salud, al priorizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)”* (MSN, 2006: 10). Si bien la reforma en la lógica de sectorización del SES resulta suficiente para la transformación de los procesos de trabajo del Trabajo Social, la reorientación institucional hacia los centros de salud también incidirá ciertamente en la misma profesión.

La estrategia de APS, como ya afirmamos, fue tergiversada en las intencionalidades de Alma Ata, tendiendo a su reducción a la institucionalización de la misma en centros de

atención primaria, o en el mejor de los casos, como una estrategia de intervención centrada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En la misma línea, esta reforma institucional profundizará esta situación. Los CeSACs, o centros de atención de primer nivel, en esta nueva reducción de las prestaciones del pretendido derecho a la salud, comienzan efectivamente a insertarse en un andamiaje de este tipo.

Al contar con un recurso altamente demandado –como es la medicación– comenzaron a otorgar la misma mediante la lógica de establecimiento previo de la oferta, para moldear la demanda. Para esto, se construyó un enorme banco de información que es recopilado de manera centralizada, y devuelto en clave de recursos e insumos. El programa obtuvo el primer “padrón de beneficiarios” (es decir, la individualización de la prestación de salud y no la disponibilidad de ofertas públicas en el SES), que surtió de insumos a los centros de salud mediante la demanda población y *no ya la provisión central a la demanda a los CAPS*” (MSN, 2006:28). Es decir, la priorización de la atención en los centros de salud, no producen mayor nivel de autonomía para la gestión de los mismos, sino por el contrario, menor. El padrón de beneficiarios, permitió seleccionar a la población pobre y orientarla hacia su atención a los centros de salud⁵⁷. Se limitó la autonomía de éstos últimos, acotando el acceso a la política sanitaria, a aquello que un seguro de salud, básico, esencial, destinado a la población pobre, puede cubrir.

El segundo programa nacional que brevemente es necesario analizar es el Plan Nacer. Como habíamos afirmado, el Banco Mundial, afirmaba la emergencia vinculada a la mortalidad infantil en el país. De la misma manera lo informaba la OPS, y puntualizaba sobre la inequidad del acceso a la salud en la diversidad de territorios argentinos, especialmente en lo que respecta a este mismo indicador.

En ese sentido, el Estado argentino tomó un préstamo con el Banco Mundial así como invirtió fondos propios, con un diseño de características similares al REMEDIAR en lo que respecta a la individualización de usuarios. Además incorporará una nueva estrategia de reforma, que también tiene sus antecedentes históricos en el momento que se identificó con los años ochenta y noventa.

El plan se financió desde junio de 2004 a diciembre de 2012, cuando, adelantándonos en el relato, se refinanciará el mismo, y se logrará su ampliación poblacional, con el nombre

⁵⁷ Esto no significa que los hospitales de gestión estatal estuvieran atendiendo una población no vinculada con la pobreza. Sin embargo, la presión por la atención en dichos nosocomios será reorientada hacia los centros de salud, para reencontrarla en las demandas –tardías muchas veces– de internación. Los hospitales comenzarán, a modo de hipótesis de quien escribe, un largo camino de desfinanciamiento, vaciamiento y deterioro, que legitimará vastos discursos vinculados a la necesidad de reducción y cierre de instituciones hospitalarias. Esta tensión atravesará a los SSH y sus relaciones con el resto de espacios de inserción del Trabajo Social en el mismo SES.

de Sumar. Para su primera etapa, tuvo dos objetivos (equivalentes al programa anterior). Primero contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil. Segundo, introducir cambios en el marco de referencia del sistema de salud, a través de la implementación de seguros. El funcionamiento del programa establece dos formas de intervención: primero, el financiamiento de ofertas de servicios y prestaciones a la población usuaria del mismo a través de las jurisdicciones que implementan el plan (recursos para vacunación, seguimiento ambulatorio del embarazo, internación para el parto, oferta de servicios vinculados a la salud sexual y tratamiento de enfermedades infecciosas, provisión de cuidados para los niños nacidos hasta los seis años, entre otras). Asimismo, las mismas jurisdicciones, en períodos cuatrimestrales, son evaluadas en clave de metas, y en función de sus resultados, se establecen nuevos pagos. Esta forma de financiamiento es la que se incorpora como nueva estrategia de implementación de la reforma hacia los seguros de salud (Banco Mundial, 2009).

La experiencia en el SES de la CABA –que se implementó desde el año 2007- implicó el empadronamiento de personas gestantes como condición para la atención del embarazo, la acreditación de resultados alrededor de los procesos de intervención, y la obtención de recursos iniciales para la institución prestadora de servicios. Asimismo, y tras la evaluación de resultados, implicó la obtención de nuevos recursos para el equipamiento vinculado a la temática de salud materno-infantil. Esto es, la compra de ambulancias, mobiliario, financiamiento de reformas o modificaciones edilicias, entre otros beneficios de cada ámbito local y según la dinámica de gestión de cada espacio, implicando diversos mecanismos por los cuales se tomaron las decisiones para la utilización de dichos recursos.

Resulta de relevancia destacar la nueva construcción de información a partir de las inscripciones y relevamiento de los procesos de intervención, acreditables a partir de la estandarización de las respuestas otorgadas, de modo que apliquen para la obtención de recursos. Sin embargo, aún más importante es puntualizar que el financiamiento institucional se constituye como una vía de profundización de una reforma sanitaria que revierta la lógica de atención en la Argentina. Esto es, de la amplia oferta de servicios y prestaciones disponibles al aseguramiento individual de la demanda, con un concierto de ofertas pre-establecidas. El financiamiento institucional por prestaciones realizadas, resulta en un modo de lograr la aplicación de estas reformas en los espacios institucionales, que de otra manera tienden a funcionar por fuera de los lineamientos programáticos de la autoridad sanitaria.

Recordemos que esta iniciativa contaba con antecedentes en la lógica de “hospitales de autogestión” mencionada en el capítulo anterior. Si bien esta implementación no contó con alcance general en el SES o de un gran porcentaje del financiamiento de cada prestador de

salud, la misma imprime una lógica de inversión por servicios efectivamente brindados a la población. El resultado premia aquellos que centralmente se consideren relevantes –y desfinanciando los que no-, promoviendo la competencia entre instituciones: generando el crecimiento de algunas, y el ahogamiento de otras. Asimismo, habilita el cobro de seguros al interior de las instituciones, y la captación privada de financiamientos.

Ambos programas, y su vínculo con la lógica de aseguramiento, contaban con el marco normativo fundamental ya existente. Estaba dado por la Ley de Sistema Nacional de Seguro de Salud ya mencionada, sancionada en 1988, y que establecía un antecedente para reformar la lógica de atención en la Argentina. Esto corresponde a una regresividad propia de la dinámica de las luchas de clases que redundan en la reducción y retracción en materia de políticas sociales. En ese sentido, la instalación de los seguros de salud expresan una precarización en materia de acceso integral a la salud, en contraposición con un sistema que centra su asistencia en una amplia (si bien no efectiva, pero formal) oferta de prestaciones.

Como hemos afirmado en el capítulo anterior, los seguros de salud representan el principal eje de la reforma sanitaria que tiene sus antecedentes en los años ochenta, produciéndose las condiciones para su aceptación en los años noventa. Post 2001, su implementación programática implica la regresión de los aspectos más universalizables del acceso poblacional a la política social en materia de salud, aunque persiste en las percepciones de los trabajadores sociales entrevistados como una recomposición de la crisis que se expresaba en el SES.

La segmentación poblacional que genera el aseguramiento habilita la posibilidad, o no, de acceder a las formas biomédicas de la atención de la salud. Esto es, por medio de los seguros a través del desempeño más o menos favorable en el mercado de trabajo. El sistema de gestión estatal, ya desde la mismísima formalidad legislativa como ejecutiva, se instala como ámbito dirigido fundamentalmente a aquellas personas que no han o no se encuentran transitando aquel mercado, quedando reducido a un conjunto de prestaciones dirigidas a la población pobre. La vida y la muerte, y los dinámicos límites entre ambas categorías, profundizan su condición de clase.

iii. *Las respuestas de la CABA. Transformaciones de la política socio-sanitaria: legitimación, segmentación, focalización, individualización, asistencialización y precariedad*

En el año 2001 la clase dirigente en la CABA se encontraba en el ejercicio del poder gubernamental a través del Frente Grande⁵⁸, que también contaba con cuadros políticos en la Nación y en el ámbito legislativo. Aníbal Ibarra ejerció el cargo de gobernador de la CABA por dos mandatos, viéndose destituido en el segundo, como se marcó previamente. Este último fue completado por Telerman (vice-jefe que asume el cargo durante su juicio político y posterior destitución). Asimismo, estas gobernaciones encabezaban las estructuras de poder gubernamental en el momento histórico que se está analizando. Asimismo, la transición gubernamental, inmersa en una crisis política local, se haya producido por las causas que fueran, generó un recambio de poder en la Ciudad que inició el ciclo ininterrumpido de la gestión de la CABA en mano de las alianzas políticas macristas.

Entonces, vale aclarar, se desarrollará a continuación el período histórico situado en la CABA, desde que se produce la crisis del año 2001, hasta la crisis política que se dirime en el año 2007 con aquel recambio. Avanzaremos con algunos indicadores que ya no corresponderán a un altísimo desempleo y pobreza, comenzando a transitar por años de aumento del flujo de capitales, de reactivación de la economía a nivel mundial, y de sus efectos en la mejora de las condiciones de vida de la población en la Argentina, y en la CABA en particular⁵⁹.

⁵⁸ El Frente Grande surge en el año 1993, en oposición y fractura del partido justicialista liderado por la alianza menemista. Estableció varias alianzas para formar parte de las alternativas políticas a las sucesivas elecciones en las que Menem propondría la continuidad gubernamental. Se auto-define de la siguiente manera: “tiene entre sus principios fundantes la redistribución de las riquezas, la calidad de las instituciones, la justicia social y la inclusión. También se define como de izquierda democrática. Se procuraba en aquél proyecto rescatar las mejores tradiciones nacionales y populares y luchar contra la reacción neoliberal en la economía y en la política” (Disponible en: <http://www.frentegrande.org.ar/historia/>)

⁵⁹ Resulta ajeno a los objetivos de esta investigación dar cuenta de las hipótesis que explican aquel aumento de flujo de capitales y de repuntamiento de la economía argentina, así como latinoamericana en general. Al respecto, tomaremos los aportes de Maristella Svampa cuando coloca como ruptura entre las matrices de acumulación de los años noventa y la actualidad, el establecimiento de un nuevo consenso internacional. “El Consenso de las Commodities”, explicará el nuevo auge de las materias primas para la economía internacional, orientándose el capitalismo hacia una nueva matriz extractivista, en la super-explotación de recursos naturales. Afirma: “Sea en el lenguaje crudo de la desposesión (neodesarrollismo neoliberal) como en aquel que apunta al control del excedente por parte del Estado (neodesarrollismo progresista), el actual modelo de desarrollo se apoya sobre un paradigma extractivista, se nutre de la idea de “oportunidades económicas” o “ventajas comparativas” proporcionadas por el Consenso de las Commodities (...)reflejan la tendencia a consolidar un modelo neocolonial de apropiación y explotación de los bienes comunes, que avanza sobre las poblaciones desde una lógica vertical (de arriba hacia abajo), colocando en un gran tembladeral los avances producidos en el campo de la democracia participativa e inaugurando un nuevo ciclo de criminalización y violación de los derechos humanos” (Svampa, 2012: 32)

En síntesis, la división internacional del trabajo, nuevamente coloca a la Argentina en la producción de materias primas, instando, por gobiernos más conservadores y progresistas, a la explotación de los recursos naturales. De aquello dependerán las posibilidades de recuperación económica del país, así como su competitividad internacional. Esto se producirá, aún en el tránsito por la crisis financiera (asociada a la crisis hipotecaria estadounidense) que realizó un pico en el año 2007-8, momento en que se produce además la crisis política que da cuenta del intercambio gubernamental en la misma CABA.

Sin embargo, resulta interesante concluir que: primero, la matriz extractivista y de reprimarización de la economía resulta de extrema relevancia para los debates sanitarios, puesto que tiene un altísimo impacto en la salud ambiental y poblacional. Aún así, estos procesos resultan ajenos a los discursos gubernamentales de readecuación de las prestaciones sanitarias. En segundo

Las políticas sanitarias se transformarán profundamente post-crisis del 2001. Por un lado, se perfilará con fuerza destinada exclusivamente a la población pobre o empobrecida, que no cuenta con otra prestación de la seguridad social. Esto es, el SES renunciará a la pretensión de atención de la totalidad de los usuarios, asumiendo como una realidad infranqueable la fragmentación por objetivos poblacionales, y la porción de usuarios que se le asigna. Por otro lado, esta transformación tendrá una forma de erigirse como viable: con el poder inmerso en una crisis orgánica, la recuperación del consenso se producirá alrededor de la incorporación a la gestión gubernamental de una enorme diversidad y cantidad de organizaciones colectivas. Con su mayor autonomía, capacidad de representación y de canalización de las necesidades de la población, se transformarán, durante y post-crisis, en el actor político de mayor relevancia.

Es de destacar que el perfil de vinculado a la atención de la población empobrecida, o la incorporación de organizaciones colectivas como forma de legitimación⁶⁰, son conclusiones que se producen a partir de la reconstrucción histórica de décadas de desenvolvimiento del SES. Para los entrevistados, esto no resulta evidente, y puede deberse a encontrarse actuando en la inmediatez de las urgencias y necesidades de la intervención profesional. A modo de ejemplo: producto del fenomenal aumento de la pobreza y desocupación, las demandas individuales daban cuenta de necesidades irresueltas y sin capacidad de respuesta (acceso a alimentos, a medicación, etc.). En los primeros años del milenio, estas respuestas mejorarán, y también lo hará la percepción de la renovada capacidad del SES, –como si” se hubiera recuperado de una ruptura. Sin embargo, bajo nuestro análisis, veremos que no repondrá su capacidad de atención de años atrás, sino que se adecuará sólo para un segmento de la

lugar, que la determinación de las necesidades de explotación de los recursos naturales serán una continuidad entre los recambios gubernamentales. A pesar de la presentación mediática de los referentes políticos partidarios del PRO / Cambiemos y del Kirchnerismo –en sus múltiples frentes electorales-, como antagonistas en clave de sus proyectos societarios, aquellas necesidades del capital, se mantendrán inalterables en cada alternancia de gobierno.

⁶⁰ La legitimación aquí refiere a un elemento para la construcción de hegemonía en un bloque histórico concreto. Es decir, la clase dominante requiere de alianzas, contenidos y formas concretas para erigir estructural y superestructuralmente las formas históricas de dominación. En ese marco, la hegemonía, como dirección intelectual y moral de la sociedad, se valdrá de estrategias para lograr el consentimiento social, aún cuando aquello no termine integralmente abonando al interés general, o lo haga parcialmente (Gramsci, 1971). En ese sentido, la legitimación resulta en una estrategia para el aumento del consentimiento, mediante la dotación del poder de dominación de elementos saturados de consenso. Post 2001, las organizaciones colectivas como formas democráticas de participación directa impugnaban el poder político partidario y gubernamental. Es por esto que su incorporación como elementos de legitimación de aquel poder repudiado, aportó a la reconstrucción de su legitimidad.

Vale aclarar, que la lógica de incorporación de las organizaciones colectivas como forma de legitimación del poder político tradicional, no es el único proceso que se expresa en este momento histórico. Estas organizaciones –o modo de organización-, y la pluralidad del repertorio que se abre como posibilidad en la disputa por las respuestas de las políticas socio-sanitarias, resultan en procesos progresistas, de aumento de la capacidad de respuestas del SES, de vinculación con los sectores populares y de sus genuinas necesidades, etc. Sin embargo, reconocer que legitimaron la reconstrucción de la lógica gubernamental tradicional, resulta de relevancia para comprender los límites y nuevos desafíos que se presentan cuando los interlocutores de la política social, con mayor fuerza, pasan a ser los mismos sectores organizados que otrora reclamaban distintas condiciones y lógica de funcionamiento del Estado en general.

población. Esto es, con profunda vinculación con los intereses de reforma las políticas sanitarias internacionales y nacionales.

Como veremos, si bien las respuestas estatales del SES en la CABA se insertan en el repertorio de la precariedad, individualización y la asistencialización son valoradas positivamente en el contexto de las múltiples emergencias declaradas. Asimismo, a modo de reiteración, son aceptadas por las propias organizaciones demandantes, o por la legitimidad de un contexto que reclamaba el reconocimiento a la participación. La sociedad civil, en sus múltiples formas, pasa a formar parte de las iniciativas, de la gestión y la articulación junto con los poderes gubernamentales.

Veremos entonces las características más sobresalientes de las políticas sanitarias de aquel momento histórico, puntualizando exclusivamente allí donde se insertan los trabajadores sociales. Veremos una variedad de dispositivos primero, para luego adentrarnos en los SSH. Si bien los primeros no son nuestro exclusivo objeto de estudio, actuarán de modo que condicionan la comprensión de la totalidad donde los SSH se insertan, y la multicausalidad por la que se produjeron sus propias transformaciones.

En lo que respecta a la política socio-sanitaria vinculada directamente a las iniciativas ministeriales, dos ejemplos son dignos de revisión en este momento. La ampliación y jerarquización del programa de atención y prevención del VIH/Sida y la instalación del Plan “médicos de cabecera”. Asimismo, en el mismo sentido que cuando se hizo referencia a la esfera de políticas nacionales, es importante destacar que se produce la estructuración y ampliación del programa de salud sexual y reproductiva, a partir de la sanción de la ley 418 de la CABA, que cuenta con antecedentes previos, pero que a partir de dicha legalización, en los últimos meses del año 2000, crece y entrega sistemáticamente métodos anticonceptivos⁶¹, transformando las posibilidades y desarrollo del SES en la temática (y de la intervención profesional del Trabajo Social en aquel marco: creando espacios para la inserción profesional, más o menos sistemática, en la misma temática).

La atención del VIH/Sida en la Ciudad de Buenos Aires marcó de forma relevante la potencialidad de la gestión participativa de la política socio-sanitaria, y en particular, de la incorporación de las organizaciones de la sociedad civil a la misma. El área destinada a la atención de las personas usuarias tenía como principal fundamento la entrega de medicación.

⁶¹ Si bien la gestión de la Ciudad de Buenos Aires ubica antecedentes en la creación de programas de salud sexual y procreación responsable como “programas piloto”, la realidad es que esa conquista se produce con mayor amplitud y sistematicidad a partir de los años 2000. Esta cronología se puede observar desde el propio discurso gubernamental en su portal web. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/noticias/jornada-por-el-30deg-aniversario-del-programa-de-salud-sexual-y-reproductiva>

Sin embargo, aquello no resultaba en un real afrontamiento a la complejidad de la experiencia de vivir con VIH/Sida.

—...Asume Ibarra el gobierno... lo tenía como proyecto... Plan de VIH, que funcionaba en el Hospital Muñiz... se ocupaba era de entregar la medicación... tenía dentro de su plataforma armar un programa más preventivo y lo convocó a Bloch ... Ahí se compró el primer millón de preservativos, enseñada”.

El programa “Coordinación Sida” creció en relevancia y complejidad, incorporando áreas de prevención, de vinculación transversal de las áreas de gobierno, de gestión participativa con organizaciones de la sociedad civil, creando dispositivos de atención accesibles y oportunos, así como instalando la temática en los medios de comunicación, entre otros (Bloch, 2007). Resulta relevante situar socio-históricamente la importancia otorgada a la gestión centrada en la escucha mutua, la constitución de equipos de trabajo (en contraposición con la tarea asignada por vía jerárquica únicamente), el desarrollo de políticas en el ámbito comunitario, con participación de los sectores involucrados. Estas iniciativas son también replicadas en marcos conceptuales referenciados como “salud colectiva” y hacen referencia a estas modalidades de co-gestión y participación en la determinación y desarrollo de las políticas sanitarias⁶².

Como veremos seguidamente, es innegable que esta lógica de gestión produce efectos positivos en lo que respecta a la mayor capacidad de respuestas del SES. Asimismo, la enmarcaremos en las necesidades políticas de legitimación gubernamental, a la par que en el avance de las mismas organizaciones en la conquista de mayores niveles de control sobre las políticas de atención de la salud (dentro de la órbita y lógica estatal, cuestión que no pudo ser radicalmente transformada o evadida en las luchas sociales del momento).

Como resultado de este proceso se modificó el paisaje de la atención del VIH/Sida: de la conquista (por cierto) de los consultorios y servicios de infectología en los hospitales, y de la distribución de la medicación con la participación de los servicios sociales y de la farmacia hospitalaria, se abrió un nuevo repertorio. Mayoritariamente se insertaron los trabajadores sociales de distintos ámbitos: consultorios de testeo rápido, multiprofesional, en los centros de salud, hospitales, organizaciones sociales, espacios públicos. Estos espacios también permitieron crear oportunidades para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, que se incorporaron como estrategia mediante la instalación de una red que

⁶² Algunos autores han trabajado fuertemente esta línea, especialmente en la tradición sanitaria brasileña. Un desarrollo de esto puede evidenciarse en De Sousa Campos, G (2009). Si bien resultan sumamente beneficiosos, una crítica a la centralidad de la reflexión en los modos de gestión podría hallarse en la dificultad que se presenta para evidenciar los aspectos contradictorios de la forma de dominación estatal. De esta manera, se presentan tensiones entre los aspectos más beneficiosos y aquellos que legitiman la desigualdad y las formas de opresión sociales.

involucraba, en principio, cientos de bocas de expendio de preservativos. Asimismo proliferaron grupos de “pares”, de contención, apoyo mutuo, con base en el diálogo respecto de la vida cotidiana y la experiencia de vivir con VIH/Sida. Se encontraban integrados por personas que viven con VIH/sida, coordinados por representantes de organizaciones sociales, y articulados con servicios dentro de las instituciones de salud, con el apoyo técnico y presupuestario de Coordinación Sida.

Con lo anterior se pretende destacar que la modalidad de gestión resultó en una mejor producción de resultados vinculados a la atención de la salud, en tanto gozó de apoyo gubernamental. Mientras esta situación persistió, dotó de ciertas características y modalidades a la atención de la salud del colectivo de personas usuarias del programa. El límite de la potencialidad, estará, y lo veremos más adelante, en que la disminución o cambio en aquella voluntad política, trastocará la atención, las conquistas logradas, y hasta la existencia de muchas organizaciones colectivas, que pasaron a depender de los presupuestos estatales. Los límites de la co-gestión se evidencian cuando la participación se produce en el marco de la precariedad: en bajas intensidades, con poca capacidad de decisión, o de espacios para el desenvolvimiento autónomo de cada actor social, con escasas legalidades que aseguren la continuidad de estos modelos de intervención estatal.

En términos de continuidades y rupturas, se observa que en el ámbito de ejecución de la política socio-sanitaria (ya no en el ámbito de los lineamientos internacionales, o en las políticas de transferencia –sobre todo presupuestaria- a equipos e instituciones desde el ámbito nacional), como lo es en el SES de la CABA, se producen ciertas particularidades. La lógica de los seguros de salud aquí no es directamente abordada, sino que en el ámbito territorial parece erigirse también las necesidades de legitimación y de construcción de consenso. Por lo tanto, existe mayor espacio para recoger y responder efectivamente a una cuestión social presente y conflictiva en el espacio público (como lo son las organizaciones de usuarias del SES vinculados al VIH/Sida, o los feminismos en las reivindicaciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva).

En el mismo sentido, en este momento se recogerán las históricas reivindicaciones en torno a la ampliación y reforma de uno de los principales hospitales destinados a la atención de la niñez:

–Hasta Ibarra estuvo bastante bien. Telerman no estuvo. Fue la época que el Casa Cuna se reacondicionó para bien. Se hizo a nuevo un montón”

Estos avances, en materia de accesibilidad y satisfacción parcial de necesidades socio-sanitarias, marcarán una imagen positiva respecto de los efectos de la gestión del ibarrismo en la Ciudad de Buenos Aires.

Sin embargo, existen programas y lógicas de reforma sanitaria, que tenderán a dar cuenta de la continuidad con los principales lineamientos de asistencialización de la política de salud y segmentación y focalización poblacional para la atención, a la par que su individualización. Veremos los casos de la instalación de “centros médicos barriales”, así como retomaremos los movimientos vinculados a la relación entre las instituciones hospitalarias, los SSH y los centros de salud, o centros de primer nivel de atención.

Los centros médicos barriales se constituyeron como una iniciativa gubernamental del período. Básicamente producía la creación de centros de salud por fuera de la red de CeSACs, destinados exclusivamente a la población caracterizada como “sectores medios empobrecidos” que en otro momento contaban con prestaciones de salud vinculadas a la seguridad social o medicina pre-paga, y que en el actual contexto histórico, se encontraban desempleados y forzados a atender su salud en el SES (Duré, 2007). Cabe destacar que en esta segmentación y focalización institucional, los CeSACs pasarían a formar parte de la red asistencial de la población más pobre, y los centros médicos barriales representarían una tentativa de respuesta precaria a los sectores medios.

La precariedad de esta iniciativa radica en la contratación informal⁶³ (pago por “módulos”, es decir, por fuera de la carrera profesional y los cargos de planta permanente allí estipulados) así como en el desarrollo institucional. La puesta en marcha de los centros, y su vinculación comunitaria, se encontraba a cargo de los mismos equipos que constituían dicho espacio de trabajo, entre quienes se encontraban los trabajadores sociales, que habían realizado distintas trayectorias previas por el SES⁶⁴.

Cabe destacar que la precarización laboral también tuvo aspectos vinculados a la legitimación en todos los sectores laborales de la salud de la CABA. Primero, porque la contratación informal significaba la posibilidad de retornar (luego de realizada la residencia, o

⁶³ La informalidad como característica del empleo en la contemporaneidad puede consultarse en distintos autores. En esta producción se revisaron Antunes (2001), Antunes (2005), Elbert (2015). Asimismo se destaca la relación existente entre la expansión del empleo público y el estancamiento del sector privado. En este caso no se expresa como relación directa con el Trabajo Social, que resulta en una profesión eminentemente radicada en el empleo público, pero dicha relación sí se expresa para el resto de los trabajadores del mismo sector de salud.

⁶⁴ Aquí la precarización laboral comienza a recorrer un discurso vinculado al dinamismo, posibilidad de desarrollo autónomo, no rigidizado por las estructuras del SES, entre otras formas de legitimación de dicho proceso de deterioro permanente de las condiciones laborales. Isabel Duré (en aquel entonces funcionaria gubernamental a cargo de “recursos humanos en salud”) expresa: “Desde el diseño institucional ofrecía algunas fortalezas como una modalidad de contratación más flexible, que permitía la combinación de recursos públicos y privados, ya que los profesionales atienden en consultorios particulares de cuyos gastos se hacen cargo. Esto contribuía a disminuir la rigidez del modelo para la incorporación de nuevas bocas de efectores (adquisición de terrenos, construcción de nuevos centros, alquiler de edificios)” (Duré, 2007: 12).

instructorias, jefaturas de residentes, etc.) al sistema de contrataciones de la CABA. Esto es así porque el acceso a cargos de planta permanente requería formar parte de los equipos de trabajo de la misma jurisdicción –en cualquier otra modalidad de concurrencia o contratación. Segundo, porque en un contexto de disciplinamiento vía el desempleo, las contrataciones precarias aparecen como una alternativa superadora. Tercero, porque la precarización laboral, pasados los primeros años de la crisis, se conjugó con la recuperación salarial proveniente de las políticas gubernamentales nacionales⁶⁵, con impacto en el ámbito local de la CABA.

Siguiendo con la instalación de los Centros Médicos Barriales, generalmente estos se vincularon con una iniciativa de pequeña escala que años atrás había iniciado: la instalación de consultorios individuales de atención de las especialidades básicas (programa igualmente precario llamado –Médicos de Cabecera”). De esta manera los centros médicos barriales representaban una iniciativa para sectores medios, más vinculada a la lógica de atención de los consultorios médicos, sin desarrollo de otras instancias profesionales. Asimismo, estos equipos se articulaban también con las necesidades de legitimación: tenían como objetivo institucional la co-gestión junto con los espacios de construcción comunal, así como junto con las organizaciones sociales vinculadas al territorio. Una referente de este espacio afirma:

–La incorporación del Trabajo Social en los centros médicos barriales se vinculaba con la tarea de levantar la red comunitaria que sirviera para instalar estos efectores en las comunidades. Asimismo el Trabajo Social era demandando para co-gestionar el espacio territorial articuladamente con las Comunas y las organizaciones sociales constituidas en el contexto de los cacerolazos. Se demandaba la organización de equipos de trabajos, y la asistencia específica con la población, en la contención familiar, social, etc”

Si bien aquello resulta en objetivos que, internamente al programa, resultan progresivos en relación a la habilitación de la participación social y comunitaria, así como una mayor autonomía en la organización de la dinámica institucional, veamos su vinculación con el resto de las políticas socio-sanitarias. Primero, ya hemos establecido las relaciones entre las organizaciones sociales y las necesidades de **legitimación**. Asimismo, la invitación a la autonomía institucional y la **precariedad** (institucional y laboral). Segundo, resulta de

⁶⁵ Afirma Lucia Trujillo (2017) –La política gubernamental situó a los convenios colectivos como una institución para regular la relación entre capital y trabajo. En los primeros años del kirchnerismo el salario real afianzó su tendencia al alza. El Salario Mínimo Vital y Móvil que en julio de 2003 era de 250 pesos pasó a 630 pesos en julio de 2005. En 2003, por medio de sucesivos decretos, el presidente Kirchner modificó el monto del salario mínimo. Desde 2004 el gobierno convocó al Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil como una forma de canalizar mediante a las instituciones de diálogo tripartito la regulación de la relación salarial básica contemplada por ley”.

Estas afirmaciones se conjugan con la información brindada por el INDEC, que expresan la evolución del coeficiente de variación salarial (CVS) desde Octubre 2001 en adelante. Allí se registra un estancamiento de la evolución que se revierte en el año 2003, cuando aumenta 5 puntos en un solo mes, comenzando un sinuoso camino de alzas relativas. El material se encuentra disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-31-61>

relevancia vincular la forma de concepción de las prestaciones sanitarias para con las lógicas de reforma tanto nacionales como internacionales.

Sobre aquello último, un somero análisis del programa nos ofrece claves para su análisis en el contexto de la lógica de reforma sanitaria vigente⁶⁶. La población objetivo resulta en “los vecinos de la Ciudad” y por lo tanto circunscribiendo la red institucional a los ciudadanos residentes de la CABA, socavando la histórica capacidad del SES de atender a dicha población en conjunción con aquella que consulta desde distintas jurisdicciones. Esta lógica de **segmentación y focalización**⁶⁷ de la población entrará permanentemente en conflicto la existencia del SES, constituido como un sistema de una enorme cantidad y complejidad institucional, emplazada estratégicamente en la capital del país. La capacidad de respuesta del mismo, de parte de funcionarios públicos, empieza a expresarse como excesiva, fragmentaria, irracional. Esto es así si se la considera para la atención de una pequeña porción de su universo, es decir, aquel que resulta en la población que reside al interior de los límites porteños.

Asimismo, dentro del recorte de los residentes de la CABA, el programa selecciona aquellos que no cuentan con prestación de salud, o se encuentran “en situación de riesgo”, por lo que se reproduce la lógica que antes mencionamos de **asistencialización**⁶⁸ de la salud. Esto último es, los “sectores medios empobrecidos” no son asumidos en clave de transitoriedad, y por lo tanto no se pretendía revertir dicha situación, sino que lejos de eso, se establecía una red institucional para su atención.

Por último, los centros médicos barriales abonaban a la lógica de **individualización**⁶⁹ de las políticas sanitaria: contaban con un paquete prestacional pre-establecido, asignado para

⁶⁶ Afirma Isabel Duré (Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud en el período gubernamental en cuestión) en la descripción de los propósitos del Programa en un artículo académico de su autoría: “Crear un programa de salud integral que atienda las necesidades de los vecinos de la Ciudad, priorizando la atención de aquellos que no cuentan con cobertura de salud o en situación de riesgo. Identificación y nominalización de los beneficiarios. Definición de un paquete prestacional. Definición de recursos necesarios para el funcionamiento del sistema... Implementar la base territorial para la gestión del Programa y para promover la participación comunitaria” (2007: 27)

⁶⁷ La lógica de segmentación se vincula estrechamente con la de focalización, como característica distintiva de las políticas sociales a partir de los años noventa. Es decir, aquí se utiliza la categoría de segmentación puesto que refiere a la focalización, justamente, en un segmento población otrora incluido en uno mayor, es decir, una parte de la población usuaria formalmente atendida. Si la población del SES se encuentra establecida por la totalidad de personas que transitan o viven en la jurisdicción de la CABA, las reformas sanitarias tenderán a operar únicamente para un segmento de aquella totalidad: la que además de cumplir con el requisito inicial, es también constatada como pobre. Por ser ésta la lógica de segmentación también corresponde caracterizar esta transformación como un proceso de focalización. López expresa que la focalización fue una de las tres estrategias interventivas de las políticas sociales del Estado en los años noventa –junto con la descentralización y privatización–, como forma compensatoria y de prestaciones mínimas hacia los más pobres de los pobres (2019: 18)

⁶⁸ Tomamos la categoría de asistencialización de las políticas sociales, en tanto expresa que las mismas presentan una tendencia a la asistencialización en tiempos kirchneristas y macristas, reforzando la tendencia asistencial en los años noventa. Las autoras expresan que aquello se debe a que los usuarios, integrantes de la clase obrera, se expanden y profundizan su condición de sobrantes para el capital (Seiffer y Castro, 2019).

⁶⁹ Se acuerda con la definición de López (2019), quien retomando a Claudia Danani, expresa que “el principio de individualización se define por la auto-protección que los individuos y las familias establecen en el acceso a bienes y

una base a construir de “beneficiarios” que resultaba necesario identificar y nominalizar. Sobre esto, hemos desarrollado la lógica de los seguros de salud como tendencia mundial de reforma de la mano de organismos internacionales, a la par que hemos caracterizado las iniciativas nacionales del Plan Nacer y Remediar.

Si bien los centros médicos barriales –vigentes hasta la actualidad- dan cuenta de una iniciativa vinculada a las necesidades de reforma sanitaria, no fue la única en la que se presentaron estas lógicas individualización, asistencialización, precariedad y segmentación / focalización, a la par que conjugadas con necesidades de legitimación. En todo caso, en mayor o menor medida, estas categorías expresarán las características de las políticas socio-sanitarias de todo el período. Veamos el caso del resto de las instituciones vinculadas al primer nivel de atención del SES, de mayor trayectoria histórica que los centros médicos barriales desarrollados, en los cuales retomaremos su relación con las categorías antes establecidas.

Los centros de primer nivel de atención, como hemos visto, tuvieron un puntapié inicial en los años setenta, influenciados en mayor medida por las ideas circundantes que se sintetizaron en la Declaración de Alma Ata. Seguidamente, su desarrollo fue interrumpido por la última dictadura militar argentina. Tras la recuperación de la democracia formal en el país, hemos evidenciado la relativa separación entre estas instituciones y las hospitalarias, mediante la creación de áreas programáticas, y la regularización de las aquellas creadas desde distintas iniciativas (populares, gubernamentales de los años setenta, las antiguas unidades de atención descentralizada, entre otras experiencias) en los CeSACs (centros de salud y atención comunitaria). Como corolario, no tuvo lugar la separación institucional pretendida, y abonó aún más a la fragmentación institucional resultante (puesto que aquellos CESACs reproducían su vínculo hospitalario, pero difícilmente superaban las fragmentaciones de estos últimos con el resto del SES).

Asimismo, establecimos que a pesar de las referencias a la inspiración producida por Alma Ata, el desarrollo local estuvo más vinculado a los alcances de los documentos del Banco Mundial, con la atención primaria como forma de privilegiar la atención de la población pobre (y no un enfoque sanitario que apueste por la reversión de dicha situación).

servicios en donde prima la mercantilización de los mismos” (2019: 18). Es decir, la individualización da cuenta de un proceso que responsabiliza a los sujetos y familias por su propio acceso a las políticas sanitarias, en este caso, estrechamente vinculado a la lógica del aseguramiento en salud ya definida previamente.

En el mismo sentido, la autora retoma la satisfacción de las necesidades de los individuos no sólo en la lógica individual, sino también en la comunitaria, expresando la responsabilización sobre el bienestar en las propias comunidades. La forma institucional más perfecta, sería la tercerización de las intervenciones sociales, por delegación a las organizaciones de la sociedad civil (2019: 18). Sobre este último punto se establecen relaciones con la legitimación antes mencionada mediante la participación de las organizaciones sociales en la intervención estatal.

Por último, rescatamos la inserción de un Trabajo Social renovado en dicho ámbito, habiendo pasado por las primeras experiencias de la residencia, incluyéndose con una diversidad de titulaciones no vinculadas exclusivamente con las visitadoras de higiene, así como provenientes de un convulsionado momento de reformas de sus planes de estudios académicos.

Volviendo al momento histórico que estamos analizando, la alianza gubernamental en la CABA recrea una nueva iniciativa para la autonomización de los CeSACs, luego del relativo avance de las áreas programáticas a fines de los años ochenta. Con la territorialización de las Comunas, y el objetivo de profundizar un andamiaje alternativo al hospitalario (con intencionalidades diversas, pero vinculadas estrechamente con la segmentación, focalización y asistencialización antes citadas), se produce, la creación de la Dirección de Atención Primaria en Diciembre de 2001. Esta dependencia concentrará una gran cantidad de trabajadores sociales en su organigrama, dependiente de los CeSACs (y el Programa de Centros Médicos Barriales antes citado).

En ese espacio se producirá un fuerte incremento de la cantidad trabajadores sociales, dada la creación y re-estructuración de centros de salud en este período. Aumentará, también, el nivel organizativo de las instituciones dedicadas a la atención primaria a la salud, evidenciándose en diversos decretos y resoluciones de la Secretaría de Salud del GCBA movimientos vinculados a la homogeneización, estructuración y creación de una red institucional de CeSACs (especialmente el Decreto 316/2006), que involucró el aumento de dotaciones, reformas edilicias, y aumento de la capacidad de gestión institucional. Una entrevistada afirma:

—Creo que durante la gestión de Ibarra hubo como cierta esperanza en la mejora de las condiciones... De hecho algunos cambiaron efectivamente, mejoraron”

—..Hubo como avances importantes. Y además avances también en condiciones de trabajo. Ahí se logró la ampliación horaria. Y empezó a haber turno vespertino en los centros de salud... Aunque en muchos centros de salud los equipos habían entendido eso como una reparación salarial...”

En aquel movimiento se producirá la transformación de las ya citadas UNASAD en CeSACs, así como se homogeneizarán las estructuras del resto de los centros, que habían tenido una enorme diversidad de trayectorias previas, y por lo tanto, de profesionales, servicios y tareas a cargo. Como se ha dicho, esto generó un aumento de trabajadores sociales en estos espacios, como corolario de las transformaciones que paulatinamente se fueron registrando en los apartados precedentes, en lo que respecta a los centros de primer nivel de atención. Una entrevistada da cuenta de este aumento de dotaciones:

—...ahí se hizo un concurso para cinco cargos de área. Que era como novedoso esto de los concursos de más de un cargo... que fuera ampliación y no recuperar dotación... año 2003... Pronto empezaron a haber en otros hospitales, entonces muchas de mi camada de residencia pudimos quedarnos”

Sin embargo, estas no fueron las únicas transformaciones sanitarias que la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud vino a implementar. Veremos sucintamente un importante movimiento en torno a las transformaciones sanitarias del período. Comenzaremos por las referencias de una entrevistada:

—... tenían una política que en su momento era interesante, de cómo pensar los centros de salud... esta autonomía, que no tenía que depender del Área Programática del Hospital sino que, con esa idea que había en ese momento de que APS se hacía sólo en el centro de salud, como que esa lógica vinculada a lo territorial, a la participación de la comunidad, a la gestión compartida con la comunidad... se empezaron a hacer los Análisis de Situación de Salud con referentes de comedores y delegados”

En el análisis documental, la reforma sanitaria para el primer nivel de atención representó, como ya se viene expresando, una apuesta por la atención diferencial a los sectores pobres, estableciendo, necesariamente, una segmentación y focalización institucional. Previamente identificamos a los sectores medios empobrecidos con la atención de los centros médicos barriales, y los CeSACs apuntarán a producir el acceso a las prestaciones de salud para la población estructuralmente pobre. En este sentido, afirman autoridades de la Dirección en cuestión, Muntaabski, Daveiro y Duré (2000) los objetivos institucionales que se proponían: *“Incrementar la accesibilidad, operando sobre los componentes organizacionales, sociales y económicos jerarquizando la atención de la población más vulnerable a fin de compensar las desigualdades sociales”* (2000: 12)⁷⁰.

Resulta significativo comprender que la ampliación y estructuración de los CeSACs en la CABA vendrán de la mano del reconocimiento de la necesidad de segmentación y focalización institucional del SES, aplicando las reformas internacionales y nacionales para el sector. Esto es, la estructuración de una prestación básica de salud para la población más

⁷⁰ Como afirma Seiffner y Castro (2019), si los derechos sociales son el resultado inmediato de la lucha política entre las clases, la forma específica de acumulación del capital impondrá el terreno en donde se producirán las mismas, y las características que asumirán las necesidades de reproducción de la fuerza de trabajo. En ese sentido, si hasta la década del 70, resultaba necesario el aumento de salarios y la extensión de derechos sociales para estas necesidades reproductivas, eso se modificará a continuación. Es decir, en esta investigación, y en la reconstrucción histórica que realizamos, se afirma el proceso de heterogeneización de la clase obrera, y por lo tanto también de los derechos sociales que redundan de las luchas políticas. Esto es, se evidencia en: *“la expansión de la sobrepoblación relativa y el estancamiento y consolidación de una parte suya en sobrante para la acumulación del capital local”* (2019: 226). Resulta relevante destacar que la diversificación de las políticas sociales, en su segmentación y focalización por población objetivo, resulta consistente con estos planteos, en los que una parte de la población se establece como *“sobrante”*. A ésta se le destina el SES, ya sin posibilidades de inserción en el mercado laboral. Resulta significativo, entonces, que una de las principales dificultades en las instituciones hospitalarias del SES sean las internaciones prolongadas, las discapacidades, los procesos de salud-enfermedad crónicos y las necesidades de intensificación doméstica de los cuidados (responsabilización familiar y comunitaria). Con la misma lógica de segmentación, la clase media empobrecida, se inserta en los centros médicos barriales, y las personas que pueden costear o gozar de seguros de salud —de diversísimo tipo— accederán a prestaciones y atención propias de sus necesidades reproductivas.

pobre o empobrecida, con circuitos diferenciados al interior del SES. A la par, éste último se relacionará compleja e imbricadamente con el resto de los seguros en franco crecimiento y evolución (re-estructuración de las obras sociales y ampliación y diversificación de las prepagas)⁷¹.

Asimismo, el mismo análisis documental dará cuenta de las estrategias de aseguramiento implementadas. La Dirección de APS tendrá diversos y nuevos desafíos institucionales. Primero, la ~~nominalización~~ nominalización de los beneficiarios usuarios del sistema, lo que permite una mayor racionalidad...”. Segundo, la organización de los efectores nominados como primer nivel de atención por fuera de la lógica territorial circundante a los hospitales, para poseer una territorialización con diversos efectores (hasta ese momento, CeSACs y Centros Médicos Barriales) e implementar la accesibilidad al SES mediante una ~~puerta~~ puerta de entrada que organizará su segundo y tercer nivel”. Tercero, la definición de un nuevo modelo de gestión, tendiente a la informatización, conveniado con distintos prestadores, organizado por mecanismos de referencia y contra-referencia hospitalaria, con responsabilidad epidemiológica a cargo y dotado de una estructura organizativa por jefaturas, funciones, responsabilidades y un equipo multi-profesional (Muntaabski, Daveiro y Duré, 2000).

Si bien la realidad de cada CeSAC no implicó un avance en la totalidad de las iniciativas antes registradas, las mismas se constituirán en un importante antecedente para comprender las acciones de reforma que se llevarán a cabo en el próximo apartado. Especialmente veremos la profundización de las iniciativas vinculadas al empadronamiento, informatización, nominalización y organización por niveles de atención. De los anteriores desafíos, es importante destacar que se produjeron acciones tendientes a instalar un mayor dinamismo entre las instituciones hospitalarias y los CeSACs (en las derivaciones, asistencia, realización de diagnósticos, estudios, tratamientos, todos ellos enmarcados en la referencia-contrarreferencia), así como se logró establecer una estructura organizativa con jefaturas – ampliamente disputadas por la hegemonía médica-, y una mayor dotación de equipos multiprofesionales.

En este último punto, es donde se evidencian los ya citados concursos múltiples para cada área programática, lo que permitió profundizar aquella renovación profesional ya iniciada

⁷¹ Ver Iriart (2000). La autora trabaja la atención gerenciada como eje de las reformas sanitarias (que caracteriza como ~~silenciosas~~ “silenciosas” en clave de la casi nula participación de los trabajadores y comunidades en las mismas) en América Latina, con amplísima influencia de los organismos internacionales liderados por el Banco Mundial, y refrendados por la Organización Mundial de la Salud y la OPS. En el artículo la autora revisa las estrategias de reforma en cada subsistema: la medicina estatal, las prestaciones en las obras sociales, y en las prepagas, así como los estrechos vínculos entre cada parte, más allá de que se presenten como compartimentos separados.

En este sentido se suma como antecedente conceptual los desarrollos de Fidalgo (2004), en el estudio vinculado con las reformas neoliberales en el campo de la salud, que producen una complejización de los vínculos entre los subsistemas, con la emergencia de la medicina pre-paga, de ésta con las obras sociales sindicales, y con el SES.

anteriormente. Sin embargo, se destaca nuevamente que aquella renovación, por estas razones históricas, se vuelve a producir en la dotación de los centros de salud. Por su parte, los movimientos de los SSH continuaban produciéndose esporádicamente junto con la recuperación de la dotación (por jubilaciones, fallecimientos, concursos de jefaturas intermedias, entre otras pocas situaciones).

Nos adelantaremos para afirmar que la renovación de los SSH se producirá intensivamente, pero no en este momento. Estos dispositivos, comparativamente con el resto –los centros médicos barriales y los CeSACs- quedarán constituidos por equipos de trabajadores sociales más envejecidos, complejizados por movimientos alrededor de la constitución de tres jefaturas por cada servicio. Los trabajadores sociales también continuarán estableciendo vínculos con la residencia de Trabajo Social, que producía diversas formas de diálogo, muchas veces conflictivos, otras de mutuo provecho y aprendizaje. Esto producía mayores acercamientos, o mayores distanciamientos entre los SSH y el resto de dispositivos con mayor renovación profesional.

En el presente momento histórico se producirá un nuevo y relevante movimiento en la caracterización de los trabajadores sociales que componen el mapa institucional del SES. Promediando el año 2000 se sanciona la Ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, así como se reglamenta para el año 2004. Este último dato resulta relevante, puesto que en aquella reglamentación se concreta la constitución de los equipos de trabajo multi-profesionales básicos para la atención de la salud mental en el área de urgencias, compuestos por psiquiatría, psicología y Trabajo Social (Art. 10, Decreto 635/004).

Aquello generó una nueva vinculación entre trabajadores sociales, puesto que se organizaron decenas de concursos para la cobertura de las vacantes que aquellos equipos crearon, a la par que crearon nuevas potenciales relaciones con los SSH, como las que describimos en relación a los CeSACs. Veamos la referencia de una entrevistada:

—¿viste como cuando aparecen los cargos de Guardia y está esta cosa de ¿la dependencia del Servicio o es de la Guardia? Algo similar se recreó ahí, pero en esta idea de ¿es atención primaria o es el Hospital a través de la Jefa de Consultorios Externos?—

Como vemos, la constitución de jefaturas intermedias para los dispositivos de SSH, así como la ampliación de dotación en distintas áreas del SES generó nuevas relaciones y dinámicas de trabajo de los servicios sociales para con aquellos dispositivos, así como movimientos al interior de cada servicio social en sí mismo. La identidad, lógica de atención y de relaciones, se constituyó, para los SSH, no sólo a partir de sus propios movimientos internos, sino también a partir de aquellos que, en los márgenes, o en las proximidades, se

producían. La lógica de transformaciones en la historia de los dispositivos en cuestión tiene estrecha relación con la creación y ampliación de otros, y con las acciones y reacciones que esto generaba para los servicios sociales, o hasta su propio involucramiento en la conquista de estos espacios de trabajo.

De hecho, en la cita antes mencionada el interés por la creación de los puestos laborales en las guardias de salud mental podría haber pasado para los SSH por el establecimiento de relaciones jerárquicas. También podría haberse producido la necesidad de crear dispositivos que atiendan una creciente demanda social y/o institucional, evitando así la sobrecarga laboral para los SSH –a la par que ofreciendo dispositivos con mayor especificidad, accesibilidad y multiplicidad de miradas profesionales-. De hecho, una entrevistada inserta en los SSH afirma:

–Pasé por la Guardia, cuando no estaban los trabajadores sociales de guardia lo tenía como sala. Porque era un desastre y comprendimos que había que ir a la Guardia. Entonces lo tenía como sala”

A pesar de producidos estos movimientos, los concursos en este momento se realizaron, pero jamás fueron sustanciados –en su gran mayoría-. Por lo tanto, se evidencia un movimiento de ampliación formal de las prestaciones de salud en la CABA, pero que no se efectivizan en tanto los mismos comenzaron a atravesar mecanismos burocráticos complejísticos y presupuestos sanitarios no ejecutados. Esto fue, en el contexto de una fuerte crisis política gubernamental en la misma jurisdicción, que terminaría con la interrupción del mandato de Aníbal Ibarra; destitución que sería ampliamente apoyada por la alianza partidaria que gobernaría la CABA desde el final de aquel mandato hasta la actualidad: el PRO.

Los concursos de los trabajadores sociales de guardia, se efectivizarían, finalmente, con mayor amplitud, en el año 2008, ante los convulsivos movimientos en la dotación del SES que la nueva alianza de gobierno generaría. Como se observa, entre los concursos, la caída de los mismos, y la segunda instancia concursal, hasta la sustanciación, pasaron años de lucha por la conquista del espacio socio-ocupacional:

–...camadas anteriores, pre 2003, mayormente ingresaron con los concursos de Guardia. Estuvieron unos años fuera del sistema... En mi caso [hace referencia a un CeSAC] pude tener continuidad...”

Como síntesis, la historia de los SSH, en la reconstrucción histórica que se viene realizando, podría reducirse a los movimientos y transformaciones al interior de los mismos dispositivos. Sin embargo, una comprensión crítica y compleja de estos dispositivos implica adentrarse en las transformaciones y trayectoria histórica de la política socio-sanitaria en general, en particular en la CABA, y de las relaciones que estos dispositivos establecen con otros espacios de inserción profesional.

Específicamente en este momento histórico, se destaca que los movimientos se han producido fundamentalmente en la relación de los trabajadores con la política social, o bien hacia el Trabajo Social, en un contexto de fuertes transformaciones de la misma –en clave de reformas del Estado. Esto expresa una diferencia con los movimientos que se produjeron en el período anterior, cuando los trabajadores, conflictivamente, realizaron mayores movimientos hacia la constitución de sí mismos como profesión reconocida en el SES (su reconocimiento como parte de la carrera profesional, la matriculación de los integrantes de los SSH). Ahora bien, nos adentraremos específicamente en la dinámica de atención e intervención profesional al interior de los SSH en el momento histórico que se está desarrollando.

Para los SSH la capacidad de responder a las demandas de los usuarios del SES en clave de la efectivización de las indicaciones bio-médicas resulta imperioso, en tanto concreta el acceso a aquello que la persona venía a buscar. Es decir, si consulta con una especialidad médica, y ésta, en el marco de la consulta, requiere elementos para una intervención, o medicación para un tratamiento, aquello resulta generalmente en una demanda de intervención para el Trabajo Social (en caso de que aquella persona no cuente con capacidad para costearlo o no cuente con obra social para su cobertura; cuestión creciente en la segmentación del sistema de salud argentino en lo que respecta al perfil poblacional del SES). En los primeros años de gestión Ibarrista, las condiciones de intervención se expresan en estas referencias:

—...con las ayudas médicas... hacíamos ayudas médicas hasta al aire que volaba. Él era nefrólogo también (refiere a la dirección del hospital), pero con una visión: yo no puedo dejar... que se vaya de alta y no tenga medicación asegurada... ”

—El Hospital dentro de todo, con todo lo que mandaban, poco, mucho, la atención la mantuvo. Nunca la pararon. Nunca se paró ni se achicó. La Guardia funcionó permanentemente. Nosotros trabajamos...Por ahí, viste, tenías esos momentos de desazón de decir —bueno, ¿mañana qué será?” Pero... ”

—...Yo entré en el 2002, post crisis. Voy a diferenciarlo en términos de la población y en uno como trabajador. Yo era residente, veía todo como con exterioridad en cuanto a la estabilidad y demás. Pero yo en el 2002 nunca viví una situación de que no haya nada para funcionar”

—...Y ya te digo, en recursos por lo menos circulaba algo. Pero fue duro, la verdad que fue tremendo”

La intervención profesional, pocos meses después de la ya descrita metamorfosis de la demanda social en el pico expresivo del año 2001, daba cuenta de ciertas garantías en clave de acceso a recursos sanitarios: esto fue además fortalecido mediante los programas nacionales como el Plan Nacer, o el Remediar. De la misma manera se habían producido movimientos e impactos a partir de la estructuración de programas centrales, como los de salud sexual y atención a personas que viven con VIH/Sida, lo cual generaría una mayor

inserción profesional en espacios promocionales, grupales, en articulación con otras profesiones, o para el propio Servicio Social. Esto es: la promoción y asesoramiento en métodos anticonceptivos (sin obviar la enorme conflictividad institucional que aquello habría generado), el acompañamiento de grupos de pares afectadas por el VIH/Sida, el acceso a la medicación para esta problemática, entre otras.

Se destaca que el movimiento vinculado al aumento o retracción de la política socio-sanitaria implica, con gran intensidad, un movimiento en el mismo sentido para la intervención profesional del Trabajo Social, que se plantea procesos de trabajo a partir de la materialidad de las mismas políticas. Es decir (a modo de ejemplo), el recurso ~~–~~“método anticonceptivo” generó creativamente disímiles formas de intervención, que fueron: desde la negación a la intervención –por las propias posiciones éticas y políticas-, el establecimiento de relaciones con diverso nivel de conflictividad con otras profesiones y dispositivos de atención hospitalarios – y más o menos permeables a las reivindicaciones de las mujeres organizadas-, la inserción en consultorios de salud sexual, nuevas intervenciones vinculadas al asesoramiento en el embarazo y post-parto, espacios grupales de promoción y asesoramiento sobre los mismos métodos, entre muchas otras formas de intervención profesional.

De la misma manera podríamos describir los diversos dispositivos en los que el Trabajo Social se insertó a partir de la estructuración del programa vinculado a la atención del VIH/Sida, habilitando la inserción profesional en los dispositivos de prevención, asesoramiento y diagnóstico de VIH (conocidos como CePAD en la CABA), transformando – con mayor o menor aceptación en los propios SSH- los espacios de intervención vinculados a la entrega de medicación (en muchos casos produciendo una mayor accesibilidad a partir del corrimiento de la propia), entre otros espacios para la intervención profesional.

Se destaca que gran parte de la renovación en el perfil de la intervención profesional tuvo que ver con la desburocratización de la tarea, lo que permitía acceder a tiempos para la creación de nuevos dispositivos, procesos, e instancias para la intervención. A lo largo de los años el Trabajo Social en los SSH irá realizando un recorrido de corrimiento de tareas como: visado de la internación de cada una de las pacientes ingresantes al hospital, sellado de carnets para la entrega de medicación de VIH/Sida, realización de fichas a partir del recorrido sistemático en internaciones hospitalarias, realización de eximiciones de pago, entre muchas otras.

En la misma línea de ampliación de la política socio-sanitaria, la intervención profesional tuvo transformaciones a partir de la mayor accesibilidad en otras prestaciones no directamente conformadas por el SES. Veamos una referencia:

—...creo que progresivamente, ponele, el hecho de que la gente tuviera jubilación (la jubilación de amas de casa, que tuviera PAMI y algún ingreso) eso ya significó por ejemplo que la familia se la lleva a la persona a la casa. Que sabe que hay un mecanismo para conseguir el remedio”.

Vemos en esta referencia que la recomposición de prestaciones centrales, como la del PAMI, implicó la apertura de mayores posibilidades para la intervención profesional, articulando mecanismos para las derivaciones, gestiones, y atención de la población de adultos mayores. En el mismo sentido, este mecanismo podría vincularse con un claro aumento del repertorio de dispositivos de intervención profesional para esta población (grupos de adultos mayores, equipos de trabajo insertos con mayor sistematicidad en las unidades hospitalarias de clínica médica, constitución de grupos de trabajo en las temáticas gerontológicas, entre otros espacios de intervención).

Sin embargo, como hemos establecido, las recomposiciones fueron relativas, y la asistencialización de la intervención profesional tuvo también una relativa recuperación. Veamos este extracto de entrevista:

—...Quedaron por supuesto los medicamentos carísimos, las cuestiones más de personas que están con cuestiones habitacionales complejas, muchas de las cuestiones de familias migrantes, y después cuestiones que se empezaron a develar mucho más como las cuestiones de abuso, de maltrato en los niños, muchísimos empezó a haber”.

La intervención profesional del Trabajo Social en los SSH tenderá a comenzar un proceso de desburocratización –defendida por algunos, y denostada por otros- de las tareas más tradicionales vinculadas a la subsidiariedad de la profesión a la hegemonía médica. A la par, abordará nuevas temáticas y ampliaciones de otras, acompasado con las transformaciones de las políticas sanitarias, y sociales en general.

Comenzadas las gestiones del PRO en la Ciudad, la intervención profesional atravesará por interrogantes y desafíos, que veremos a continuación. Fundamentalmente, se evidenciará en la demanda institucional de reproducción de las características de las reformas del sector. Esto es, una política socio-sanitaria tendiente a la precarización institucional y laboral, fragmentada en los lazos institucionales con el resto del sistema, segmentada y focalizada por población objetivo (siendo para el SES la vinculada a la pobreza o empobrecimiento población), así como la oferta de sus prestaciones sanitarias tendientes a la individualización y asistencialización.

Adelantándonos al análisis de las respuestas colectivas, veremos que se fecundaron diversas contra-tendencias (disímiles entre sí). Algunas fueron: el armado de redes y grupos de trabajo ante la profundización de la fragmentación; diversas luchas por la mejora en las condiciones laborales, a la par que en los propios contenidos y alcances de las políticas socio-

sanitarias como modo de contrarrestar los crecientes niveles de precariedad; procesos organizativos que tienden a reforzar el lugar de profesión en el SES, a los fines de poder generar procesos de trabajo alternativos (y diversos entre sí) a la asistencialización de la intervención.

Como corolario, en este momento se producen relativas recomposiciones del enorme deterioro social y en materia sanitaria que se evidenció en los años noventa. Aquello podría explicar una mayor empatía y apoyo a la gestión gubernamental. Sin embargo, si bien las recomposiciones se entienden de tal manera por corresponder a una situación inmediatamente menos beneficiosa, implicaron a la par la aceptación y continuidad de una reforma sanitaria regresiva iniciada desde los años setenta hasta la actualidad. En tanto se encontró con un colectivo profesional en plena ampliación y renovación, los límites de las mismas políticas comenzarían a generar creativamente formas de desborde en la capacidad de respuesta organizada desde los trabajadores sociales.

Recordemos, sin embargo, que aquello será más intensamente vivido en los centros médicos barriales, en los CeSACs, en la residencia de Trabajo Social, y hasta en el retorno de anteriores camadas de residentes que comenzaron a concursar los cargos vinculados a las áreas de urgencias hospitalarias. Para los SSH, este proceso permanecerá siendo relativo, pero atenuado por el resto de los espacios de inserción. Será necesaria una profunda renovación para que estas tendencias –que ya comenzaban a esbozarse y emerger- produzcan significativas rupturas y transformaciones en el quehacer del Trabajo Social.

Contradictoriamente, aquello se producirá en un contexto de retracción, ataque y reducción de las políticas socio-sanitarias, post resolución de la crisis política en la que se vio inmersa la misma CABA. Inmersa la jurisdicción en una situación de disputa de las clases políticas por el poder gubernamental, se abrió un proceso por la obtención del capital político en el territorio de la CABA. Atravesado el mismo en favor del PRO, inició el ciclo gubernamental presente hasta estos días. Veamos entonces, el devenir de los trabajadores sociales, insertes en el espacio socio-ocupacional de la salud en el SES, durante los años 2007-2019.

II. De la crisis política a la hegemonía macrista en la Ciudad: profundización de las reformas y segunda renovación en los SSH

Cuando el PRO comienza sus gestiones gubernamentales en la Ciudad de Buenos Aires ofrecía una imagen de administración que venía–con alguna pretensión eficientista- a racionalizar y modernizar el gasto público. Eso aparecía, por un lado, como una evidente

necesidad para las ideas liberales, pero por otro lado, de ajuste para las ideas más vinculadas con un Estado que regula e interviene en las relaciones sociales.

La nueva alianza gobernante provenía de la tradición empresarial, y se presentaba como una innovación en materia del sistema de partidos tradicionales en la Argentina. Es decir, creó un nuevo partido –Compromiso para el cambio”, que se llamaría a partir del 2008 como su primera alianza electoral, PRO. La novedad se centraba en que éste último no se inscribía en el radicalismo, peronismo, o sus previas alianzas establecidas. En tanto erigida desde el mundo de las grandes empresas en la Argentina (empezando por el mismísimo apellido Macri, dueño del grupo MACRI-SOCMA⁷²), sus integrantes –organizades en sus propios capitales, o en ONGs y *Think Tanks*, representaban los intereses y modalidades de gestión vinculados con la derecha, el conservadurismo y el liberalismo (Vommaro, 2019).

Si bien en la actualidad la Ciudad de Buenos Aires es asimilada a un distrito de voto de derecha, aquello no era un dato certero para las primeras elecciones en que Macri participó en el año 2003 (y que perdió en ballotage contra Anibal Ibarra, en su segundo mandato). Por el contrario, podría haber estado más asociada a un voto progresista (Vommaro, 2015). Sin embargo, la llegada al poder se explica mediante la propia crisis orgánica post 2001 que se expresó también en la mencionada crisis del sistema de partidos, debiendo emerger nuevas alternativas que se encontraban agotadas o no representadas. De la misma manera, su existencia no sólo se vinculó a sus fortalezas internas, sino a la debilidad del resto de las alternativas. Sin embargo, veremos que este cambio de fracciones de los actores dotados de poder político en la Argentina no significaría mayores virajes en torno a las políticas socio-sanitarias en la CABA.

Como se mencionó, la coyuntura política en la CABA permitió la emergencia del PRO de la mano del juicio político a Ibarra, inmerso además en su propia crisis de legitimidad por la caída del gobierno de la Alianza. Si se suma a este contexto, los vínculos en la esfera empresarial sólida y posicionada, así como la relación estado-mercado profundamente imbricada, el PRO logra su primera gestión gubernamental en la CABA en el 2007. Lejos de desconocer el funcionamiento público estatal, sus integrantes, especialmente Macri, formaba parte de la llamada –patria contratista” (Vommaro, 2015). Esto resulta en el profundo conocimiento de la gestión estatal, a los fines de cooptar, utilizar, y beneficiarse de la obra pública del mismo (en este caso, en el rol de empresa contratada por el Estado).

⁷² Siendo uno de los principales capitales del país, el grupo contiene inversiones y la dirección de múltiples empresas en los rubros de la construcción (con fuerte inserción en la obra pública), sistema de pagos, industria automovilística, recolección de basura, alimentos, entre otras.

De la misma manera, Rodríguez Larreta (uno de los fundadores del partido Compromiso por el cambio, el Grupo Sophia y actual Jefe de Gobierno Porteño) proviene de una familia perteneciente al mundo empresarial, en la industria petroquímica.

Si bien las posiciones entre el kirchnerismo y el macrismo resultan públicamente contradictorias y dicotómicas, veremos que un análisis de las políticas sociales de ambas alianzas gubernamentales –analizando el caso de las socio-sanitarias- presenta mayor cantidad de puntos en común. Vale destacar a Bonnet (2016) cuando afirma que los recambios gubernamentales, si bien resultan de la lucha entre fracciones de la burguesía y entre clases, se sustentan en las relaciones de fuerza que viabilizan el proceso de reproducción capitalista. Ahora bien, las necesidades de dicha reproducción actúan como “halecos de fuerza” para los funcionarios, debiéndose adaptar a las mismas.

Si en el ámbito nacional se produjeron los principales lineamientos para la continuidad del aseguramiento como lógica y reforma de las prestaciones de salud, aquello tendrá su correlato en el ámbito de la Ciudad. Asimismo, hemos analizado las características y formas de las políticas socio-sanitarias del Ibarismo en la CABA, y la continuidad del PRO no producirá rupturas sumamente significativas, sino que se adecuará a su estrategia política y a las necesidades y condiciones que imponía la coyuntura histórica.

En lo que respecta a las políticas socio-sanitarias, el largo camino de reformas regresivas en el sector y en la CABA, desde los años setenta hasta aquí, continuará en las mismas vías, y hasta presentará, mediante el PRO, mayor eficacia para la implementación de medidas concretas hacia la transformación de las prestaciones de salud en la lógica del aseguramiento.

El Trabajo Social en los SSH, contradictoriamente, encontrará en este momento su mayor posibilidad de renovación de profesionales, transformando su perfil, produciéndose la mayor intensidad de cambios en el quehacer profesional, así como en los dispositivos creados para la intervención. De la misma manera, veremos en el próximo capítulo que la dimensión política de la profesión crecerá acompañada de estos movimientos, así como de la toma de distancia de los sentidos y direccionalidad de la gestión gubernamental.

a. El contexto de la renovación de los SSH: nuevas transformaciones en el SES

Antes de adentrarnos específicamente en el objeto principal de nuestro estudio, referido a la reconstrucción histórica de la trayectoria del Trabajo Social en los dispositivos de intervención de los SSH, tendremos nuevamente que situar elementos para la integralidad de su comprensión. Debido a esto, el apartado estará dividido en tres títulos. Primero, situaremos las percepciones de los trabajadores sociales y principales características de la gestión del PRO en la CABA.

En segundo lugar, trazaremos las principales características que asumen las políticas sociales en esta coyuntura política, para luego adentrarnos en las características que asumieron las políticas socio-sanitarias, diferenciando los sectores dentro de ésta última. Por último, y con aquellas “piezas del rompecabezas” situadas, analizaremos las transformaciones de los SSH situados en tiempo y espacio: esto es, su conformación, las demandas institucionales que recibe, y las respuestas que tentativamente elabora.

i. Percepciones alrededor del cambio de la alianza dirigente en la CABA: primeros movimientos en la gestión

El cambio de alianza dirigente entre la gestión asociada a la dirección de Ibarra, hacia aquella de Macri, resulta en un momento de relevancia para les entrevistades. Algunas afirmaban:

—... desconfianza y sospecha... vino esto del empadronamiento fue complejo... centros de salud con dificultades edilicias... durante la gestión de Ibarra hubo esperanza en la mejora... algunos cambiaron, mejoraron. Otros quedamos en la cola, y "si no fue con Ibarra, con este no va a ser".... "

—...Había (en parte del equipo) un no poder creer que había ganado Macri, era como una cosa que no la terminamos de decodificar. Y mucha sospecha... no tanto en relación a lo que concretamente le pasaba a la gente, sino más preocupación a cómo iba a cambiar la política de salud... "

—...Y como querer una lógica más empresarial en el Estado. Esto de los objetivos, el resultado, el gerente. ... modernizar el Estado en términos eficientistas (que no terminan siendo tampoco, ¿eh? porque la verdad que...) para nada. Pero sin reconocer la capacidad que hay acumulada"

Si bien la preocupación por el porvenir refería a un cambio de gestión, también es real que aquel cambio se producía en el contexto de una enorme crisis de representación política en el país. En ese sentido, la incertidumbre también radica en un contexto en que aquella percepción era la norma, habiéndose producido un giro conservador y hacia la derecha en la CABA. El macrismo, entonces, surge, tomando la “oportunidad” del contexto, y se sostendrá, de forma continuada, como alternativa dirigente para la CABA. Asimismo, alcanzará un status –transitorio- como alternativa nacional.

Aquellas tensiones podrían haberse encontrado en el repertorio de lo imaginario, y haber expresado fundamentalmente aquella crisis política, las transformaciones en la forma de gestión de la clase dirigente no se hicieron esperar. La clave del análisis será trascender los fuertes impactos que generaron, para ubicar continuidades y rupturas en los años y décadas de reformas en las políticas sociales, y especialmente en las socio-sanitarias.

Veremos que los movimientos de mayor impacto para les entrevistades se pueden organizar en dos líneas: primero, recorte y reducción del gasto en ciertas políticas sociales,

para el fortalecimiento de otras, en clave de individualización de los usuarios. Segundo, centralización de las decisiones en torno al uso y aplicación del presupuesto estatal.

En el primer punto, surge la descomposición de líneas de implementación de política pública en clave de gestión con organizaciones colectivas: el desarme de la línea de políticas con empresas recuperadas, la gestión de políticas alimentarias vía organizaciones de la sociedad civil, el financiamiento de las organizaciones en la co-gestión de programas como “Coordinación SIDA”, entre otras. Si bien el macrismo quita de la ecuación que ligaba las políticas sociales con las organizaciones colectivas a éstas últimas, no es verdad necesariamente que aquello haya producido reducción presupuestaria.

En principio, lo que surge como respuestas en materia de políticas sociales es la “individualización” de los usuarios para atención. Esta lógica ya sido previamente presentada (López, 2019), tanto como lógica de transformación de la política social, como expresión contemporánea de la política socio-sanitaria. Es por esto que afirmamos la profundización de la individualización como respuesta a las necesidades de la población. En ese sentido, situamos los planes y programas de la CABA del tipo “Ticket Social”, “Ciudadanía Porteña” (políticas de transferencia monetaria individual-familiar para uso circunscripto a la alimentación), “Programa de Emergencia Habitacional” (política de transferencia monetaria individual-familiar circunscripto al pago de cuotas de alquiler), entre otros. Asimismo, identificamos las vías de “modernización” de las lógicas de acceso a las instituciones públicas. Ejemplo claro de esto es la inscripción escolar, que a los fines de garantizar la accesibilidad y transparencia, la gestión gubernamental incluyó una modalidad online que individualiza y pone en diálogo a un sistema central de gestión con cada “usuario” del sistema.

“Llegábamos al barrio y había cola de 200 personas! Donde había sido un trámite habitual inscribirse. Y ahí empezábamos a resolver cuestiones de internet básicas... después que seguíamos nosotros las inscripciones. Y después nos teníamos que ocupar de las que nos quedaron sin vacante...”

Si bien aún no estamos haciendo referencia a las profundizaciones que se dieron en las políticas socio-sanitarias, se destaca que la individualización de los usuarios en tanto actor centralizado del SES / pacientes también continuó su repertorio de reformas vinculadas al aseguramiento individual. Para esto, veremos a lo largo de estos años, que en clave individual se avanzará sobre las formas de acreditación individual del usuario del SES (empadronamientos, identificaciones), así como la construcción de historias clínicas electrónicas (con la lógica transportable, recuperable por el usuario o por el mismísimo SES en cualquier punto institucional), anulando el dominio de los centros de salud u hospitales de

cada historia, lógica de elaboración descentralizada y de acumulación informativa centralizada.

De esta manera, si bien la lógica de **individualización** se presenta inapelable para los usuarios de las políticas sociales, de la misma manera se **centraliza** la lógica gubernamental de admisión, evaluación y otorgamiento de cada recurso. Aquello, como se percibe, se produce de la mano de la informatización de los procesos, logrando procesar grandes masas de usuarios en pequeñas oficinas de jerarquía central, obviando los intermediarios institucionales. En concreto, ya no serán las escuelas o los distritos los que dispongan de vacantes, sino el propio Ministerio de Educación. De la misma manera no serán los comedores, organizaciones u oficinas barriales las que otorguen programas de transferencia monetaria, sino sistemas centralizados de información. De la misma manera que el sistema de salud pretenderá imponer sistemas homogéneos de otorgamiento de turnos, así como de disposición y organización de los servicios. Veamos la valoración sobre un actor fundamental de este proceso:

—...Para mí hay un antes y un después del Ministerio de Modernización. Tremendo. Lo que genera a nivel de estructura hospitalaria... De presupuesto que se da. Fuertes transformaciones en el Estado y fuertes transformaciones en la clase política”

El Ministerio de Modernización fue creado en las jefaturas de Gobierno del PRO en la Ciudad, replicándose la iniciativa cuando la misma alianza fuera gobierno nacional y gobierno de la Provincia de Buenos Aires para el año 2015. En la Ley de Ministerios del año 2011, se registran las funciones que implican, entre otras, las reformas del tipo individualización – centralización, en clave de formas de modernización de la gestión pública:

—Diseñar políticas de transformación y modernización del Estado en las áreas de gobierno ... implementar el Plan de Modernización de la Administración Pública... implementar políticas de mejora administrativa, financiera y funcional; ... políticas de gestión y administración de los recursos humanos...elaboración de propuestas de mejora de la carrera docente y de la carrera profesional de salud.... Diseñar e implementar las políticas de incorporación y mejoramiento de los procesos, tecnologías, infraestructura informática y sistemas y tecnologías de gestión... (Art. 26, Ley 4013/11)

En el proceso de desenvolvimiento de esta nueva cartera gubernamental, se observa que tiene a cargo producir grandes transformaciones en la esfera público-estatal con algunas ventajas estratégicas para producirlas. Se erige desde una posición central, siendo un Ministerio sin instituciones descentralizadas a cargo, concentrando funcionarios en una alta jerarquía gubernamental. De la misma manera quienes desempeñan estas funciones se encuentran fuera de los sectores pretendidos para las reformas, por lo que actúan como **“agentes externos”**, cuyos compromisos con el sector, con las dinámicas de acuerdos y

alianzas le son indiferentes –en lo que respecta a las reivindicaciones de sectores organizados de los trabajadores-.

Asimismo, se produce una enorme dispersión del conflicto, redireccionando reclamos de colectivos de trabajadores hacia diferentes espacios de gestión pública, imposibilitando evidenciar claramente responsabilidades (lo salarial dividido entre los Ministerios de Hacienda y Modernización, lo asistencial y laboral en oficinas de funcionarios del Ministerio de Salud, que a su vez se multiplican en secretarías, subsecretarías y direcciones con distintas responsabilidades).

En el ámbito de la salud, la “modernización” de ciertos procesos de trabajo sanitarios implicó una transformación en la modalidad de disponibilidad y uso presupuestario. De esta manera, de las necesidades de compras locales, de más directa solución, se pasó a un sistema de compras centralizado, implicando en enormes cantidades de casos retrasos y disminución de compras realizadas.

—..Con Macri se empezó a (ruido de cuchilla): No, esto no, el hospital no, porque es caro, no se compra. Pero empezaron a limitar: Capital es Capital. Provincia se va a las Regiones Sanitarias...”

—..Con el anterior podía haber falencias, faltaban cosas mínimas, pero nunca como... cuando asumió Macri, que faltaron mil millones de cosas, eso lo sabés. Antes el Hospital te compraba material para cirugías de altísimo costo... Yo me acuerdo que teníamos que hacer las historias...”

—..Todo centralizado. Un desastre, eso lo sabemos. Al mes las compras... la evolución de la enfermedad... Un mes es mucho. Eso empezó con Macri, en 2008...”

—..Pero eso, ponele, carga viral no hubo por un montón de tiempo. No fue hace tanto, porque yo me acuerdo que ya hacíamos el tráiler... Hubo momentos complejos...”

—..Hay algunas cuestiones que funcionan muy mal. Por ejemplo todo lo que es logística, que está privatizado, porque lo lleva OCASA. Que hace desastres todo el tiempo... Entonces toda esa parte te complica desde los preservativos hasta los medicamentos”.

Descolectivizar las demandas, e individualizar la asistencia parece expresarse como una modalidad de gestión que se mostraba preocupada por llevar reformas regresivas en materia de políticas sociales invirtiendo previamente en la imposibilidad de los actores sociales de producir fuertes resistencias. De esta manera se incorporaron sistemas informáticos, se invierte en sistemas de centralización de compras, de logística y distribución. Esto se realizó en nombre de la transparencia y agilización de los procesos, aunque se analiza con mayor fuerza el recorte y burocratización en el acceso. Veamos un extracto de entrevista:

—..hasta la época de Ibarra, había por lo menos discusiones con organizaciones. Lo que empieza a pasar es que empieza a haber listados de personas... Esto se profundiza mucho más, la cuestión individual, y además se levanta como bandera, a partir de Macri en la Ciudad. Es decir, todos los discursos llevaban a esto: las organizaciones curran, el Estado lo da de manera individual”

Ahora bien, ¿qué significó, para los trabajadores sociales, la transformación de la modalidad de gestión? ¿Cómo se modificaron los procesos de trabajo? En lo sucesivo, observaremos las transformaciones en materia de políticas sociales, y luego en particular en materia de políticas socio-sanitarias.

ii. Los sentidos de las políticas sociales y las dinámicas de inserción del Trabajo Social en el SES

La transformación de las lógicas de gestión gubernamental, implicaron modificaciones en la lógica de atención de las políticas sociales, evidenciándose que aquella **individualización** generó nuevas demandas para las instituciones públicas – estatales. Esto es, en pos de resolver los conflictos alrededor de la accesibilidad a las prestaciones del sujeto de la atención: le individuo. Una entrevistada afirma:

—...resolver la inmediatez y estar muy pegado a la asistencia... sumamente precarizados y empobrecidos y viendo lo inmediato: viendo la vacante de una familia, la prótesis de un señor, el turno... ”

—Un retroceso a la asistencia exclusivamente. No por desmedro de la asistencia, todo lo contrario. Pero sí como una limitación”

—Hay una apelación permanente al individualismo y a la resolución más... todo está hecho para lo individualizante: desde la vacante hasta el trámite en ANSES”

Si las políticas sociales asumieron la profundización de la lógica de individualización, también aparece en el relato el mismo proceso en el caso de la **asistencialización**. Ahora bien, si la individualización resulta en una iniciativa con mayor fuerza de parte del recambio gubernamental, la asistencialización aparece como una continuidad en materia de perfil poblacional de las políticas sociales, y particular, del correspondiente al SES, como recorte estatal de la política de salud. Sin embargo, ante los catastróficos indicadores que provocaron la crisis del año 2001, su parcial recomposición implicó la aceptación de estas modalidades de gestión.

Aquello fue una realidad para los trabajadores insertes en distintos espacios del propio SES. Como hemos mencionado a lo largo de toda esta investigación, las posibilidades de inserción son acotadas. De forma minoritaria los programas ministeriales, en mayor medida los centros de salud (ya sea en su modalidad de centros médicos barriales, como CeSACs), y como novedad histórica, se producirán en este período las inserciones en los equipos de salud mental en el área de urgencia de cada hospital. En lo que respecta a la modalidad programática, una entrevistada reflexiona:

—...El cambio de Macri fue impactante porque cambió la política de salud, y cambió cómo se organizaban los programas también... (el programa) tenía un presupuesto propio ... financiaba proyectos

con su propia guita. Una organización tenía un proyecto y se le podía dar la plata para la merienda, el taxi o lo que sea... Podía contratar gente: necesitabas un diseñador... Ahora nada. Y se hacían materiales, se diseñaban, se mandaban a imprimir... (ahora)... no tiene presupuesto, está bastante limitado”

El punto, que se repite en otros ejemplos de entrevistados, parece ser la homogeneización de cada estructura perteneciente al Ministerio de Salud, limitando en todos los casos la autonomía institucional. Aquello significó la pérdida de trabajadores y equipos, que pudieron lograr empleos en el ámbito nacional, así como la aceptación de las nuevas modalidades para quienes se quedaron.

En lo que respecta al perfil “eo-gestivo” entre organizaciones de la sociedad civil y los equipos de trabajadores estatales, el abrupto corte presupuestario, para su posterior centralización e individualización, implicó la imposibilidad de continuidad de aquellas formas de gestión, las cuales se sostenían en mayor parte a partir de la informalidad y precariedad. Las necesidades de legitimación, en este momento histórico, parecen acotarse, y ser excluidas como parte de la gestión en el SES.

En las instituciones identificadas como de primer nivel de atención, se identificaron también ciertas continuidades: en los CeSACs, se continuaron ampliando las dotaciones, en concordancia con las políticas internacionales vinculadas a la priorización del sector para la atención de la pobreza –por cierto, población sobre la que se espera que el SES focalice exclusivamente-.

A partir de las gestiones del PRO, se ampliaron las dotaciones existentes en los centros de salud, así como se abrieron nuevos. Sin embargo, aquello se producirá en un aumento de la **precarización** institucional. La constante será la construcción de edificios precarios⁷³, pequeños, sin la cantidad de recursos físicos suficientes, con la contradicción de la necesaria ampliación de dotación, que generalmente significó la aceptación de condiciones de trabajo en espacios de trabajo inadecuados.

En lo que respecta a los centros médicos barriales, los mismos se precarizan, mantienen la informalidad laboral, así como pierden relevancia (probablemente por apuntar a una clase media empobrecida, que para los años de gobierno del PRO se pretendía que la

⁷³ Los centros de salud, usualmente insertos en barrios populares y villas, fueron construidos con materiales no aptos para la construcción (durlocks, trailers), o compartiendo pequeños espacios con otras instituciones (comedores, instituciones públicas nacionales, oficinas descentralizadas de ANSES, del ámbito judicial, etc.), o sencillamente inadecuados para la atención contratada (el ejemplo paradigmático ha sido la contratación de odontología sin consultorios adecuados a dicha atención). En este marco, los trabajadores sociales generalmente tuvieron dificultades, algunas sin resolver, para contar con un consultorio dedicado a la atención profesional, encontrándose respuestas del tipo: “pueden estar haciendo trabajo territorial de forma permanente”, “pueden dejar sus cosas en la administración o en la cocina y salir al barrio”, “pueden compartir consultorio con las profesiones *no-médicas*”, etc. Entonces, si bien existe un aumento de precarización laboral en clave de los espacios de trabajo, la misma se profundizará a partir de las diferencias que impone –o intenta imponer- el modelo médico hegemónico en el sector.

misma pueda proveerse sus propios seguros de salud vía el mercado y el trabajo). Esto es: se desvinculan las profesiones, entre ellas el Trabajo Social, que realizaban profundas articulaciones con las organizaciones de la sociedad civil, para comenzar un reperfilamiento vinculado a los consultorios médicos. Esto será con una modalidad de consulta individual, con turnos asignados de forma telefónica o web, dedicados fundamentalmente a la prescripción de medicación. En este contexto gubernamental, el programa pasó de llamarse “Médicos de cabecera” para nominarse “Cobertura Porteña”. El nombre hace referencia, por un lado, a la cobertura en clave de “seguro”, y por el otro, a los porteños como sujetos usuarios del mismo. Lejos de ser sólo una nomenclatura, el programa pasó a requerir documentación que acredite el domicilio en la CABA, produciéndose ilegalidades alrededor de la exclusión de quienes residen en otras jurisdicciones para acceder a las prestaciones del SES.

De esta manera, las instituciones vinculadas al primer nivel de atención continuarán un proceso de **focalización y segmentación** en la población pobre, y aquella intencionalidad se irá visibilizando también en la expresión precaria de los efectores destinados a tal fin.

Sin embargo, resulta de relevancia que, en este momento, se produce una **ampliación de la inserción socio-ocupacional** de los trabajadores sociales en el SES. De la sanción de las regulaciones que se mencionaron pre-crisis política de la CABA –la Ley 448 del año 2000, y su reglamentación en el 2006-, se da la incorporación de forma masiva para el año 2008. Esto es, se integran los equipos multi-profesionales de salud mental de las áreas de urgencias en los hospitales generales y una pluralidad de los especializados (los históricamente dedicados a la salud mental, los de niños, infectología), generándose decenas de concursos y de creación de dotación.

Generalmente, estos puestos laborales fueron concursados y adjudicados por residentes y ex-residentes de Trabajo Social, que se encontraban realizando el proceso de formación o insertes precaria o circunstancialmente en el SES. Si bien esto fue vivido, primero, como la conquista de un espacio reivindicado por las necesidades de la población y de la movilización alrededor de la atención en salud mental, resulta en principio contradictorio con las ideas de una nueva alianza gobernante que venía a realizar un achicamiento y ajuste en el SES. Si la ampliación de dotación de los puestos laborales en la atención primaria podía deberse a las políticas internacionales de focalización y priorización de esta estrategia para las respuestas estatales a las necesidades de la población pobre, el sistema de urgencias no parece condecirse con estas hipótesis. Veremos entonces más adelante que la ampliación de dotación tendrá su correlato con una fuerte precarización laboral para les

trabajadores estatales de la salud, lo que permitirá ampliar puestos de trabajos, aún en un contexto de regresión en materia salarial.

Aún más, si bien las luchas en torno a la atención de la salud mental forman parte de una expresión activa y conflictiva de la cuestión social, su otorgamiento en el marco de las urgencias cuenta con una razón que la particulariza. Este tipo de ampliación de dotaciones parece estar reservando la capacidad de respuesta de las instituciones hospitalarias a las políticas de fortalecimiento de las guardias en las mismas. Si bien los hospitales se encuentran atravesando años de vaciamiento y desinversión, su respuesta vía la urgencia (como lo es también el servicio de ambulancias), con posteriores derivaciones en caso de contar con seguros de obra social o privados, parece ser un servicio altamente demandado por la sociedad toda –incluido los sectores de mayores ingresos-. De esta manera, resulta de relevancia también para las gestiones gubernamentales.

Antes de adentrarnos en la reconstrucción histórica de los SSH, veremos, como antes señalado, las transformaciones en el empleo estatal, que le dan sentido tanto a las ampliaciones de dotaciones antes mencionadas, como a la segunda renovación que estos dispositivos atravesaron.

iii. Transformaciones en el empleo estatal: expansión precaria de los trabajadores sociales en la salud

–No me jubilé, me jubilaron. Me mandaron un telegrama colacionado dejándome cesante en el gobierno de Macri. Después tuve que hacer los trámites para jubilarme”

El presente apartado comienza con una cita de entrevista debido a que el PRO en la Ciudad halló de manera sistemática la forma de combinar “otorgamientos” a las “luchas” de los trabajadores, una vez “negociados” los términos que implicarían beneficios, y también pérdidas en materia de condiciones laborales⁷⁴.

El PRO asumió su gestión gubernamental enviando cientos y cientos de telegramas a quienes se encontraban en la edad jubilatoria⁷⁵. Aquello explica una fenomenal y masiva **renovación** de los trabajadores en los distintos sectores laborales. Para los SSH, compuestos por los trabajadores sociales más envejecidos, esto significó recambios casi totales de los equipos de trabajo. Como habíamos afirmado, la renovación mediante la incorporación de

⁷⁴ Las categorías respecto del proceso complejo y contradictorio de concreción de las políticas sociales –como lo es la lógica de lucha por las condiciones de empleo en el marco del Estado-, se toman de los análisis de Alejandra Pastorini (1999).

⁷⁵ Hasta ese momento el estado empleador no instaba a las jubilaciones compulsivas inmediatas, cuestión que era permanente negociado por los sindicatos dado que para los trabajadores acogerse a la jubilación implicaba una fuerte rebaja salarial. El PRO entonces quiebra con aquella histórica negociación, a cambio de nuevas concesiones –y acuerdos con los sindicatos, en pleno rearmado de estas relaciones ante el recambio gubernamental-.

títulos en los años ochenta había producido una mayor movilidad en los lugares que fueron incorporando dotación: los centros de salud, los centros médicos barriales, las residencias y concurrencias. Sin embargo, esa renovación implicaba modificaciones de relevancia pero paulatinas en los SSH, en los casos de concursos por previas jubilaciones, fallecimientos, o algunos aumentos de dotación específicos, como los fueron los concursos de jefaturas intermedias.

En las masivas jubilaciones impuestas por el PRO, le tocó su turno a los SSH. Aún en muchísimos casos estos dispositivos se encontraban compuestos por las visitadoras de higiene y asistentes sociales (ya en edad jubilatoria, o pasada la misma), produciendo de forma intensa y repentina la renovación esperada desde hace décadas atrás. Sobre los alcances de este punto, volveremos en los próximos apartados. Sin embargo, resulta de relevancia reconocer este proceso en la experiencia de los trabajadores sociales entrevistados:

—... 2009 tiene que ser. Dejo (un programa) y vengo a la Guardia. Y ahí ya se estaban jubilando todas”

—... cuando entré en la Residencia, en forma vertiginosa, hubo una oleada de jubilaciones de trabajadoras sociales que hacía 20, 30, 40 años que estaban... Yo entré en 2010 y al poco tiempo se jubilaron tres... se produjeron estas oportunidades,... entró mucha gente nueva... de la Residencia. O sea, el Servicio, hoy por hoy, es casi todo de treinta y pico de años, excepto las Jefaturas. Pero la planta... eso trajo un cambio”

—...Hubo una época en que se jubilaron muchas acá en el Servicio, la mitad de la Residencia entramos. Somos todas residentes de esa época acá, la mayoría...”

—...facilitó que se fueron jubilando y quedamos las que éramos de la Residencia. O sea, hubo una camada, creo que dos años para arriba, y después, cuatro para abajo, estamos todas en el Servicio...”

—El Servicio se jubiló adelante de mis ojos... todo el servicio se recambió... Y se transformó...”

Los procesos jubilatorios que se dieron en el desarrollo de la segunda década del milenio, en la CABA, generaron recambios generacionales de gran escala en los servicios en los que aquella medida no sólo impactó de forma puntual, sino generalizada, produciendo verdaderas renovaciones profesionales. Ahora bien, antes de adentrarnos en estas transformaciones, centralizándolas en nuestro objeto de estudio, los SSH, veremos otros elementos que hacen a más y nuevas reformas en clave del empleo estatal.

Resulta de enorme relevancia destacar que una vez producidas las jubilaciones compulsivas, y los masivos llamados a concursos, se produjo un cambio sustancial: los cargos en proceso jubilatorio contaban generalmente con cuarenta horas semanales de contratación, mientras que los nuevos fueron de treinta horas⁷⁶. Produciéndose así un ajuste en el

⁷⁶ Si bien la Ordenanza 41455/1986 que establecía la Carrera de Profesionales de la Salud ya establecía un “mínimo” de horario laboral de 24hs semanales, los contratos habituales eran de 40 horas semanales, tal como permitía también dicha carrera. Dice el artículo en cuestión: “Los profesionales de ejecución deberán cumplir un mínimo de 24 horas semanales. La Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente podrá ampliar el horario con la anuencia del agente en función de las

presupuesto de los salarios destinados a la salud, y asumiendo que las tareas que anteriormente se realizaban en cuarenta horas se podían hacer en menos, se produjo un enorme recorte en términos de “horas” destinadas a cada servicio.

En ese contexto, se comprende la obtención de los cargos destinados a los servicios de urgencias en la creación de los equipos de salud mental antes citados. De la misma manera se contextualiza la expansión de los cargos en las instituciones en el primer nivel de atención, a la par que se producía en espacios edilicios precarios.

Aquello expresa que la expansión socio-ocupacional de los trabajadores sociales se produjo a la par que la expansión de la **precarización laboral**⁷⁷ (que se acopla y se complejiza a la precariedad institucional antes citada). Aún más, esta no fue la única profundización de la precariedad como dimensión fundamental de trabajo que hace a la viabilidad de las políticas sociales.

Sumado a las jubilaciones compulsivas, se continuará profundizando la tendencia hacia el aumento de la precarización laboral en términos de la elusión de la contratación formal y estable que garantizaba la carrera profesional. En el nombre del “dinamismo” y el ofrecimiento de respuestas rápidas, se avanzó con las contrataciones precarias (contratos por monotributo, uso de pago de suplencias y guardias para la constitución de programas y fortalecimiento de equipos de trabajo no ligados al sector de urgencias). En ese sentido es que se crearon los programas ADOP/ADOPI (atención de salud mental en domicilios), mediante el pago de guardias a trabajadores de planta permanente. Años después crearían el Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad (emisión certificados de discapacidad), mediante el contrato por monotributo. En ambos ejemplos se contrataron trabajadores sociales, produciéndose una expansión profesional en distintos programas e instancias ministeriales, en condiciones precarias de trabajo.

necesidades del servicio y los programas del Plan Municipal de Salud” (Art. 5º). El punto aquí es que a pesar de la habitualidad de las cuarenta horas semanales, la Carrera permitía la existencia de contratos de menor carga horaria, que son los que finalmente se aplicarían años después.

⁷⁷ La precarización laboral es extensible a toda una serie de dimensiones de los procesos de trabajo, que en este caso se puntualizó sobre las modalidades de contratación (tipos de contratos, horas de trabajo), pero que no son exclusivas de estas. También hemos referenciado la precarización “institucional” como forma de hacer alusión a la precariedad edilicia y de los lugares de trabajo. Asimismo entendemos como “precarización laboral” a la falta de provisión de recursos para el trabajo, a la realización de horas extras y trabajo en domicilio sin retribución, a la falta de acceso integral a los derechos laborales, a paritarias acordes a los indicadores socio-económicos y de aumento progresivo de la retribución laboral, entre otras formas. Todas ellas, de forma creciente, se fueron dando intensamente desde los años noventa, post reconocimiento de la carrera profesional, como consecuencia de las reformas regresivas de las políticas socio-sanitarias. Algunos documentos que tratan la temática son: Consejo Profesional Trabajo Social CABA (2018); disponible en: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Febrero-2018.-Discusiones-sobre-procesos-de-trabajo-empleo-estatal-y-salud-laboral.pdf>. También se puede reflexionar sobre este proceso en el ámbito de la salud en Matusevicius (2017).

Resulta inicialmente contradictorio, que en Diciembre de 2010⁷⁸, es decir, en este contexto de aumento de la precarización laboral, se produjo también la firma del primer convenio colectivo de trabajo (CCT). El mismo refiere a un documento que establece las condiciones y derechos laborales entre las organizaciones gremiales mayoritarias (las ya nombradas Asociación de Médicos Municipales y la Federación de Profesionales) y el Estado-empleador, estableciendo así una base de derechos establecida, desde dónde se negocian anualmente las actualizaciones y renegociaciones paritarias.

El documento establecido, en este caso, reconoce algunas históricas reivindicaciones del sector (reconocimiento de las horas de capacitación dentro del marco laboral, titularización e interinización automática al quedar vacantes los cargos de planta permanente, un mayor reconocimiento a la antigüedad y relativas mejoras en el régimen de licencias), a la par que legitima condiciones perjudiciales para el trabajo: evaluaciones de desempeño, suplementos y sobre-sueldos a determinadas funciones, heterogeneizando los salarios de los trabajadores –y descolectivizando sus demandas-, priorización de los derechos laborales para la profesión médica, entre otras.

Ahora bien, ¿qué lugar ocuparon las organizaciones gremiales en este momento histórico? ¿Cómo se produjo la aceptación de la pérdida del veinticinco por ciento de las horas contractuales? ¿Por qué se produjo un CCT que no resolvió las principales regresiones en materia de política sanitaria y laboral, y sí introdujo nuevas problemáticas? ¿Cómo se consensuaron las contrataciones precarias? ¿Cómo se acordaron las expansiones institucionales de baja calidad? ¿Cuáles fueron las evoluciones salariales que dan cuenta del aumento o disminución del poder adquisitivo de los trabajadores estatales? Se re-trabajarán estos interrogantes en el próximo capítulo, donde se abordarán, entre otras temáticas, las formas de organización colectiva. Para dar cuenta de las organizaciones gremiales en particular, se indagará sobre las dinámicas de cooptación sindical y las alianzas gubernamentales para las reformas regresivas del Estado.

Sin embargo, las anteriores coordinadas respecto del empleo estatal en este momento histórico nos permitir situar y comprender que las renovaciones de los equipos profesionales se produjeron de forma masiva, y a la par, regresiva en las condiciones de trabajo y de la política pública. En ese sentido, la contradicción para el desarrollo de los jóvenes profesionales insertes en los SSH se expresará con fuerza, produciendo nuevos desafíos para

⁷⁸ Para leer el documento se pueden consultar distintas fuentes. La más completa se encuentra en la Revista Mundo Hospitalario (2011), Año XX, N° 167, Febrero 2011. Disponible en: <https://www.medmun.org.ar/varios/cct.pdf>

el devenir del Trabajo Social en estos dispositivos. Veamos una reconstrucción de la más cercana contemporaneidad de los mismos.

b. Los SSH hoy: renovación, anomia institucional y autogestión

i. *Segunda renovación de los SSH*

Como afirmamos en el título anterior, las renovaciones en los SSH se dieron de forma repentina tras la asunción de las gestiones macristas en la Ciudad. Desde los años 2007 al 2010 se produjeron las masivas transformaciones que modificaron el panorama generacional, formativo e interventivo de estos dispositivos. Afirmaremos que si bien en el plano objetivo las jubilaciones produjeron un recambio, será materia de análisis desentrañar qué tipo de transformaciones se dieron, en clave de contenido y forma. Volvamos a afirmar el plano más objetivo de la cuestión: las modificaciones del plantel profesionales, en clave de masividad y simultaneidad:

—..También lo que pasó es que cuando yo entré tenía compañeras de planta que tenían un recorrido formativo muy distinto al nuestro... muchas incluso se jubilaron cuando yo estaba terminando la residencia. Desde la Jefa del Servicio, otro montón de compañeras”

—..2009 tiene que ser. Dejo (otro empleo) y vengo a la Guardia. Y ahí ya se estaban jubilando todas. ...yo entré como residente y tuve tres años de planta y al toque concursé la sección. El Servicio se jubiló adelante de mis ojos... todo el servicio se recambió... Y el Servicio se transformó...”

Ahora bien, si lo evidente resulta el cambio en clave de los sujetos trabajadores sociales, aquello no necesariamente presenta una correlación en materia de análisis del quehacer de los SSH. En algunas entrevistades esto surge de forma afirmativa: los recambios producirían mayores modificaciones en la organización y contenido de las tareas asumidas por los trabajadores sociales en los SSH. En otros, la perspectiva generacional no permite evidenciar estas transformaciones: porque quien encarna el análisis pertenece a una generación más joven que aquella en la que se produjo el recambio —y aquello no forma parte de la historia oral o escrita del espacio socio-ocupacional-, o porque pertenece a la generación que justamente se estaba jubilando, o se encuentra más próxima a está, y las transformaciones no fueron parte de su experiencia, o no se evidencian como consecuencia de su propio alejamiento.

Asimismo, en otros dispositivos existen acontecimientos que no permiten evidenciar directamente la relación recambio jubilatorio – transformaciones en el perfil profesional de los SSH. Esto es claramente el caso para los dispositivos asociados a modificaciones mayores en la política pública, como el caso de los abogados a la intervención en salud mental. En este último caso, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (del año 2010) produce las

mayores transformaciones que les entrevistades evidencian, y en consecuencia las transformaciones generacionales pasan más desapercibidas. Veamos este último ejemplo:

—..La Ley de Salud Mental ayudó mucho. De 2010 a esta parte, el trabajo que emprendió el Servicio Social, me parece a mí, yo justo entré en 2010, pero por lo que conocemos de la historia, en ese momento cambió la idea de un Servicio Social en un hospital de salud mental cambió mucho. Las posibilidades de intervención del trabajador social cambiaron mucho”.

Entonces, si bien la entrevistada evidencia una reorganización y modificación de relevancia para el quehacer del Trabajo Social en el marco hospitalario vinculado a las transformaciones de la política socio-sanitaria, no resulta tampoco un contrasentido con la afirmación de que en este contexto histórico, las prácticas del Trabajo Social se modificaron de forma sustantiva. Sin embargo, mayoritariamente estas modificaciones se dieron por las diferencias de los profesionales ingresantes (formación, contexto socio-político, etc.) en el marco de las masivas vacancias de puestos laborales, y la reducción horaria de quienes ingresaron y comenzaron a asumir, organizar e intervenir profesionalmente en el SSH. Es necesario entonces adentrarse cualitativamente en este aspecto:

—..Hubo espacio para reorganizar la tarea... acciones que eran repetitivas, alienantes, burocratizadas, que se puede decir ¿bueno, para qué hacemos esto?... ¿Se podría hacer de una forma menos alienante?... Entonces se fueron reorganizando las tareas, la organización del Servicio, el registro... que trajo un alivio, y una sensación de un hacer con un sentido”

—..cambios internos al Servicio Social que modificaron mucho la tarea, la forma en que estaba organizada, y el contenido. Esos no estuvieron tan relacionados con la política, sino fueron del Servicio... .. cuando sí ingresé la segunda vez, es en un cambio que me parece que empezamos a cambiarlo a partir de que ingresamos una camada más nueva, cuestiones que hacían a la demanda...”

—..El Servicio Social... tuvo durante 35 años la misma Jefa, que era una Jefa histórica, que tenía una modalidad muy particular de conducción y de organización del Servicio”

Las modificaciones a las que hacen referencia los trabajadores sociales son aquellas tareas vinculadas a: primero, las formas de control burocrático del acceso a las prestaciones de salud (permisos de internación, constatación de prestación de obra social); segundo, la intervención profesional pre-determinada (recorrida cama por cama en las internaciones para la elaboración de fichas con datos personales, el contacto telefónico sin conocimiento previo de las situaciones de parte del SSH); tercero, la organización verticalista e individualizante de los procesos de trabajo en los mismos dispositivos (control de la tarea por la jefatura, reuniones de equipo de transmisión de información unilateral).

Sin embargo, no resulta en una conclusión directa aquello que sí se comenzó a realizar a partir de las transformaciones en los procesos de trabajo. Aquello, como toda particularidad, se encontrará mediado por las singularidades que hicieron a cada servicio social. Asimismo,

por las grandes determinaciones de la política socio-sanitaria, el proceso socio-histórico, la correlación de fuerzas sociales que imponían –e imponen- un cierto sentido de cosas en los avances y retrocesos de las reivindicaciones de quienes viven del trabajo, y de quienes acceden a las prestaciones de salud exclusivamente mediante la política pública.

Veremos entonces a continuación algunas importantes dimensiones que fueron componiendo las respuestas que los SSH, una vez renovados, fueron elaborando. Esto es, entendiendo que la intervención profesional será el emergente colectivo –con ciertísimos trazos del perfil individual de cada profesional- entre las grandes determinaciones antes citadas (la correlación de fuerzas políticas, la política socio-sanitaria, las condiciones laborales generales), la demanda institucional y la demanda social con la que interlocuta el Trabajo Social.

ii. Demanda institucional: entre la indeterminación y el egreso hospitalario forzado

Existen múltiples caminos por los cuales podríamos concluir que la contemporaneidad de las instituciones hospitalarias resulta compleja en materia de discernir el significado social de estos espacios. Históricamente se ha afirmado la necesidad de los hospitales en la relación entre clase trabajadora e inserción en el mercado laboral. Esto es: la posibilidad de que los trabajadores accedan a prestaciones de salud que requieran para la reproducción familiar, garantizando la continuidad en el marco laboral, y el abaratamiento de dichas prestaciones por encontrarse colectivamente costeadas por los Estados. Vale la pena retomar, entonces, que en la génesis de los SSH se afirmó la demanda social hacia la profesión centrada en la gestión, asistencia y educación de la población con el fin de reproducir e integrar la propia clase trabajadora en el orden dominante, vía políticas de salud que la vuelvan competente para el empleo y la vida urbana (Oliva, 2015)

Sin embargo, ¿es esta la contemporaneidad del acontecer hospitalario? ¿Son los usuarios del SES población a la que el Estado se compromete a garantizar su inserción y reinserción en el mercado laboral? ¿Aparecen mediante las entrevistas de los trabajadores estos sujetos de intervención? ¿Cuántas personas cuentan con prestaciones de obra social por encontrarse empleadas? ¿Cuántas cuentan con la misma por ser parte de los grupos de tercera edad o por encontrarse atravesando procesos de discapacidad para las demandas laborales? Particularmente también nos podríamos preguntar: ¿Cómo expresa hoy el “modelo médico” la necesidad de atención acotada y precaria de esta población –en compás con el proyecto societario imperante- sin perder su hegemonía? Y centralmente en función de los

interrogantes sobre la profesión, ¿Cuáles son las demandas que se le realizan a los SSH en tanto dispositivos profesionales subsidiarios de la ~~medicina~~ "medicina científica"? Veamos algunas caracterizaciones de la demanda institucional que aparece para les entrevistades:

—...No, las instituciones... hay una anomia que para mí tiene que ver con un montón de cosas, con la política, con la dificultad de establecer una propuesta de trabajo. ¿Qué quiero? En todo caso yo pelearme con eso... alguien diga qué está esperando, o que construyamos qué está esperando, qué sería lo ideal”

—...hay un mínimo de demanda institucional y hay una gran cantidad de indeterminación me parece, que es como a construir...”

—... todo el otro espacio que queda como libre yo creo que a "la Institución", si uno pudiera hablar de un sujeto, le da lo mismo lo que uno haga o no... desde la Jefatura del Servicio no hay una directiva clara... una compañera... que se jubiló, hizo charlas de procreación en sala de espera... nunca jamás levantaba esa actividad... ahora es lo primero que levantas... nadie lo está esperando, nadie lo va a reprochar...”

La cuestión que emerge con fuerza es la ~~falta~~ "falta" de demanda institucional ~~salvo por ciertas excepciones que veremos a continuación~~-. La misma parece remitir no sólo a la subsidiariedad profesional a la medicina, sino además a la variación del significado social de la institución, que redundaría en un vaciamiento de sus capacidades⁷⁹. Ofrecemos la hipótesis de trabajo vinculada a la barbarización de las relaciones sociales en el capitalismo, como modo de expresar esta ruptura en los proyectos socio-sanitarios estatales, focalizados en la pobreza.

En el anterior capítulo referenciamos a la medicina científica y al sentido de la creación de la profesión de ~~visitadoras~~ "visitadoras de higiene" vinculado al higienismo. De igual manera relacionamos la emergencia histórica de las instituciones hospitalarias en la Argentina con la reinscripción en el mercado laboral de las personas que alternativamente requerían la atención de su salud. Sin embargo, desde los años setenta, mientras esta tarea históricamente se debilitaba, hemos analizado una incesante estrategia de focalización y precarización de la atención de la salud en la población pobre, segmentando el SES y asistencializando sus prestaciones.

Entonces, si la hegemonía ~~higienista~~ "higienista" efectivamente ha decaído, esto no significa la ruptura del ~~modelo~~ "modelo médico hegemónico", sino por el contrario, su plena vigencia así como la variabilidad histórica de sus significados históricos. Resulta necesario, entonces, tras cuarenta

⁷⁹ Resulta significativo ilustrar algunos datos que expresan el vaciamiento como modalidad de lenta desfuncionalización del SES. La Fundación Soberanía Sanitaria, en su Informe N° 43 expresa la disminución de las prestaciones del SES. Esto es: si para el año 2007 las camas disponibles del SES eran de 7549, para el 2017 eran de 6986; más de 500 camas perdidas. La misma tendencia a la disminución en la prestación de servicios se constata en los egresos hospitalarios ~~expresando menor cantidad de internaciones efectivamente producidas~~-, así como en consultas programadas realizadas. En el sentido contrario, se constata un aumento de la consulta por guardia, dando cuenta que la anterior disminución de prestaciones no se produce por falta de demanda, sino todo lo contrario. Informe disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Y90Pd1pMIwf_NXIbJBMGvI233TEr1dQF/view

años de incesantes reformas, afirmar la necesidad de re-categorización del significado social de las políticas socio-sanitarias, y por lo tanto, de las demandas instituciones que genera.

Debido a lo anterior, es que se afirma la hipótesis de la instalación histórica de la producción de la barbarie, viéndose agotadas las energías civilizatorias del capitalismo para producir nuevos momentos progresivos e inclusivos. Con la reversión en calidad y cantidad de los derechos sociales conquistados, y una enorme masa de población cotidianamente vivenciando destructivamente su *“tiempo libre frustrado”*, el trabajo en la contemporaneidad se caracteriza principalmente por un enorme abanico de posibilidades para incorporarse en espacios altamente precarizados hasta llegar a la desocupación. El punto central resulta en que esta población no se encuentra en el marco de *“alternancias”* o momentos esporádicos de desempleo, sino que en función del socio-metabolismo actual del capital, la misma se torna *“no-integrable”*, *“superflua”*, para las necesidades del mismo, destacándose la desechabilidad de una masa poblacional, y la necesidad de intensificar la explotación en la otra. Sumado a la exclusión, la barbarización del mundo también se manifiesta en el tipo de producción destructiva, y la depredación del medio ambiente (Dulcich, 2008).

Entonces, tomemos la desechabilidad de las personas, la fragilización de los derechos sociales *“y allí hemos evidenciado décadas de ataques al derecho integral a la salud- y la precarización del acceso al trabajo para la misma población a la par que para quienes se desempeñan como trabajadores del Estado. Aquí podría radicar la “falta” de demanda institucional, traducida ahora como la ausencia de proyecto civilizatorio para quienes segmentada y focalizadamente se constituyen en usuaries del SES. Esto no es únicamente para con la población adulta mayor o adulta en general que ve amenazada su vida por la enfermedad, sino también en la imposibilidad de ofrecer respuestas a las necesidades de la misma población infantil. Veamos un ejemplo:*

“...en este último tiempo estamos viendo que hay chicos que egresan del hospital con una medida excepcional, se van a un hogar con un colchón en el piso, porque no hay vacante...”

Bajo la hegemonía neoliberal como proyecto societario, se intensifica la fractura fundamental entre poseedores y desposeídos de los medios de producción y se reproduce de forma cada vez más ampliada, y por lo tanto, cada vez más internalizadamente esclavizante, descontrolada y destructiva. Retomando tanto las incesantes reformas sanitarias, como la evidencia de desechabilidad de la población usuaria, se afirma la mercantilización de todos los aspectos de la vida, y un clima de violencia permanente, que naturaliza la destrucción de las fuerzas productivas, devenidas no sólo en superfluas sino también potencialmente criminales (Dulcich, 2008).

En suma con todo lo anterior, se comprende que una de las más fuertes afirmaciones de la crisis crónica del capitalismo es que realice sucesivos intentos por deconstruir la capacidad de las instituciones vinculadas a la salud de la población. Sin embargo, dicha destrucción no se da abierta y directamente, sino que se produce a través de la anomia, a través de su vaciamiento, de la falta de proyección institucional, de la quietud como norma, del desfinanciamiento, del abandono como modo de propiciar el escenario de la inutilidad institucional⁸⁰. A esta demanda, evidentemente se le chocará la capacidad de los trabajadores estatales de responder creativamente a la significación de su propia tarea, así como hará lo propio la demanda social, en permanente búsqueda de escaparse al destino fatalista que se le adjudica.

Si bien la ausencia de demanda explícita para con la tarea de los trabajadores sociales en el ámbito del SES está afirmada, es necesario preguntarse ¿Por qué sigue –sobreviviendo” el Servicio Social? ¿Qué demandas son direccionadas hacia los SSH en la contemporaneidad? Con algunos pasos previos, analizaremos la serie de demandas sociales y auto-gestionadas que la misma profesión canaliza para sí. Sin embargo, aún centradas en la demanda institucional, resta caracterizar aquello que previamente se anunció como –la excepcionalidad”.

Para lo anterior, se propone la hipótesis de que se pretende, mediante la canalización de formas no abiertamente represivas, o consensuales, la expulsión o el tránsito institucional no conflictivo de la población llamada por el SES –pacientes sociales” (la población sobrante). Es decir, la canalización de la falta de recursos, de turnos, de atenciones adecuadas, de necesidad de derivaciones, de familiarización y privatización–y por lo tanto desestatización- de las necesidades respecto de la salud de las personas, por medio de las modalidades de intervención histórica de los SSH: la articulación de la gestión de recursos,

⁸⁰ Para dimensionar el problema existen vastísimos documentos que registran las parciales respuestas del SES a las necesidades de la población, así como su creciente producción de demanda insatisfecha e inaccesibilidad a prestaciones garantizadas por los marcos legales.

Según el Informe Anual de la Defensoría del Pueblo sobre el acceso a la salud en la CABA, la institución cita los siguientes problemas para el año 2013, que se caracterizan como crecientes niveles de inaccesibilidad: –Anárquico funcionamiento del sistema, falta de recursos humanos y su entrenamiento en derechos (existencia de malos tratos, incumplimientos y desinformación), inadecuado manejo de la información (consentimientos informados mal administrados, inaccesibilidad a datos –historias clínicas-, protocolos inadecuados, objeciones de conciencia que vulneran derechos de las personas), falta de medidas de seguridad, deficiencias en mantenimiento y control, desarrollo no racional de la capacidad de gestión de servicios (inadecuado mantenimiento, faltantes de insumos, demoras, falta de personal, organización de la tarea), inexistencia de redes institucionales para la efectivización de derivaciones intra e interhospitalarias, complejidad para la realización de trámites, existencia de cobros, entre otros. Sobre los informes anuales se destaca respecto del acceso a la salud: demoras en el acceso a cirugías, obtención de turnos, estudios y prótesis (Informes 2014 y 2013), falta de acceso a medicación en tiempo y forma así como falta de atención de servicios, dificultades para la organización institucional, maltrato por parte del personal de la salud, deficiencias en recursos físicos e infraestructura, irregularidades en la realización de obras (se destaca aquí el –incumplimiento de la complejidad del Hospital de Lugano”), negación del derecho al resguardo de datos personales así como la vulneración de los derechos de los/as pacientes en el marco institucional –se destaca aquí como paradigmático en materia de vulneración de derechos, la intervención policial represiva en el Hospital Borda el 26 de Abril de 2013- (Informes 2013 y 2014. Disponible en: <https://defensoria.org.ar/biblioteca/#informes-anales>).

asistencia y moralización de las personas. Esto es, permitiendo su reproducción como tal (crecientes niveles de barbarización de la vida social) o bien legitimando lo que puede ser el último paso por la política pública en salud: la muerte. Veamos entonces algunos extractos de entrevistas que dan cuenta de demanda institucional hacia los SSH:

—Sí, en lo cotidiano (nos demandan): "se va ya el paciente, se tiene que ir ya" ... "

—...pacientes que están muy tensos, frente a su egreso a un tercer nivel porque han estado en la calle, se mandan una cagada, vamos a tratar de que se quede, se va ... "

—Espera que si hay un paciente que hace tiempo que está internado, se vaya. Ni siquiera sé si es un obstáculo ... alguien alguna vez le habló del giro cama. Cuántas personas hemos tenido tres años ... "

—... no se puede efectivizar el alta de las personas que están internadas que están en condiciones de alta. O sea, las dificultades para organizar los cuidados en domicilio al interior de las familias. Eso es una demanda clara, ahí aparece que es el profesional de Trabajo Social el que tiene que dar una respuesta "

Si bien aparece, en gran cantidad de casos, la demanda de intervención sobre la población *—sobrante* una vez que su tránsito por el ámbito hospitalario resulta intolerable para la dinámica institucional, también aparece otra histórica para la profesión: la orientación y/o gestión directa e individual de políticas sociales.

... en relación con la provisión de recursos, las políticas sociales, vinculadas a situación de calle, o alguna política de salud vinculada a la provisión de medicamentos, insumos... es convocado Trabajo Social.

...el espacio de la demanda espontánea, que podría ser un espacio de referencia... en el sentido de que sé que me van a contener o a asistir, a cuidar.... se resuelven enseguida. Que también está bien, ¿no? No es que si no hay seguimiento no hay intervención válida. Pero muchas veces termina sucediendo eso ...

La orientación hacia o la gestión de políticas sociales resulta en una demanda histórica hacia los SSH para con los usuarios que transitan por cada hospital. Generalmente enmarcado en un proceso de intervención, o en la atención directa de la población en los dispositivos llamados *—demanda espontánea*”, el proceso pone de cara a los trabajadores sociales a la cantidad y calidad de políticas sociales disponibles en cada momento histórico. En ese sentido es que previamente se ha abundado en extractos de entrevistas que dan cuenta de la urgencia, precariedad y asistencialización de la atención durante la crisis del año 2001.

Siguiendo lo anterior les entrevistados irán expresando el retorno a dicha expresión de la pobreza cuando se precarizan nuevamente las demandas hacia los últimos años de la segunda década del milenio⁸¹. Entonces, si bien resulta invariable la tarea de orientación y gestión de políticas sociales en el contexto de la atención directa de la población que concurre

⁸¹ Ver el último título de este capítulo: *—La pauperización de la demanda social: alternancias político-partidarias y continuidad de las reformas sanitarias*”.

al SES, también se expresa la barbarización de las relaciones sociales al realizar un análisis de las mismas.

En general, las políticas sociales disponibles han atravesado un similar proceso de transformación que la particularidad de las socio-sanitarias. Si estas últimas se destacan por su tendencia a la precarización, segmentación y focalización, asistencialización e individualización, lo mismo podríamos afirmar de aquellas políticas con las que interlocutan los trabajadores sociales en la atención de la demanda espontánea, o en la articulación de los procesos de intervención que realizan en general.

A modo de breve ejemplificación, veamos lo anterior: la tendencia a la precarización se afirma en la inestabilidad del acceso a programas, siendo otorgados, suspendidos, retirados, finalizados o sencillamente obstaculizados hasta la imposibilidad de sostener la permanencia del usuario titular del mismo. De la misma se expresa dicha precariedad en la cantidad de recursos que ofrecen dichas políticas (un ejemplo a destacar es la invariabilidad durante los años del monto de cuatrocientos pesos mensuales de un programa de asistencia monetaria familiar). Afirmamos también la segmentación y focalización en la población que, cada vez con mayores requerimientos, debe constatarse pobre, desprovista de la mayor parte de asistencias existentes, residente del territorio de la CABA –así como constatar cada vez más cantidad de años de dicha residencia-. De la misma manera, la asistencialización se constata en el acceso a recursos meramente de este tipo: medicación, dinero, elementos requeridos para la salud física, alimentos, exención de pago del transporte público, etc. Cabe aclarar también, que la individualización –o familiarización- de las políticas sociales se sostiene y se afirma como par antagónico (ligado a la transparencia y ausencia de incentivación a las relaciones “punteriles”) a la colectivización de dichos bienes, mediante la gestión de los mismos por las organizaciones de la sociedad civil.

En síntesis, podríamos afirmar que en el ciclo histórico que los SSH se encuentran habitando políticas socio-sanitarias que tienden, en el ámbito hospitalario, hacia el vaciamiento. A la par, sobre quienes acceden a los escasos y disminuidas prestaciones hospitalarias, las demandas institucionales se centran en la gestión de la pobreza y la producción de las condiciones para el egreso hospitalario. En concreto, un SES reservado para la población que exclusivamente lo utiliza por no contar con otros seguros de salud, por encontrarse excluida del mercado laboral formal- y las políticas sociales intersectorialmente disponibles.

Entonces, las características, y las tendencias internacionales del proceso de reforma de los últimos cuarenta años en el ámbito sanitario se encuentran presentes y evidenciadas en

el quehacer de los trabajadores sociales en los SSH. Sin embargo, también resulta necesario ubicar que las demandas institucionales no son las únicas que los mismos dispositivos de atención reciben. Veamos ahora la demanda social que emerge en las puertas y camas de los espacios hospitalarios.

iii. Luchas sociales y Trabajo Social: las reformas –desde abajo”

Resulta suficientemente potente analizar la demanda institucional para conocer cuáles son las intencionalidades estatales para con las políticas sociales, o concretamente, para con las sanitarias. Sin embargo, reconocer aquello que las gestiones gubernamentales pretenden garantizar y limitar en tanto “derecho a la salud”, no significa bajo ningún punto de vista que aquello sea lo único que acontece en las instituciones estatales. También, en los hospitales, y en todas las instituciones donde se desarrollan las políticas sociales, existe una demanda explícita, y no siempre coherente y conciliada con la demanda institucional. Esto es, la “demanda social” (Montaño, 1998), o también el “subdeterminante popular” (Mallardi, 2017)⁸².

Veamos simples ejemplos. Si bien la demanda habitacional, o monetaria, o alimentaria, se encuentra atravesando un aumento de la condicionalidad y mecanismos para la inaccesibilidad, ¿es verdad que los trabajadores sociales necesariamente las reproducen? De la misma manera, si bien nos encontramos en instituciones que en su mayoría, salvo excepciones, no han garantizado el derecho al aborto de las personas gestantes que demandan dicha práctica, ¿es verdad que los trabajadores sociales han necesariamente formado parte de los mecanismos excluyentes? Si bien las demandas institucionales han instado por los egresos forzados de las personas internadas, ¿es verdad que los trabajadores sociales han acatado sin más dichos pedidos?

Los anteriores interrogantes se responden sencillamente como “sí” y “no”. Los perfiles, las posiciones éticas y políticas, los debates colectivos profesionales, las tendencias

⁸² Afirma Montaño en “La naturaleza del Servicio Social” respecto de la demanda social: “Es que, disfrazado en aquella dualidad de relaciones, como divorciadas, se retira del imaginario profesional el vínculo directo con la demanda social, pareciéndole al profesional su relación con la población como mediada por la (bondadosa) intervención del Estado. Así como el Estado transforma derechos y conquistas populares en aparentes “concesiones” de servicios, éste también transfigura la verdadera fuente y fundamento de la demanda de asistentes sociales: demanda por servicios que parte de aquellos derechos y conquistas de la población, y la muestra como una demanda de trabajo que parte del Estado” (1998: 48).

En un sentido similar, afirma Mallardi la existencia del subdeterminante popular en diálogo con el mismo desarrollo previamente citado de Montaño: “Mientras que en la dimensión socio-institucional incluimos aquellas tendencias societales que se configuran en las estrategias de intervención sobre la “cuestión social” y que, en el proceso de legitimación funcional del Trabajo Social (Montaño, 1997), configuran el espacio en donde se desarrollan los procesos de intervención profesional, con la dimensión subdeterminante popular se hace referencia a la capacidad objetiva y concreta de interpelación e incidencia de los distintos sectores de la clase trabajadora a las instancias hegemónicas que intervienen sobre la “cuestión social” en general y a los procesos de intervención profesional en particular. En términos generales, esta dimensión remite a la consideración de la participación de la población que legitima socialmente a la profesión (Montaño, 1997)...” (Mallardi, 2017: 85).

históricas de lucha, entre muchas otras variables, han producido una pluralidad de respuestas a las demandas institucionales. Ahora bien, antes de adentrarnos a dichas respuestas, resulta evidente un paso anterior: situar la demanda social o subdeterminante popular.

Con lo anterior nos referimos a: que las personas gestantes demandando abortar, que las personas internadas demandando permanecer en dicha situación, que las personas demandando el ingreso a programas, producen exigencias que son distintas, y mayoritariamente contrarias a la demanda institucional (exigen se haga lugar a sus pedidos, a sus demandas de prestaciones, a la continuidad de las otorgadas, a la excepción a las crecientes condicionalidades, etc.). Esto es: emerge la demanda social como una segunda dimensión que atenaza a los trabajadores ante la elaboración de respuestas.

La intervención profesional, entonces, resulta en aquello posible de realizarse entre la demanda de la institución, y la demanda de la población. Si bien ambas resultan necesariamente atendibles, la primera hace al tránsito y permanencia de los trabajadores en su empleo, a la profesionalidad del espacio socio-ocupacional y a la continuidad de los dispositivos de intervención vigentes. La segunda, referencia a la legitimación profesional con quienes históricamente han luchado y conquistado las políticas que han generado la necesidad de nuestra mismísima existencia como profesión (Netto, 1992)⁸³.

Las anteriores contraposiciones a la demanda institucional dan cuenta de posiciones sobre los mismos procesos de intervención. Ahora bien, la demanda social no sólo se presenta de forma alternativa a la institucional sino que también aborda –y en algunas ocasiones conquista parcialmente- otras dimensiones de las disputas sanitarias.

Con lo anterior nos referimos a decenas de procesos de intervención que emergen en los SSH exclusivamente por su surgimiento desde la organización colectiva popular: de organizaciones feministas, de colectivos de usuaries, de la propia organización sectorial profesional de los trabajadores de la salud, entre muchas otras. En ese sentido, se comprenden dentro del marco de las reivindicaciones populares que han transformado las prácticas profesionales en el sentido de legitimación de las necesidades sociales. Veamos algunos extractos de entrevistas:

⁸³ Afirma Netto respecto de la vinculación entre el capitalismo monopolista, el Estado, las políticas sociales y el Trabajo Social: –La constitución del mercado de trabajo para el asistente social por la vía de las políticas sociales — y recuérdese que aquí hacemos referencia a las políticas sociales del Estado burgués en el capitalismo monopolista — es la que abre la vía para comprender ... la profesionalización del Servicio Social (...) La base propia de su profesionalidad, las políticas sociales, conforman un terreno de conflictos — y éste es el aspecto decisivo -: constituidas como respuestas, tanto a las exigencias del orden monopolista, cuanto al protagonismo proletario, ellas se muestran como territorios de enfrentamientos en los cuales la actividad profesional es tensionada por las contradicciones y antagonismos que las atraviesan en cuanto respuestas” (Netto, 1992: 60-63)

—...el Servicio Social es como bastante central del hospital... me parece que está posicionado institucionalmente de otra manera... La Ley de Salud Mental ayudó mucho... que te avale para poder tomar decisiones clínicas en el sentido amplio de la palabra, fue muy importante... ”

—... acá está la 448 en Ciudad. Y la Ley Nacional lo que viene a plantear es un paradigma mucho más grande, en el cual se pone como objetivo el cierre de los monovalentes... en el (hospital) somos todos ex residentes, hay articulación entre los siete equipos... esto es cuestión de voluntad... no es institucional... ”

—...Y después bueno, era como todo el momento de auge del laburo en salud sexual y reproductiva, que esta posibilidad de encontrarte con gente de todos los hospitales trabajando en un tema similar. Eso que hoy es moneda corriente, no era tan habitual... ”

—... En 2013, en realidad vos sabés que en el Hospital eternamente hubo grupos objetores de todo, y violentos hacia las mujeres... empieza a salir un tiempo antes del fallo FAL una bajada del Ministerio de Salud donde habilita consejerías... Se empiezan a juntar algunas compañeras, especialmente trabajadoras sociales y médicos generalistas, en lo que fue como una red informal de consejerías... De ahí surge ese primer encuentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir”

—... para mí también otro hito, por ejemplo, es la Ley de Identidad de Género. Para mí el tema del movimiento de la diversidad, todo lo que generó la movida de las organizaciones, impactó en el Programa... hay nuevas demandas. Que aunque no se respondan, saben que no están respondiendo... ”

Los extractos de entrevistas son sumamente esclarecedores: si la gestión de la barbarie resulta la demanda institucional, las reivindicaciones feministas, de las disidencias sexuales, antimanicomiales se imponen por abajo. La vida, las reivindicaciones anti-opresivas, las posibilidades de habitar las instituciones hospitalarias como espacios de atención a las genuinas necesidades de la población devienen de las posibilidades que arrojan los procesos de lucha.

Si bien estos procesos aparecen en los discursos de les entrevistades en clave de apelación a legalidades⁸⁴, no resulta menor expresar el proceso de obtención de dicha legalidad a través de la organización colectiva. Esto ha significado que, haciendo uso de las posibilidades estatales, en muchos casos ha apelado a los ámbitos legislativos para plasmar conquistas parciales a reivindicaciones generales.

En ese mismo sentido, y como particularidad de la categoría profesional, para el año 2014 se sancionó la Ley Federal de Trabajo Social. La misma también representó ciertas disputas y alianzas producidas a los fines de conquistar una reivindicación del colectivo profesional. Plasmadas en un cuerpo legal, reúne una pluralidad de posiciones, que se sintetizan en un documento que ha permitido –negociación institucional mediante- apelar a

⁸⁴ Nos referimos a marcos legales que surgieron en este contexto histórico, y que les entrevistades retoman en sus reconstrucciones e hitos de sus trayectorias de intervención profesional. Los más referenciados son: la Ley 26.657 - Derecho a la Protección de la Salud Mental – Año 2010; la Ley 26.743 - Derecho a la identidad de género de las personas – Año 2012; la Ley 26.529 - Derechos del Paciente – Año 2009; a la Ley 26.485- De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales – Año 2009.

ciertas incumbencias y garantías para el desarrollo de un ejercicio profesional centrado en los derechos de la población⁸⁵.

Hasta aquí la reconstrucción, desde el diálogo con les entrevistades, de las múltiples demandas que hacen a la síntesis de las estrategias de intervención, enmarcadas en la organización profesional de la tarea. La demanda institucional y la social, como hemos visto en la trayectoria contemporánea de los SSH, no coincide: esta diferencia se expresa en los sentidos contradictorios, así como por la expresión de sentidos alternativos. Los dispositivos en cuestión harán particulares mediaciones de ambas demandas, y ofrecerán, en la actualidad, un contenido y una forma a su intervención. Abordaremos en el próximo título, entonces, ¿qué y cómo organizan los SSH su quehacer profesional?

iv. Respuestas de les trabajadores sociales a las múltiples demandas: la autogestión de la intervención profesional

—Y creo que en realidad si yo comparo lo que se hacía antes en el servicio y lo que se hace ahora, no lo puedo comparar sólo por la demanda de la población ni de la demanda institucional. Porque en realidad yo creo que lo que se hace desde el Servicio cambió muchísimo”

La doble tensión entre, por un lado, la lógica de barbarización de las relaciones sociales, el vaciamiento institucional en detrimento de las instituciones hospitalarias, y las características regresivas de las políticas socio-sanitarias; y por el otro, la organización colectiva y progresista en materia de derechos de las personas, plasmadas en conquistas hacia el propio SES, ha establecido un particular abanico de respuestas posibles desde los SSH.

Este “abanico” se expresa de tal manera debido a que las circunstancias y las determinaciones históricas no ha producido —nunca lo hace— un solo repertorio de intervención. Este se ha manifestado de forma plural, divergente y contradictoria entre los SSH, pero sobre todo, entre les mismos trabajadores sociales. En ese sentido, las posiciones ético-políticas, ideológicas, etarias, formativas, organizativas, entre otras, marcarán una diversidad de estrategias de intervención.

⁸⁵ El marco legal citado expresa en su articulado instrumentos la discusión, en cada espacio de trabajo, en lo que respecta a la realización —o no— de un proceso de intervención profesional con ciertas características. La Ley Federal de Trabajo Social destaca en su artículo N° 4 la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad como principios fundamentales del ejercicio profesional. Sumado a esto, en su artículo N° 9 afirma entre las incumbencias profesionales de la profesión la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, respaldada por la posibilidad de negación a realizar actos o colaborar en la ejecución de prácticas violatorias de los derechos humanos, que contravengan disposiciones de los códigos de ética profesional o que no se vinculen con las competencias profesionales establecidas en la presente ley (Artículo 10). En el mismo sentido, el artículo 11 determina como una obligación la actuación en conformidad con los Códigos de Ética establecidos por Colegios y Consejos Profesionales. En ese sentido, las posibilidades que contiene el marco se expresan de forma abierta y amplia, pudiendo ofrecerse como un instrumento de utilidad para la negociación laboral de las condiciones de ejercicio profesional.

En el anterior sentido, recuperamos a Oliva, quien reflexiona en torno a la manifestación de aquellas diversas estrategias de intervención:

En la misma institución y con similar formación académica aparecen criterios de intervención totalmente opuestos, esto se debe a las otras mediaciones que se dan en la práctica, que no se entienden sólo por las determinaciones institucionales ni coyunturales, o por la disponibilidad de recursos, sino que es necesario tener presente el bagaje socio-cultural, la experiencia de vida y profesional, las determinaciones de clase, las aspiraciones, la posición política de los trabajadores sociales que se condensan en los recursos profesionales (2003: 77).

Aún así, se pueden encontrar y delimitar tendencias presentes en los SSH, fundamentalmente en el acuerdo respecto de las formas de organizar el proceso de trabajo. El “-contenido”, por llamar de alguna manera a las temáticas y perspectivas teórico-metodológicas, presentará fuertes divergencias, las cuales transitarán entre instancias de oposición, conflicto, complementación, adecuación y pluralidades⁸⁶.

Veremos entonces una fuerte presencia de desindividualización de los procesos de intervención, resueltos tentativamente a partir del establecimiento de equipos de trabajo, de espacios de supervisión y de conexión inter-hospitalaria vía redes de profesionales. En este sentido, no sólo se desarma la histórica tarea encarnada de forma solitaria –como representante de la tarea de profesión- de cada profesional en una sala de internación, colectivizando la tarea, las responsabilidades y la reflexión, sino que también aparece como una respuesta a la anomia, al vaciamiento institucional. Esto es, ante de la falta explícita de demanda institucional, aparece la creación de equipos, grupos y redes que potencien y construyan autogestivamente un quehacer útil y situado. Veamos reflexiones al respecto:

—..Yo creo que hay una cuestión de que tu tarea es lo que vos potencies. Por lo menos lo noto mucho en el Hospital. Porque también la fragmentación del hospital me parece que genera que no haya tanta demanda del compañero. Si vos podés trabajar más en equipos, hay una demanda necesaria”

Ahora bien, como hemos expresado previamente, aquella tarea y potencia de trabajo se produjo en el contexto de la –segunda- renovación profesional de los SSH, encontrándose con equipos de trabajo enteramente nuevos –en su inmensa mayoría. En lo que respecta a la tarea en el marco de la renovación de los trabajadores sociales, veamos algunos extractos:

—..Pero sí creo que empezaron a cambiarse la posición. Para mí es la posición y tuvo que ver con nuestra camada. O con algo que uno intentó ir laburando... ”

—..ahí se empezaba a esbozar en los hospitales era esta diferencia entre pensar la inserción en las salas desde la interconsulta o desde la presencia cotidiana, aunque sea desjerarquizada, subalterna. Yo ubico como que en ese momento ya se empiezan a cristalizar algunas diferencias... —

⁸⁶Veremos en este apartado las formas de organización de la tarea de los SSH, y a partir de ellas veremos ciertas temáticas de intervención, propias de la síntesis entre la demanda institucional y social. Respecto de las formas organizativas generales, y los contenidos teórico-metodológicos de la profesión, ver capítulo N°3.

Sin embargo, la “tarea” y la organización de la misma no se reprodujo de forma exacta en relación a versiones anteriores, sino que se transformó: por la misma renovación, pero también por todo lo antedicho: las políticas socio-sanitarias, la gestión macrista, el contexto socio-político, los actores nacional e internacionales, etc. Aquellas posibilidades de reorganización, en clave de respuestas posibles en las relaciones de fuerzas presentes, son las que Pantanalli (2015) llamará “estrategias de intervención”⁸⁷ y aquellas que revisaremos a continuación para definir aquello que tendencialmente los SSH hacen –y cómo lo hacen- en la actualidad.

Las tareas en los SSH persisten en ser, en primer lugar, aquellas que elaboran alguna forma de respuesta a la demanda institucional. Esto es, los procesos de intervención en internaciones de usuarios, y la demanda espontánea. Aquello que pone a los servicios sociales de cara a las necesidades de los otros: médicos y puestos jerárquicos. Esto no quiere decir que aquello que se hace en esos procesos es responder acríticamente a lo que se solicita –o sí-. En principio, se destacan las principales tareas que se asumen. Algunas de las tantas expresiones afirman en este sentido:

“...cuando volví a entrar estaba intacta la centralidad de la internación... marcaba... la forma de organización del Servicio Social... De propuesta de intervención de los servicios”

“...atender la demanda espontánea del Servicio y trabajar con todas las situaciones que surgen de lo que es la internación...”

En segundo lugar –no por menor importancia pero sí con menor centralidad o coincidencia en los discursos de los entrevistados-, aparecen formas de respuestas a las demandas más vinculadas a los intereses populares, a la demanda social que emerge y produce –o fuerza- respuestas en los trabajadores de la salud en general, y sociales en particular. Veamos estas iniciativas:

“...La generación de proyectos y programas. Y alguna patita un poco más en Consultorios Externos, no tanto vinculada a la atención de la demanda directa, sino en el formato programa”

“...Otra actividad que habíamos hecho en este margen de libertad, fue hacer algunas actividades puntuales de difusión y de sensibilización, sobre algunos temas, aprovechando las efemérides...”

Desde la promoción de la salud, hasta el complejo armado de programas y proyectos -uni o multiprofesionales- de intervención, hoy, los SSH se insertan en espacios de trabajo autogestionados. Esto es, instalados con mayor o menor formalidad, en el seno de los hospitales, considerándose los mismos, a más de una década de renovación de los mismos

⁸⁷Afirma la autora: “Los efectos objetivos de la intervención profesional no dependerán sólo de la opción política y voluntad del trabajador social, sino de las relaciones de fuerzas sociales presentes en ese proceso, que condicionarán en mayor o menor medida el control de dicha direccionalidad. Entonces, se hará necesario desplegar acciones, considerando esas relaciones de fuerza, que combinadas, intenten alcanzar los objetivos y finalidades puestos a esa intervención. Esas acciones combinadas son las estrategias de intervención”. (Pantanali, 2015:7)

dispositivos, espacios de relevancia para la atención de la demanda más genuina de la población. Se evidencian: desde consejerías para el acceso al aborto, consejerías respecto de salud sexual en general, atención de la violencia machista, grupos de pares de personas que viven con VIH/Sida, grupos vinculados al arte, asambleas de pacientes, de familiares, de atención individual y/o grupal del consumo problemático de sustancias, consultorios de diversidad sexual, equipos de investigación, y hasta un centro –de creación autogestiva- territorialmente emplazado dependiente de un SSH⁸⁸.

Vale realizar dos precisiones. Si bien no se abordarán los procesos de intervención propiamente dichos antes mencionados, se traen a los fines de explicitar aquello que aparece como novedoso en la inclusión de otras dimensiones del trabajo en el ámbito hospitalario (aunque también vale aclarar que se cuenta con vastos antecedentes de estas experiencias en otros momentos históricos, aunque no con la sistematicidad aquí planteada). Esta novedad, recordemos, también es posible como respuesta al ya trabajado “vaciamiento”, que podría haber impuesto –y lo ha hecho como opción política de vastos grupos de profesionales- la “falta de tarea” para quienes habitan estas instituciones estatales.

Asimismo, los límites de la autogestión son clarísimos: los programas y proyectos generalmente cuentan con recursos no asignados directamente a los mismos, sino que son cooptados a través de la estrategia que cada grupo pueda efectivizar. Aún así, la gran mayoría no cuenta con ningún tipo de recurso, así como tampoco los SSH cuentan con presupuestos propios para su propia organización.

—.. los que tienen 40 horas van y buscan las viandas que no usan... se acopian en la heladera del Servicio Social. Se intentó que hubiera una caja chica para ayudar con cuestiones como un taxi. Tampoco... se termina resolviendo parcialmente, con estrategias personalísimas. Y no institucionales”

—.. Tratamos en su momento también de gestionar para el día de la tuberculosis armar en la Plaza... pedimos banners, folletos. No tuvimos autorización. Nos dijeron que no por un montón de motivos... ”

—.. (la tarea) ...tiene que ver con intervenir sobre la institución. En el caso nuestro, una parte. Y la otra parte, pasa que después, la falta de políticas públicas, estamos en un problema”

Ahora bien: la renovación de los SSH no se da exclusivamente en el aspecto creador de los propios espacios de intervención, sino también en la estrecha relación del contenido

⁸⁸Afirma una entrevistada: *—..el Centro Social... es algo característico del Hospital. Que depende del Servicio Social... Es como la pata territorial del Servicio Social... Es muy peculiar, porque no es un Centro de salud, tampoco es un espacio de... O sea, no llega a ser un Centro de Salud porque no tiene la estructura de un Centro de Salud, tampoco es algo característico del Hospital, porque está en el territorio, y ahí hay una médica generalista, dos trabajadores sociales... ”*. Este dispositivo muestra las posibilidades de desarrollo de dispositivos de intervención desde los SSH, y también las diversas posibilidades al alcance de los trabajadores sociales. Asimismo, cada institución presentará sus límites, impidiendo y obturando estos mismos procesos, cuando los equipos e instituciones presentan mayores niveles de presión por sobre la demanda institucional, cuando se produce el maltrato y acoso laboral, cuando las estructuras jerárquicas impiden desarrollos autónomos, etc.

con su forma organizativa. Retomaremos aquí los resultados investigativos de Pantanali, quien afirma:

—A partir de la recuperación y análisis de las prácticas de estos trabajadores sociales, identificamos las acciones o actividades que realizan... —pilares” que, combinados, constituyen las estrategias profesionales... son: -formación y calificación - supervisión - constitución de equipos de trabajo - constitución de redes interinstitucionales/organizacionales - organización profesional, sindical y de frente único” (2015: 20).

Entonces, si bien reservaremos para el próximo capítulo las formas organizativas de la categoría profesional, así como sus aspectos sindicales y partidarios, recuperaremos el resto de los pilares, que con fuerza han sido los que se presentaron como las formas renovadoras que transformaron la forma organizativa de los SSH.

Comencemos con la capacitación. A partir de la estipulación de horas de capacitación con obligación de acreditación en los propios contratos de trabajo, la pata *—formativa”* de los SSH se erigió con fuerza, especialmente en la propia autogestión de cursos. Si bien la participación profesional en instancias formativas fue históricamente una constante, la necesidad de acreditación de gran cantidad de horas anuales permitió la aparición sistemática de cursos destinados a los trabajadores sociales. Esto fue así no sólo para el acceso a la acreditación horaria, sino también para habilitar una forma de ingreso al SES para los profesionales externos —y finalmente el acceso a cargos con ciertos niveles de discrecionalidad—. Algunas entrevistadas afirman:

—..Y ahí salió la propuesta de empezar a hacer el curso acá y que ya se habían abierto las Guardias... ”

—... ¿por qué no organizamos un curso de capacitación?”. Bueno, empezamos con esto del curso... ”

—..Los cursos hospitalarios también son (se interrumpe)... Algunas se van más a la organización política, porque hoy la división es esa... ”

De más está incorporar al espacio formativo de la residencia como pilar en sí mismo para reflexionar en torno a la formación en los trabajadores sociales que se desempeñan en el ámbito sanitario. No sólo quienes forman parte de esa forma contractual cuentan con espacios semanales de *—ateneo”*, formaciones específicas locales, transversales y multi-territoriales, sino que además los mismos se constituyen como espacio de irradiación —cuando así fuera posible— al resto de los profesionales: compartiendo producciones escritas, abriendo sus espacios de formación, convocando referentes y a las propias colegas a reflexionar formativamente respecto de sus prácticas, etc. Asimismo, los trabajadores sociales de planta permanente se constituyen también como referentes de las prácticas profesionales de la residencia, por lo que aquella tarea formativa enriquece, por lo general, a ambas partes de la relación pedagógica. Una entrevistada afirma:

—...Y después, todo lo que es la formación, ¿no?. La formación en salud... Y me parece que trabajo social tiene un montón de puntos en común, como el pensar nuestra intervención desde la perspectiva de derechos... eso para mí fue un gran aprendizaje que lo tuve en la Residencia, no lo tuve en la Carrera... ”

Destacamos aquí la imposibilidad de dar cuenta en este trabajo de forma extensiva de la pluralidad, y hasta contradictoriedad que conviven en la formación del Trabajo Social, cuestión profundamente atravesada por las trayectorias formativas universitarias, así como también por los acuerdos y síntesis político-ideológicas entre profesionales en el armado de las mismas instancias formativas (programas de residencia, de los cursos, contenidos de las producciones escritas, etc.). Sin embargo, la afirmación tentativa de esta característica de la formación invita a continuar las reflexiones al respecto.

Sumado al anterior pilar, una forma de transformación de los procesos de trabajo ha sido la constitución de equipos. De la relación de supervisión y control directa entre trabajadores y jefaturas, se produjo la colectivización de dicha relación, así como de la responsabilidad sobre la tarea asignada. Veamos algunas referencias:

—...Con el tiempo, lo que pudimos hacer, es plantear el laburo más en equipos. O sea: ya no hay una trabajadora social de Gineco, una de Traumato, de Cirugía, Neurocirugía, sino que hay equipo de adultos, equipo de obstetricia y equipo de niños ”

—...toda la tarea que tiene que ver con internación, que está dividida como en equipos, bueno, el equipo de adultos ... ese es un espacio como de base, si se quiere, o de puesta en común de las situaciones... ”

—...Con la jefa anterior había reuniones periódicas por dispositivo, en las que tenías que dar cuenta de todos tus pacientes... la idea es... reperfilarlo... para pensar algo más colectivo en los espacios de internación, algo que permita articular con el afuera y pensar otras estrategias... ”

Resulta interesante que la constitución de equipos permitió para les entrevistades desindividualizar los procesos de intervención, no sólo por los efectos respecto del desgaste y padecimiento de les profesionales, sino también para evadir mecanismos de control, y por lo tanto, fortalecer la autonomía y la correlación de fuerzas al interior de los mismos SSH.

Asimismo, resulta parte del mismo proceso recuperar que les trabajadores insertes, son en su mayoría, mujeres, con enormes cargas de tareas de cuidados en los espacios extra-laborales, así como con características de empleo particulares: pluriempleadas —en el contexto de precarización laboral-, y con contratos de menor cantidad de horas. Resulta necesario, entonces, establecer mecanismos de “despersonalización” de la tarea, allí donde probablemente le trabajador pueda tener que ausentarse, gozar de licencias, no contar con el suficiente tiempo y continuidad en los días de trabajo para no requerir el armado de equipos.

Continuaremos con el análisis de las principales transformaciones de las formas organizativas de los SSH. Esto es: la instauración de los espacios de supervisión.

Abundaremos en citas puesto que resultó una forma de organización valorada centralmente por los trabajadores sociales entrevistados:

—... Y bueno, el Servicio, viste, como que era muy distinto... Yo llegué y no tenía posibilidad de elegir en qué espacio estar, era muy restrictivo... pudimos hacer muchos cambios, con mucha supervisión encima...”

—...teníamos una supervisión externa con un equipo de psicólogos... supervisamos dos o tres años cuestiones vinculares, de la tarea, de la organización del Servicio, muchas cosas del malestar”

—... desde lo formal obviamente tenemos la jefatura, que es por internación, por programas. La realidad es que supervisamos muy poco con ellas... Un tema que tenemos acá en el Servicio es tratar de pelear por más espacios, no sé si de supervisión como control, pero sí de carácter más general...”

—...en ese programa ya está pre establecido quiénes son las personas que tienen que supervisar y evaluar el proceso, que siempre es la Jefa de Residentes junto con la Coordinadora Local, la Jefa del Servicio y en algunas ocasiones... la Coordinadora General de la Residencia... son ese cúmulo de actores”

—...convocamos las reuniones de equipo... éramos nosotras que sosteníamos... tenemos que empezar a juntarnos, a hablar de las cosas que están pasando en las distintas salas y qué respuesta damos...”

—... la supervisión no es sólo acompañamiento para nosotras... Es involucrarnos en el proceso de trabajo y mirarlo... tanto en lo específico de la tarea como en esa trabajadora que está en ese momento...”

—... es un espacio de supervisión, porque se dan discusiones, análisis de las situaciones, de las formas de intervenir, de ver estrategias... lo considero un espacio de supervisión grupal, con las compañeras...”

Nuevamente, sería materia de otra investigación indagar respecto de las formas y contenidos de la supervisión, como control o co-visión de las prácticas –identificaciones diversas que han surgido de las entrevistas-. Aparecen en los discursos diferencias cuando la supervisión la realiza el personal jerárquico, o deviene luego en un proceso evaluativo, como lo es para el caso de la Residencia. Podría inferirse cierta valoración del espacio cuando se asume estratégicamente como una forma reflexiva que permite elaborar estrategias en clave de la correlación de fuerzas hospitalaria (con otras profesiones, con la articulación intersectorial, con la Dirección hospitalaria, y con las propias jefaturas). Aún así, a pesar de las múltiples acepciones, se sobreabundó en extractos de entrevistas para reflejar que la realidad expresa inapelablemente la existencia de dicho dispositivo en la actualidad, desde lo afirmativo como lo desde lo negativo:

—...En algún momento tuvimos espacios formales de supervisión... Ahora eso no está ocurriendo, por lo menos conmigo...si las situaciones entran dentro de los cauces comunes como se resuelven, no, eso no lo supervisamos... hay chicas que tienen por ahí menos años de experiencia... Pero nosotros en mi equipo le consultamos solamente los casos que son complejos...”

—... ¿la supervisión como control? Como control, no... no se me plantea hoy como una necesidad supervisar”

La supervisión es destacada como un espacio desde donde pensar las prácticas que se están realizando situadamente, así como en el contexto organizativo y vincular que se dan. Aunque no aparece discursivamente, también resulta en una fuente de análisis clínico de las prácticas, probablemente no ostensiblemente aprovechado para tal fin. Se expresa en este sentido en el colectivo profesional cierta tendencia a escindir la formación de la intervención, entendiendo que la teoría aportaría a la reflexión respecto de las prácticas, aunque con gran distancia, o no analizando la mutua imbricación entre formación e intervención. Aquello persistirá como interrogante y desafío para la totalidad del colectivo profesional, y para los SSH en particular.

Por último, destacaremos un pilar fundamental de las formas organizativas llevadas adelante en la renovación de los SSH: la constitución de redes. Especificaremos antes de adentrarnos en las efectivamente desarrolladas, algunas precisiones respecto de la forma propiamente dicha. La segunda renovación de los SSH y algunas de sus transformaciones organizativas, parecen expresarse como una respuesta contra-tendencial a las reformas de las políticas socio-sanitarias, tendientes a la segmentación, focalización e individualización: todos procesos que abonan sistemáticamente a la fragmentación del SES, y a las lógicas de los procesos de trabajo en el mismo. Las redes, por su parte, se constituyen como formas de articulación, como tejido sobre aquello que se encuentra disperso.

Las redes conectan, entonces, puntos homogéneos –tareas similares, temas de intervención, tipo de puesto laboral, etc.- pero que, sin las mismas, se encuentran desconectados para su trabajo conjunto, cuestión que en principio parece ser un desaprovechamiento de aprendizajes, energías, efectividad y calidad de la atención.

—..Sí, funciona como un espacio de puesta en común de cuestiones inherentes a los lugares de jefas.

...tenían que ver con cuestiones que por supuesto trascendían la particularidad de ese hospital particular o de esa profesional, sino que tenía que ver con cuestiones más estructurales”

—..Viste que en tuberculosis se trabaja mucho el tema de la derivación, la cercanía al domicilio, estudio de contactos, hay que articular con otros efectores. Entonces conocerse, verse una vez al mes, poder ver cuáles son los criterios de laburo en uno y otro lugar, te facilita bastante la accesibilidad de la persona”

Asimismo, desde distintas perspectivas y sentidos respecto del poder, las redes permiten visibilizar y mejorar la capacidad de incidencia del conjunto. Esto es, mediante el fortalecimiento de los lazos y el aumento de la capacidad de cada punto de la red, que por sí mismo, no contaba con la suficiente para atender y resolver la problemática que se proponía abordar.

—...Y también tenía que ver con una inquietud por jerarquizar en cierta forma la palabra profesional en un espacio como los hospitales, que todavía seguimos siendo en cierta forma profesión subordinada... Y darle como un peso de más rigor a esa denuncia de esa situación”

—...el Trabajo Social siempre se las rebusca para estar en todas (se ríe). Las compañeras de las redes de salud, que tienen una organización territorial grande. Las compañeras de la Red de Tuberculosis... pareciera ser re inocuo: Red de Tuberculosis ¡Ya veces tercian unos conflictos!”

—... algo que empezaba a producirse en los centros de salud, con miedo a llamar "consejerías pre y post aborto". Varios centros de salud decían "salud sexual"... acá (hospital) no pasaba nada con ese tema, absolutamente nada.... (en 2015) la red medio que se presenta un poquito más en público ahí. Que íbamos algunas de las chicas de obstetricia... estaban las compañeras de los centros, iban las residentes. Siempre esa red mayoritariamente estaba motorizada por las trabajadoras sociales... ”

—...surge ese primer encuentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Y ahí empieza a haber una subida muy fuerte, porque esta red se define poder armarla de punta a punta del país”

Por último, las redes responden a una forma de articulación con carácter informal: es decir, la mayoría de ellas, no cuentan con un reconocimiento institucional, una formalidad para su funcionamiento, o hasta organigrama y presupuesto propio. Aquello marca severos límites a la hora de fijar transformaciones y exigencias, aunque su formalización tampoco garantice lo contrario.

—...fue más autogestivo, digamos. Desde la gestión lo que nosotros vemos es que si bien desde lo epidemiológico y de lo que es la atención y gestión se está tratando de organizar mejor, queda toda la cuestión social, las condiciones de vida que hacen también a la enfermedad...”

—...se movieron cosas. Quizás no como hubiéramos imaginado. Yo creo que un poco por lo menos el sueño que tenía yo es que eso iba a dar origen a una política pública ”

—...quedamos como muy relacionados con la red de relaciones, de profesionales, de vínculos, e ibas resolviendo muy en red. Sin programas, sin políticas, sin dirección”

Aquel carácter informal, a pesar de sus límites, es expresado en términos de potencialidad y capacidad creadora. Este crecimiento del funcionamiento en redes en los SSH, parece devolvernos cierto carácter histórico a la luz de las asambleas y formas organizativas post crisis del año 2001, y post asunción de los gobiernos macristas, subsumidos al descrédito entre los trabajadores estatales. La modalidad, entonces, de organización en los límites institucionales contiene una intrínseca crítica histórica a la burocratización y distanciamiento de las tareas necesarias y sentidas para los trabajadores y para la población en general, haciendo referencia a las estructuras históricamente ofrecidas por el Estado. En este sentido, las redes parecen aportar, en los intersticios estatales, una organización genuina de los trabajadores, haciéndose de ciertas capacidades estatales, y evitando, en la medida de lo posible, aquellas características obstaculizadoras del mismo Estado.

—...mucho interés y compromiso y juntándonos una vez por mes en forma rotativa en diferentes hospitales, de forma absolutamente informal hasta el día de hoy, y autogestiva... ”

—...tenemos los Encuentros Inter Sede, hace más o menos dos años, surgió como la necesidad de encuentro de todas las sedes, que no sean pre establecidos por Programa, sino una necesidad nuestra ”

A partir de las entrevistas realizadas hemos recabado la creación de múltiples redes y formas de grupalidad donde los trabajadores sociales —de los SSH, así como de otros dispositivos de intervención en el SES- se han insertado, y aún más, han propiciado la mismísima creación de las mismas. Las principales de ellas son: las redes de salud sexual en los distintos efectores de salud, la ~~red~~ de profesionales por el derecho a decidir”, el grupo de trabajadores sociales de internación de adultes, la red de Tuberculosis⁸⁹. Asimismo, integrantes de los SSH, se insertarán en redes intersectoriales y territoriales, como las redes del Bajo Flores, Lugano, de la Comuna 15, de La Boca, entre aquellas que surgieron en las entrevistas (y se constituyen como una muestra, pero no como la totalidad de las existentes).

La residencia también atravesará por un proceso de creación de dispositivos de articulación no cerrados a los límites institucionales (ateneos inter sedes por territorios ~~zona sur~~ y ~~zona norte~~”, reunión mensual de todas las sedes de residencia, asamblea de residentes de CABA, etc.). Por último, la reunión periódica de jefas de servicios sociales se constituyó en este momento como red (en este caso sí, por las características funcionales de la misma, tendiendo a cierta burocratización mediante la formalización de su existencia⁹⁰).

El apartado respecto de ~~los SSH hoy~~” llega a su cierre aquí, habiendo atravesado por distintas dimensiones que hacen a su desenvolvimiento. Esto es, no sólo su inserción en sucesivas totalidades, sino también las aristas de la propia complejidad: su intempestiva renovación, la demanda institucional y social que performatea al dispositivo de intervención, y las resultantes autogestivas que elabora como respuestas. Hasta hoy aquellas siguen siendo las fundamentales características que aparecen como tendencias para la intervención y organización de los trabajadores sociales en los servicios hospitalarios.

Sin embargo, vale la pena destacar nuevamente que las tendencias no son homogéneas en sí mismas (vale aclarar: la experiencia del grupo de internación de adultes no tiene los mismos contenidos, ideas y formas organizativas que la ~~red~~ de profesionales por el derecho a

⁸⁹ Todas ellas se crean o sistematizan su constitución como tal, en este momento histórico. En orden de aparición, la red de TBC se crea en el año 2007, la de internación de adultes en el 2013, las redes informales de salud sexual, a partir del año 2013, la red de profesionales por el derecho a decidir, en el 2015. Las redes territoriales también atraviesan su creación y/o sistematización durante estos años, de la misma manera que las asambleas y formas organizativas más informales (Ver capítulo 3).

⁹⁰ La ~~red~~ de jefas de Servicios Sociales” se crea mediante Resolución 605/2018 y adquirió su carácter formal de red, estableciendo coordinaciones y objetivos de trabajo, en coordinación con autoridades ministeriales. Aquello escinde a este grupo del carácter informal antes desarrollado, probablemente por las características históricas y funcionales de sus integrantes, ligados a la estructura jerárquica de los propios SSH.

decidir”, etc.). Tampoco las mismas aplican para todas las experiencias de SSH: los hay sin alguno o ninguno de los pilares, existen servicios hoy que no han atravesado aún fuertes renovaciones, etc. Las tendencias son justamente aquellos rasgos sobresalientes que nos permiten establecer una matriz de análisis, desde donde adentrarnos, luego, con mayor detenimiento en las pluralidades, diferencias y pujas que existen alrededor del contenido y las formas que se expresan en los proyectos profesionales que encarnan colectivamente los trabajadores sociales.

Si bien hasta aquí hemos abordado la complejidad de la contemporaneidad de los SSH, no resulta posible eludir aquello que ha devuelto cierta recuperación del contexto donde se inició este capítulo, en el inicio del milenio. En los últimos años de la reconstrucción histórica de la trayectoria profesional de los entrevistados, la relevancia discursiva se ha colocado en las alternancias político partidarias entre el kirchnerismo y el macrismo en el ámbito nacional, así como en los ciclos de crisis y pauperización de la población. De esta manera, y debido a la relevancia que estos procesos contienen para la organización y debates profesionales, haremos breves referencias a estas inacabadas reflexiones de los años recientes, y que nos atraviesan.

III. La pauperización de la demanda social: alternancias político-partidarias y continuidad de las reformas sanitarias

En el año 2015, las tendencias descriptas respecto de las políticas sociales en el ámbito nacional y local se intensificaban alrededor del ámbito sanitario: las reformas en clave de aseguramiento individual presentaban acuerdos en una multiplicidad de actores, aunque eludiendo el debate político y la participación de los trabajadores, organizaciones, etc. En este sentido la sanitarista Celia Iriart ha hecho referencia a las reformas “silenciosas” (2000)⁹¹.

En los sucesivos años, las alternativas de gobierno nacional posicionadas entre las fuerzas capaces de reunir alianzas lo suficientemente sólidas para hacerse de la representación de los “intereses generales” fueron las kirchneristas y macristas. En ese sentido “Cambiamos” ganó las elecciones nacionales en el año 2015, así como las de la Provincia de Buenos Aires, re-validando también su mandato en el CABA. En este último caso, se produjo el recambio del liderazgo electoral, pasando Mauricio Macri al gobierno nacional, y asumiendo Horacio

⁹¹ Afirma la autora: “Las reformas que analizamos en nuestra investigación sobre atención gerenciada muestran un “silencioso” proceso político, que elude el debate público y opera segmentando el proceso y, por lo tanto, la conflictividad... Es decir, las políticas que implementan la reforma se dirigen secuencialmente al sector público, al privado o a la seguridad social, no abordan el proceso de conjunto, y muchas evitan la discusión en el Poder Legislativo. Para esto se utilizan los decretos presidenciales, o las reglamentaciones ministeriales. De esta forma, en cada etapa, los actores involucrados son sólo los que operan en cada subsector prestacional (público y privado). Esto les dificulta tener una perspectiva de conjunto sobre la reforma y, muchos de ellos, en especial los que resultan afectados, se enteran una vez sancionada la norma, por lo que, la mayoría de las veces, sólo pueden realizar algún reacomodamiento dentro de la nueva situación” (Iriart, 2000: 99).

Rodríguez Larreta en la CABA (produciendo recambios y movimientos en torno a las fracciones internas que cada quien lideraba al interior del macrismo).

En el 2019, la misma alianza pierde las elecciones nacionales y de la Provincia de Buenos Aires, volviendo a producirse gobernaciones kirchneristas, en un nuevo frente electoral llamado “Frente de Todos”. Cambiemos, por su parte, continuó con su hegemonía gubernamental en la CABA, renovando el segundo mandato de Larreta.

Los últimos años, entonces, fueron de alternancias de frentes electorales, de polarización mediática y militante, produciéndose cierta oposición en torno a las ideas, sentidos, supuestos y prácticas gubernamentales entre ambas alianzas. Sin embargo, resulta de relevancia concretizar cuántas diferencias y oposiciones de sentido se han producido en torno a las tendencias de reforma socio-sanitaria evidenciadas en los últimos cuarenta años. Respecto de esto, les entrevistades han aportado distintas dimensiones y valoraciones para el análisis.

A menos de un año de iniciada la gestión macrista en la Nación, se estableció el decreto 908/2016 nominado “Cobertura Universal de Salud” (CUS), referido a la reactivación del Fondo Nacional de Redistribución (como principal caja en disputa por las obras sociales en el financiamiento estatal), así como a la “oficialización” de la estrategia en torno a los seguros de salud en el ámbito estatal. El simple decreto, escueto y sin referencias explícitas a reformas sanitarias, establece la puesta en funcionamiento de los seguros de salud, en consonancia con su establecimiento en la Argentina mediante la Ley 23661/89 (analizada en el capítulo primero de esta investigación).

En aquel sentido, la línea de continuidad entre las pretendidas reformas es común. De hecho, Ciolli (2019) afirma en relación a las políticas sociales en general, que la llegada de Cambiemos al gobierno nacional, para el año 2015, mantendrá los pilares de transferencias monetarias condicionadas y las políticas de promoción de la economía social como eje vertebrador de las políticas asistenciales, sin producir modificaciones sustanciales a las características asumidas durante los gobiernos kirchneristas. La autora lo afirma en el análisis de cada caso: la continuidad de políticas como la Asignación Universal por Hijo (AUH), los programas como Argentina Trabaja, o programa de ingreso social con trabajo (aunque con modificaciones de significado, como las claves emprendedoristas o meritocráticas).

Siguiendo ese análisis, en lo que respecta al ámbito sanitario, la larga marcha hacia los seguros de salud, como fragilización de la oferta amplia y disponible de prestaciones del SES, se encuentra francamente en los mismos carriles de avance. No existen proyectos alternativos desde los proyectos político-partidarios mencionados que ofrezcan salidas que fortalezcan el

SES, en vez de su desarme. Por su parte, veremos más adelante que las organizaciones de trabajadores, sociales, y ciertas líneas de debate sanitario instan por la unificación de sus sectores, y el fortalecimiento de un sistema único de salud, erigiéndose como una alternativa contra-hegémica a la fragmentación, al punto de la individualización en seguros.

En todo caso, lo que sí aparece en los discursos de los entrevistados es un cierto juego de potenciación de las reformas regresivas cuando se produce una mayor acumulación de poder gubernamental en los distintos Estados: nacional, provincial y de la CABA. Veamos algunas referencias:

—..Me parece que la línea no se pierde, se profundizó. Sobre todo con un mismo gobierno. Es muy clara y en el último mandato al tener la coincidencia Nación, Provincia y Capital Federal... Romper con una ley universal que garantiza la universalidad, la calidad y la gratuidad en los servicios... para mí es una cuestión ideológica, de cómo ven la política en términos generales y en particular la sanitaria... lo que implica la mercantilización de la salud... la privatización (que ya existe, que no es algo que nació en los últimos diez años, me parece que es algo que viene desde la década de los 70) ”

—..nosotros tenemos muy claro que en un momento teníamos un descuajeringo: familias hiper intervenidas por todos los sectores, pero había un "si acá no se logra, buscamos una alternativa" y la gente lo sabía. Por eso aparecía el trailer de un color, de otro color. Entonces alguna punta para tirar... la Nación necesitaba llenar los barrios de la Ciudad de Buenos Aires porque necesitaba hacer su tarea política... aquello que no se compensaba de un lado, se tiraba del otro... ”

Como ya se estableció previamente, la relación del ámbito nacional, especialmente desde los lineamientos emanados desde el Ministerio de Salud de dicha cartera, históricamente ha repercutido en las jurisdicciones menores, como ser la CABA. En los años de conciliación gubernamental entre ambas, se produce aquella profundización antes mencionada, en clave de detrimento de los sistemas universales de prestación de servicios de salud. Aquello no se producirá como decisión política unilateral, sino, como lineamiento general de los actores internacionales. Estos, a la par que imponen reformas, permiten u obstaculizan el acceso a créditos, de vital importancia para los Estados —especialmente aquellos comprometidos con las deudas, las amenazas de ~~default~~”, etc.

En ese sentido es significativo el deterioro de la política socio-sanitaria como producto de la lucha de los sectores de trabajadores organizados en torno a los derechos sociales. Para el año 2018, y a través del decreto 801, el gobierno nacional reduce las carteras ministeriales, reduciendo el Ministerio de Salud a Secretaría, fusionada con una reducción de igual tipo para el Ministerio de Desarrollo Social, devenido también en Secretaría. Ambas carteras, desjerarquizadas, se unificaron en el ~~Ministerio de Salud y Desarrollo Social~~”. Aquella disminución presupuestaria marcaba afirmativamente la voluntad del gobierno argentino de

acatar las recomendaciones internacionales para continuar con el acceso a créditos. En ese sentido, ya en los últimos años se evidenciaba la disminución de los recursos disponibles en los principales programas desde donde el Ministerio de Salud interviene mediante la política socio-sanitaria. Veamos una referencia:

—..Hubo mucho conflicto ahí. En el Ministerio. Ellos tienen un presupuesto muy grande. Yo creo que debe ser el presupuesto más grande el de VIH y recortaron todo lo que es el área de prevención, la redujeron a la mínima expresión. Y ahora tenían problemas con los medicamentos. Se fueron agotando los stocks que tenían. Y todo, para que te firmen la licitación están tres meses,... es un laburo insalubre”.

Si bien la desjerarquización de la cartera ministerial implicaba una disminución presupuestaria, también resulta de importancia destacar la fusión con el Ministerio de Desarrollo Social, con el que posee antecedentes del mismo tipo, y territorialmente se encuentran emplazados en el mismo edificio en la CABA. Aún así, resulta una tendencia más para afirmar que la salud, en la contemporaneidad, se perfila a la atención segmentada por sectores poblaciones, destinándose las prestaciones de gestión estatal para los pobres.

Ahora bien centrándonos en la CABA, el respaldo ofrecido por el decreto nacional de establecimiento de la CUS fortaleció las iniciativas correspondientes en dicha jurisdicción. A partir del análisis documental y desde la conjunción gubernamental, se pudo evidenciar una avanzada en las reformas sanitarias del SES en la CABA, en el sentido antes mencionado.

Afirmaremos tres aspectos de dichas iniciativas gubernamentales: las institucionales, en la oferta de servicios para la población y en las condiciones laborales de los trabajadores, a modo de facilitar su desarticulación y desestimar sus luchas y resistencias. Sucintamente, y a modo de reconstrucción de información pública fragmentada y desordenada⁹², se afirmará que: la reforma institucional radica en la reconversión y cierre de hospitales en la CABA, renombrándolos por niveles de atención, y burocratizando el acceso a los mismos. De esta manera, los Centros de Salud y Acción Comunitaria, así como la creación de nuevas instituciones, como los son los CEMAR, significarían el primer nivel de atención y el de acceso al resto. El segundo nivel, constituido por los hospitales generales de agudos y algunos especializados actuarían tras derivación o ingreso por guardia ante la emergencia, así como el tercer nivel de atención se encontraría cerrado al público, y en algunas ocasiones implicaría el cierre y traslado del hospital con miras a la degradación de los mismos como institutos, es decir, pequeños servicios de menor jerarquía institucional.

⁹² La reconstrucción de la información se ha realizado mediante los aportes de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA, sindicato que ha publicado dos síntesis de estos procesos de reforma en la CABA. Ver: <https://www.facebook.com/media/set/?set=a.1048477798625979.1073741831.1002919359848490&type=1&l=91cd129ee3>; y <https://www.facebook.com/plugins/post.php?href=https%3A%2F%2Fwww.facebook.com%2Fasociaciondeprofesionalesdeser.social%2Fposts%2F1729178753768397&width=500>

Es desde este orden de cosas que se continúa con la sistemática ampliación de cargos vinculados al primer nivel de atención. En los años de gestión del gobierno de Larreta se crearon los equipos territoriales, constituidos por distintas profesiones, entre ellas el Trabajo Social. Dicha creación implicó el fortalecimiento de la dotación de los CeSACs, así como se crearon los CEMARs (Centro de Especialidades Médicas de Referencia), donde también se insertaron trabajadores sociales en la modalidad de contratación de planta permanente. Sin embargo, la concesión en dicho nivel implicó un avance en la dirección de reforma institucional del SES, en tanto se combinó con la estrategia de ahogamiento, desinversión y disminución de la dotación de las instituciones hospitalarias. Es significativo en ese sentido negativa gubernamental de recuperar dotaciones perdidas en los SSH, mientras se ampliaban en otras instancias del mismo SES. Sobre la dificultad para exigir la recuperación de cargos en los SSH una entrevistada afirma:

—Y los Directores todos pusieron, eh? cuando se pidieron más nombramientos, y todas las notas que hicimos, qué se yo, sabían que nosotros tenemos que ser mínimo veinte personas. Nadie le importó, así que menos les va a importar ahora. Es como que se fue deteriorando... ”

Asimismo las reformas anuncian, a nivel de prestación de servicios, la digitalización y empadronamiento de usuarios, y la garantía de una canasta básica de prestaciones. Por último, en relación a los trabajadores, con discursos relacionados a la modernización, se atraviesa por un proceso de ataque y modificación de las regulaciones laborales que rigen las garantías en las condiciones de trabajo.

Ejemplo cabal de esto es que el 1 de Noviembre de 2018 se sanciona la ley 6035, que modifica la ordenanza 41455 / 1986 antes analizada, vinculada a la “carrera profesional hospitalaria”. Existe un amplio consenso para afirmar que la misma redundante en una mayor precarización laboral para los trabajadores de la salud (estipula mayor precisión en la evaluación profesional, persiste en la exclusión de carreras universitarias en la misma ley, fragiliza derechos adquiridos en torno al goce de horas de capacitación entre otros detrimentos. Asimismo, abre la puerta para futuras reformas laborales, de la regulación de las condiciones laborales para residentes y concurrentes (con un intento fuertemente repudiado para el año 2019), y del propio convenio colectivo de trabajo para los trabajadores de la salud.

Tomando estas breves precisiones, las alternancias político-partidarias no produjeron convulsiones en las referencias analíticas que veníamos utilizando en torno a las políticas socio-sanitarias. La CABA, en este contexto, y en diálogo con las políticas nacionales de todo el período, continúa profundizando los lineamientos de las políticas socio-sanitarias.

Revisemos las claves analíticas hasta aquí. Retomando lo antedicho en torno a las regulaciones laborales, se evidencia que continúa el camino de la **precarización** laboral. De la misma manera, la sanción del Decreto – CUS estipula la continuidad del camino de **individualización** de las prestaciones de salud, en el avance hacia la estrategia de aseguramiento. Asimismo, se evidencia la **asistencialización** de los servicios mediante el establecimiento de una “canasta básica” de prestaciones, estipuladas como las destinadas para aquellos que no cuentan con seguros que vehiculicen el mayor acceso a las mismas. En este sentido, es una forma de estipular prestaciones mínimas, y la reserva de aquellas de mayor complejidad y costo para aquellos que cuenten con seguros provenientes del empleo –obras sociales- o del ámbito privado –pre-pagas-. Por último, se profundiza la **segmentación y focalización**: la constitución de niveles de atención implica la posibilidad de restricción en el acceso al SES para las personas no residentes en esta jurisdicción, o no cuentan con documentación argentina. La accesibilidad, entonces, al mismo SES únicamente mediante el primer nivel, burocratiza la atención y la circulación de los usuarios por las instituciones, segmentándoles entre aquellos legitimados, y no, para el acceso al mismo. Veamos algunas referencias en torno a la reconstrucción de las decisiones gubernamentales en estos años:

—... me parece que con todo esto de la implementación de la CUS... y los efectos más visibles que se dieron en el Hospital y en el Área, que tienen que ver con la implementación de la historia clínica electrónica, los nuevos equipos territoriales a través del Ministerio. Se notan cambios... Y eso sí que repercute en la atención... en los recursos materiales como acceder a la leche, que no haya medicación... el presupuesto fue dedicado a otra cosa y eso se ve en una baja en la calidad de atención... ”

—...hay una vuelta a mucha precariedad, mucho sufrimiento de la gente que recorre farmacias para conseguir un medicamento. Que le dan la autorización... pero después tiene que recorrer 14 farmacias porque no lo encuentra... con esto de los vademecum de los centros de salud resolvieron bastante. Eso le tengo como cierto temor de por dónde va a ir. Si realmente... porque ahora, por ahora le están dando remedios al que va. Eso también ¿se cortará en algún momento? ¿será para el que vive en el área?... ”

Ahora, si bien todo lo anterior marca ciertas líneas de continuidad –y en todo caso, de intensificación-, en torno a las regresivas reformas sanitarias de las últimas cuatro décadas, lo que aparece como retorno en clave cíclica es una nueva y fuerte pauperización de la demanda social. Con memorias de las situaciones con las que se interlocutaba allí por el año 2001, donde inicia este capítulo, el ciclo que hoy nos encontramos viviendo parece retornar a esas circunstancias. Veamos algunas referencias en las entrevistas:

—...sí, lo habitacional aparece claramente como un tema emergente. Y sí la problemática de consumo, embarazo con consumo, eso antes no estaba así planteado. Eso es una demanda nueva ”

—...tendríamos que estar más estallados que en el 2001 en este contexto. Porque tampoco hay registro. Yo me acuerdo que uno hablaba de los lazos que existían, comunitarios (se ríe) en los barrios. Todo está

destruido. El neoliberalismo destruyó todo eso y encima lo profundiza en este momento. Que a veces no entendés cómo no termina de estallar”

—...hay como toda una faceta de intervenciones de tipo asistencial... gestionar CUD, gestionar pases de transporte, pensiones. O sea, fue de la mano... con los tarifazos empecé a hacerme la idea de que era necesario que viajen gratis, y eso vino de la mano de que para gestionar la pensión también era necesario... Antes de eso, en sala no lo tramitábamos”

—...en nuestro centro de salud era muy raro que alguien viniera a pedirte vacante para un comedor... desde el año pasado está pasando... (refiere al año 2018). Para lo material más básico... De hecho en el barrio no había comedores. Ahora empieza a haber merenderos”

—... ayudar a la familia a que el pibe sea visitado, gestionar viandas extra, pensar en el pase para ayudar a que se puedan acercar, para que el pibe pueda salir de permiso.... dificultades por un paciente compensado y no se lo podían llevar porque no tenían cómo, ni llegar al hospital... hay pacientes que por ahí vuelven a la mañana y la familia se queda hasta el mediodía para poder comer acá...”

—...Desde que entré, siempre vimos que faltaba. Pero había cosas que estaban garantizadas, acceso a hogares, o dispositivos adecuados a las necesidades... algún tipo de respuesta en lo habitacional.... es una política que el Estado debe garantizar y que no lo está haciendo. Antes teníamos mejor articulación con las Defensorías Zonales o con el Consejo de Derechos y la verdad es que es cada vez peor...”

El análisis que aparece producto de las referencias de les entrevistades explica mayormente un deterioro en torno a las condiciones materiales de existencia de la población que se asiste en el SES, más que modificaciones drásticas o sustancialmente diferentes en torno a la gestión de las políticas socio-sanitarias. En todo caso, las diferencias de gestión aparecen cuando se produce también la acumulación de poder gubernamental, lo que permitiría un mayor y rápido avance en torno a la desarticulación de las políticas sociales, en tanto logros históricos de las reivindicaciones populares.

En ese sentido, aunque no sea el objeto de esta reconstrucción, deberíamos puntualizar la necesidad de mayores análisis de las condiciones para la pauperización, o como antes mencionado, la barbarización de las relaciones sociales, que no se encuentren necesariamente ligadas a los movimientos del Estado como único dador de sentidos en torno a este tipo de análisis.

Hasta aquí, la reconstrucción histórica de los últimos cuarenta años de reformas de las políticas socio-sanitarias nos ha permitido evidenciar desde dónde enfocar nuestro análisis, en función de los desafíos socio-históricos que les trabajadores sociales han ido atravesando. El ciclo de reconstrucción se encuentra abierto. Este persiste en las circunstancias que se analizan hasta la actualidad más inmediata, ya permeada por el atravesamiento de una crisis sanitaria que aún es muy temprano para analizar. Sin embargo, vale afirmar que en este SES,

intervenido regresivamente, en marchas y contramarchas vinculado a los alcances del derecho a la salud, le ha tocado dar respuestas a una pandemia mundial, sin perspectivas de poder ofrecer respuestas – o sin si quiera poder hacerlo- que no sean igual de segmentadas, focalizadas, precarias, fragmentadas y asistencialistas que las que venimos analizando. Ese análisis, necesariamente tendremos que retomarlo en otro estudio.

Como síntesis de lo trabajo y en torno a las formas de entender los fundamentos y supuestos del Trabajo Social, los trabajadores sociales en el ámbito de la salud han atravesado, durante años, interrogantes que han tomado mayor relevancia que otros. Inicialmente han aparecido tensiones en torno a la profesión y su posición subalterna. Más adelante han emergido en torno al Estado, las políticas sociales y sanitarias y el entramado institucional del SES, para luego resituarse los debates en torno a la capacidad de respuestas socio-sanitarias en clave de relación usuarios – acceso a la salud. Asimismo, si en los años ochenta las formas organizativas fundamentales se han situado en las instituciones de la categoría profesional: sus estatutos legales, consejo profesional, sindicato; durante los noventa han atravesado un proceso de burocratización y descrédito, para, tras crisis del año 2001, y crisis política de la CABA, autonomizarse y autogestionarse respuestas desde un colectivo profesional renovado.

Los proyectos profesionales, se han definido como las matrices donde se concretan las formas que les profesionales trascienden las determinaciones del Trabajo Social como producto histórico de las relaciones de producción capitalistas en una doble y mutuamente imbricada dimensión: los supuestos y fundamentos que dan sentido a la profesión, y las formas y características que asumen las disputas estratégicas por aquellos fundamentos y sentido en los contextos históricos donde las relaciones de fuerzas se desarrollan.

Entonces, en el capítulo uno –en clave de antecedentes -y dos –en clave de contemporaneidad- hemos minuciosamente ubicado el contexto histórico –las determinaciones y respuestas colectivas- desde donde los SSH se comprenden. Ahora bien, con toda la matriz presentada, podremos identificar y analizar aquellos supuestos y fundamentos que hacen al debate profesional situado, así como las formas históricas donde las disputas estratégicas han tomado terrenos, y se han producido.

Si algo podemos concluir, es que no se pueden establecer estos puntos *–a priori*”. No podríamos decir, de antemano, con qué relevancia se discuten los lineamientos académicos-programáticos, o las incumbencias profesionales, o las leyes de ejercicio profesional, o las formas de asumir los debates ético-políticos, sin antes recomponer la historicidad en las que los debates se producen, o la emergencia de las categorías desde dónde podemos situar esos mismos debates. Los proyectos profesionales, tal como los define Netto (2003), nos ofrecen

posibles pistas para el análisis. Pero ha sido un verdadero desafío investigativo el de fundamentar y recomponer las piezas que a continuación estableceremos como las fundamentales para adentrarnos en las luchas por la hegemonía de los proyectos profesionales en el Trabajo Social.

Veamos entonces, qué fundamentos y supuestos han atravesado y tensionado las concepciones en torno al Trabajo Social, cuando el mismo se inserta en las políticas socio-sanitarias. Asimismo, veremos qué formas organizativas nos hemos dado, plural y diversamente, para obtener mejores correlaciones de fuerzas en la lucha por aquello que colectivamente se impulsa como horizontes profesionales.

CAPÍTULO 3: LAS FORMAS Y LOS CONTENIDOS EN LOS PROYECTOS PROFESIONALES: UN ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES TENSIONES PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

El presente capítulo centra su objetivo en establecer la pluralidad, diversidad y contradictoriedad existente en los supuestos, fundamentos y estrategias organizativas de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario. Esto es así debido a que indagaremos sobre aquello que excede las determinaciones sociales y las respuestas a las mismas, encontrando las intencionalidades y horizontes que los profesionales buscan para su quehacer profesional colectivamente perseguido (es decir, excluirémos de este análisis las posiciones y decisiones personales de cada quien).

Retomaremos entonces la definición que trabajamos vinculada a los proyectos profesionales: es decir, aquellas matrices dónde afirmamos que los trabajadores sociales trascienden las meras determinaciones socio-históricas, situadas en los espacios ocupacionales. Esto mismo lo hacen a partir de lo que hemos llamado la dimensión política, expresada en dos sentidos. Estos son los plurales y contradictorios supuestos y fundamentos que se construyen para explicar la profesión y su devenir y la acción propiamente dicha para la concreción de esas metas, tanto en la organización colectiva como en la intervención profesional.

Recapitulando, en los primeros dos capítulos de este documento hemos analizado específicamente los antecedentes y la contemporaneidad de los SSH en el ámbito sanitario de la CABA, recorriendo su devenir histórico desde los años setenta hasta la actualidad. Asimismo hemos ido situando los movimientos y respuestas que los trabajadores sociales han podido estructurar a la hora de resistir, avanzar, replegar o enfrentar las determinaciones históricas que las políticas socio-sanitarias han ido asumiendo.

Ahora bien, los proyectos profesionales presentan una franca distancia entre las determinaciones históricas (que ya hemos establecido como imprescindibles de analizar para hacer un examen crítico de nuestro objeto de estudio) y las capacidades de acción de los trabajadores sociales. Éstas últimas se han establecido como parte de la dimensión política en la profesión.

Si retomamos las coordenadas de análisis de “la política” en la capacidad humana, recuperaremos la idea de creación de iniciativas para transformar los contenidos que emergen socio-históricamente, lo que Antonio Gramsci (1971) ha nominado como “momento catártico”.

Sobre el análisis de la dimensión política en Trabajo Social, evidenciando la relación entre conocimiento y acción, Oliva afirma:

En la dinámica de la intervención profesional tenemos que introducir la dimensión política, en consecuencia la capacitación debe ser entendida como un conjunto de conocimientos que se fundamentan en una visión de sociedad determinada, que contiene elementos centrales para la acción
(2003: 70)

En este sentido es que trabajaremos sobre las posibilidades de creación de respuestas del colectivo profesional que han ido transformando y emergiendo como nuevas alternativas ante lo normado, determinado o establecido, y lo haremos vinculando ideas con acciones. No privilegiaremos ni una ni otra, y las trataremos separadamente a los fines analíticos, para luego recomponerlas en su integralidad.

Sin embargo, falta adentrarnos en una precisión más. Como bien afirma Oliva, conocimiento y acción se fundamentan *–en una visión de sociedad determinada*”, y aquello produce necesariamente diversidad de posiciones –concientes o no- en los trabajadores sociales. Desde la mirada que se asume en este estudio, aquella visión engendrará supuestos, fundamentos y formas de acción sobre los que se puede explicar la dimensión política profesional.

Concretamente, existen disímiles expresiones sobre visiones de sociedad: cuál sería el modo de producción que la sustenta, cuáles serían las relaciones entre las personas, la posición sobre sus identidades genéricas, la vinculación con el medio ambiente, y así una infinidad de ejes a desarrollar. Entonces, el hacer y el pensar colectivamente en la profesión tendrá relación con estas visiones del mundo, pero aquí nos adentraremos particularmente en la mediación de aquellas grandes visiones, con las categorías del debate profesional.

Vale aclarar, que los colectivos que encontraremos en el quehacer profesional y organizado no expresará grupalidades con idénticas visiones, sino el sistema de alianzas que se establecen para concretar avances hacia las mismas. Es decir, veremos que ciertos colectivos reunirán profesionales unidos por cierta idea y forma de concretarla, y seguramente esas mismas personas diferirán en muchas otras concepciones entre sí. Sin embargo, establecerán alianzas más o menos estables que permitirán acceder a mejores posiciones para acercarse a la visión que sustentan.

Entonces, veremos primero algunas categorías, o ideas que forman parte de visiones centrales de sociedad. Aquellas categorías no serán de orden general, sino que se presentan como particulares del debate profesional en el ámbito sanitario. Son mediaciones de las visiones generales de sociedad. Su selección ha emergido a partir del análisis del trabajo de campo realizado para esta investigación, como ideas que sistemáticamente se han presentado

en las entrevistas sustentando posiciones y acciones de parte de quienes relataban su trayectoria profesional. El desafío, entonces, será expresar las diferentes concepciones que atraviesan la misma categoría, y comenzar a trazar distintas posiciones que se corresponderán con diversas vías de acción para concretar o avanzar sobre dicha idea en la realidad.

Asimismo, veremos en segundo lugar –aunque podríamos haber partido en el sentido inverso- algunas formas de organización que han surgido en las entrevistas realizadas. Las mismas tienen un sentido y una correspondencia con las determinaciones históricas que permiten que se recreen en el seno del colectivo profesional, pero también un necesario sustento sobre las ideas y supuestos que estas acciones pretenden concretar –y de allí la diversidad de opciones que se han ido expresando históricamente-.

Por último, intentaremos plasmar algunas reflexiones que amalgamen el devenir histórico, con las visiones de sociedad –sus ideas y acciones-. Estas tendrán como objeto recomponer algunos trazos de los sistemas de alianzas que hacen a la lucha por la hegemonía en el colectivo profesional. Es decir, aquellas expresiones de los proyectos profesionales que se encuentran colectivamente luchando por la conquista de sus propios intereses entendidos como generales para la totalidad del ejercicio y devenir del Trabajo Social –o más acotadamente, en el ámbito sanitario-.

I. Los supuestos y fundamentos en el Trabajo Social: particularizaciones de las visiones de sociedad en el ámbito sanitario

A continuación revisaremos algunas categorías de análisis que se presentan en los discursos de las entrevistadas como mediaciones de sus propias visiones del mundo. Aquellas no se expresan en tanto posiciones individuales, sino que se hace en relación con sustentos teórico-metodológicos presentes en el debate profesional⁹³. Asimismo, como hemos expresado y hemos trabajado en el primer capítulo de este documento, expresaremos categorías presentes en el discurso de los profesionales en tanto mediaciones de aquellas visiones del mundo –y entendidas como totalidades-. Estas mediaciones, nuevamente, se particularizarán en el ámbito sanitario, que siendo una totalidad en sí misma, también se erige como particularidad de totalidades mayores.

⁹³ Es de destacar que existen producciones escritas que abordan esta temática, y que su lectura crítica permite evidenciar la diversidad de posiciones en el colectivo profesional. Dos de ellas son la clásica revisión de categorías de Carlos Montaña (1998) en su libro: –La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción” y los aportes para el caso argentino, en el libro de Sergio Gianna (2015): –Decadencia ideológica y Trabajo Social: crítica al debate contemporáneo profesional”. También existen producciones que recogen el debate vinculado a una categoría en particular. Marcela Moledda (2018) lo hace específicamente para la categoría de –cuestión social”, la cual resulta central para el Trabajo Social, en el libro: –La cuestión social en el trabajo social argentino: debates y posturas contemporáneas”.

A lo largo de la reconstrucción histórica realizada, emergieron algunos debates que hicieron a las disputas entre posiciones de los profesionales. Entre ellas hemos destacado, en primer lugar, la categoría profesional en sí misma. El *Trabajo Social* como una categoría a definir se ha expresado en distintos momentos: al situarse como profesional en el ámbito sanitario y en el ejercicio laboral en general. En esos procesos se ha definido y relacionado a la propia categoría profesional con la construcción de un *quehacer*, regulado legalmente, así como contrapuesto con otros en sus relaciones de *subalternidad* –vinculado estrechamente con la profesión médica, por ejemplo–.

Asimismo hemos analizado procesos de “*renovación*” profesional, en su formación, en la construcción de su *perfil* y su *quehacer* en distintos ámbitos ocupacionales. Por último, esta categoría también ha suscitado la presencia de ideas en torno a la necesidad de la construcción de *autonomía* profesional, conquistas en torno a sus *condiciones laborales* y de *ejercicio profesional*, así como respecto de la llamada *profesionalización* y *jerarquización* del Trabajo Social.

Hemos abordado aquello en sus contextos históricos, y en las respuestas que tentativamente fueron prevaleciendo en el colectivo profesional. Ahora bien, será necesario adentrarnos en el debate y diversidad de posiciones que aquellas ideas implican, en la propia definición del Trabajo Social.

a. El ser trabajadores sociales: una definición en cuestión

En el presente apartado veremos algunos fundamentos centrados en debates (probablemente velados) respecto de qué es y qué hace el Trabajo Social. Asimismo, haremos referencia a fundamentos de la categoría profesional que surgen de las entrevistas realizadas: su posición subsidiaria, y las tensiones para su corrimiento de dicho lugar: la profesionalización, jerarquización y construcción de autonomía para los trabajadores sociales en el ámbito socio-sanitario.

Para los trabajadores sociales la pregunta respecto de qué es el Trabajo Social generalmente expresa ciertos titubeos y dificultades para la respuesta debido a que – sostendremos como causal hipotética– no existe una única y correcta respuesta. Aquello afirma un elemento central para este documento: que la pluralidad, diversidad y contradicciones en los sentidos y fundamentos del Trabajo Social no necesariamente resulta en una realidad evidente para el colectivo profesional. Veamos algunas ideas:

—...Hay veces que *disciplinariamente* nos quedamos como atrapados en el acceso al recurso, más allá...”

—...Desde Trabajo Social, al menos, hablando más desde tuberculosis, es una **disciplina** que...”

—...Más allá de que valoro y respeto los profesionales que después siguieron otras trayectorias de formación, pero estudiaron otra cosa. Su motivación inicial profesional es otra. Que no pasa en otras disciplinas...”

—...tenía una formación mucho más instrumental. Subsidiaria, sin vinculación con **lo social** como objeto en sí mismo”.

—...yo creo que la **especificidad** es de las ciencias sociales, pero no del Trabajo Social—

—...en las maneras de pensar en cómo implementar la estrategia de atención primaria... y las nuevas maneras de pensar la intervención en salud, necesariamente hay que abrir el juego a otras **profesiones**—

En innumerables pasajes de las entrevistas las trabajadoras sociales expresan definiciones tácitas del Trabajo Social. Primeramente, existe una clasificación del objeto en cuestión como una disciplina científica. Esto no parece presentarse como un debate concluido en el colectivo profesional, sino por el contrario, una idea formativa asentada en nuestra memoria. Asimismo, en los pasajes destacados, aparece una alusión a un objeto de conocimiento —o de intervención— propio de la misma “disciplina”, que sería “lo social”, así como finalmente aparece la alusión del Trabajo Social como “profesión”.

Todas estas alusiones hacen referencia a un debate de fuerte enjambre en el colectivo profesional: la especificidad —o no— del Trabajo Social, como expresión de la división socio-técnica del trabajo y/o como partícipe disciplinar en las ramas del saber dentro de las Ciencias Sociales.

Por un lado, encontramos la idea de disciplina. Aquella expresión afirma la inclusión del Trabajo Social como rama del saber en tanto disciplina científica, siendo ésta última entendida como divisiones del conocimiento según los objetos de sus estudios. Sautu (2005) expresa que la división entre Ciencias Sociales y Naturales expresaría un criterio que, para muchos investigadores, resulta suficiente para demarcar objetivos diferenciales de estudio y preferencias metodológicas, y esto se observa en uno de los fragmentos antes citados. Sin embargo, para otros investigadores resulta insuficiente. En este sentido, las “disciplinas” como ramas de las Ciencias Sociales expresan diversos ejes temáticos de estudio, aunque se superpongan unos con otros, tanto en lo que respecta a temas como métodos.

Siguiendo lo anterior, las disciplinas provienen de la división —con criterios poco demarcados— de las ramas del saber, y por lo tanto, dan cuenta de debates alrededor de temáticas y metodologías de estudio. Cabe preguntarse, entonces: ¿el Trabajo Social persigue una ubicación dentro de las Ciencias Sociales en tanto sus métodos y temáticas de estudio?

Esto se observa en la alusión antes citada de “lo social”⁹⁴ como objeto de estudio, sin embargo, su demarcación, definición, y pertinencia de la vinculación entre el Trabajo Social y objetos de estudio, es fuente de polémicas no resueltas. Existen, en el colectivo profesional, posiciones que entienden el surgimiento del Trabajo Social en su vínculo con las ciencias, y otras con el mundo del trabajo. Respecto de la primera posición, Travi (2008) afirma:

...el Trabajo Social surge y se profesionaliza en EEUU en el mismo contexto socio-histórico en el que emergen las Ciencias Sociales, en particular la sociología y la psicología social. Y como coinciden los historiadores de la ciencia, éstas se originan por del afán de conocer científicamente la sociedad y revertir los problemas sociales emergentes... (2008: 2)

Esta afirmación parece sustentar el surgimiento profesional vía la creación de una disciplina científica, cuyo principal quehacer, sin embargo, ha sido su inserción institucional junto con otras profesiones vinculadas con la expansión de las políticas sociales como forma de intervención del Estado en la cuestión social. Estas posiciones, que no se discutirán con profundidad en esta producción, presentan divergencias fundamentales al pensar el surgimiento y fundamento del Trabajo Social cuando la génesis se coloca en la división socio-técnica del trabajo. Siguiendo esto último, veamos la demarcación del objeto en cuestión en tanto profesión.

Existen otras posiciones que establecen al Trabajo Social dentro de los debates profesionales, y por lo tanto, ya no dentro de la división del conocimiento, pero dentro de la división socio-técnica del trabajo. En ese sentido, el surgimiento, las competencias propias – aunque no necesariamente exclusivas- del quehacer, y su inserción en el ámbito académico tendrían que ver con las necesidades de una especialización del trabajo, según las condiciones socio-históricas que lo hicieron necesario para la reproducción social. Iamamoto es categórica respecto de esto:

...el Servicio Social se institucionaliza como profesión, no en función de su legitimidad en la división del trabajo entre las ciencias, sino como un ejercicio profesional demarcado por la división social y técnica el trabajo: como un tipo de especialización del trabajo que objetiva una intervención en el proceso social, respaldada en un análisis teórico-crítico de la sociedad presente. (2000: 93)

En la afirmación encontramos no sólo un posicionamiento en torno al Trabajo Social definido esencialmente como una profesión, sino también al distanciamiento ante el primer planteo. Esto resulta de relevancia dado que la primera y segunda definición no parecen complementarse, sino que radican en formas y concepciones distintas del surgimiento y quehacer del Trabajo Social. Cabe destacar, que siguiendo a Iamamoto (2000), el Trabajo

⁹⁴ Sobre este tema resulta de relevancia conocer los desarrollos que realiza Alfredo Carballada (entre otros: 2007) sobre “lo social” y la intervención en “lo social”. Por su extensión no resulta propicio destacarlo en este apartado, pero definitivamente representan una fuerte posición en la formación del Trabajo Social en general. Asimismo Gianna (2015) establece líneas para el debate profesional para evidenciar las ideas del autor como una posición dentro del mismo, y entabla diálogos críticos respecto de sus implicancias.

Social como una especialización del trabajo refiere necesariamente a una génesis vinculada al quehacer, en la ejecución de políticas sociales, cuando los Estados requirieron dicha estrategia para asegurar la reproducción social. Asimismo, sus principales competencias radican no en la determinación de un objeto de estudio, sino en un objeto de intervención, con una metodología acorde a dichos propósitos.

Aquello, no resulta en una diferencia en las formas de nombrar algo como una generalidad, sino esencialmente a procesos diferenciales, con implicancias de relevancia para el desarrollo profesional. Sobre esto destacamos algunos interrogantes que se generan: ¿El Trabajo Social está desarrollando una tarea científica en las instituciones sanitarias? ¿Estamos investigando o produciendo conocimiento a la par que interviniendo en situaciones de distinta índole? ¿Nuestra tarea profesional se inserta en la dinámica de atención sanitaria a partir de criterios vinculados a objetos de estudio? ¿De intervención? ¿O ambos?

Vale destacar que la mayor parte de las entrevistades utilizan indistintamente ambas referencias (al Trabajo Social como profesión y como disciplina). De hecho, incansablemente refieren a las relaciones y establecimientos de acuerdos de trabajo con otras especialidades del mundo del trabajo (en el ámbito sanitario, esto es, el resto de los integrantes de los equipos de salud) como las relaciones interdisciplinarias, aún aunque comprendan el quehacer del Trabajo Social estrechamente ligado al mundo del trabajo, profesional, y profundamente desvinculado de la vida académica. Una entrevistada expresa esa diferenciación:

—Es una tensión. Y bueno, sí, pero ¿hace algo? Viste que muchas veces dicen "¿Y, pero (les investigadores) trabajan"?"

Aquí aparece un gran debate para los trabajadores sociales, que podría esclarecerse echando luz a las ideas anteriores. Los trabajadores sociales fundamentalmente, en un exacerbado porcentaje de su total, se dedican a la ejecución de políticas sociales (CTS CABA, 2017), y por lo tanto, *“trabajar”* parece ser un sinónimo de *“intervención profesional”*. Asimismo, quienes cuentan con dicha titulación, y se dedican a la investigación científica, podrían, desde este mismo debate, encontrarse desempeñándose en tanto trabajadores sociales que desarrollan una tarea con las teorías y métodos científicos de los que la profesión abreva en su formación desde las Ciencias Sociales. Sin embargo, esto no significaría contar con métodos, objetos y temáticas de la profesión en tanto disciplina científica, sino que los investigadores – y trabajadores por cierto-, formados en su grado y probablemente con largas y relevantes formaciones de post-grado, se han desempeñado desarrollando su capacidad investigativa desde las herramientas de las Ciencias Sociales. Aún más, amplia cantidad de

ellos, han optado por investigar a la profesión del Trabajo Social como objeto de estudio, lo cual parece complejizar aún más el debate si no se clarifican estos elementos de antemano.

Sin embargo, vale aclarar que si bien se difunde ampliamente la idea de “disciplina” para el Trabajo Social, en numerosas ocasiones –y lo veremos más adelante, con categorías fundamentales para el Trabajo Social, como la cuestión social, o la política social-, se hace referencia al conocimiento diferencial con el que los trabajadores sociales se insertan en los equipos de trabajo. Aquello tiene que ver con que generalmente dialogan con trabajadores cuya formación de grado podría no estar emparentada con las Ciencias Sociales (para nombrar un ejemplo claro: los médicos, con la formación más vinculada a las Ciencias Naturales), y por lo tanto encontrar allí una especificidad en los aportes que se realizan debido a la formación académica con la que cada profesional cuenta. De esta manera se establecen diálogos, formaciones conjuntas y transmisión de conocimiento entre los profesionales, generalmente con el objeto de construir acuerdos laborales para la intervención.

Desde una perspectiva pluralista, afirmaremos que los debates en torno a la definición del Trabajo Social no están concluidos, y quizás nunca lo estén. Sin embargo, se destaca hasta aquí que las diferencias entre los fundamentos que lo definan no se encuentran explicitados como debates, sino más bien como un concierto de supuestos sinónimos que obstaculizan afinar y precisar argumentaciones⁹⁵. En una postura que contrarresta lo antedicho, una entrevistada afirma:

—No hay forma de poder ver para dónde va esto si no es con un diálogo. Es un diálogo, es un concierto de voces. Hasta en los que creen que la conducen, hasta los que creen que definen el Trabajo Social ”

Continuaremos ahora desarrollando posicionamientos sobre otra categoría fundamental para el Trabajo Social, que se destaca por ser aquella que implica un reconocimiento del principal desenvolvimiento de los profesionales: la intervención profesional.

Como fundamento del Trabajo Social “la intervención”, la “ejecución”, o el proceso de trabajo, responde a “qué hacemos”. Si antes intentamos develar algo de lo no consensuado ante el “qué es” el Trabajo Social, veremos que aquí las ideas sobre intervención profesional

⁹⁵ Vale destacar que la Ley Federal de Trabajo Social N° 27072 del año 2014 propone una definición del Trabajo Social: —.entendiéndose como Trabajo Social a la **profesión** basada en la práctica y una **disciplina** académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los **principios** de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las **teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”** (Art. 4°). Definitivamente el texto de una ley representa un consenso posible entre diferentes actores, con distintos posicionamientos e intereses, y por lo tanto no se toma la misma como una definición que se pudiera exigir para el ámbito académico. Se trae la misma – y se agregan destacados en negrita- a los fines de expresar las categorías que dan cuenta de estos debates diversos, y hasta contradictorios, inconclusos e imperantes en el discurso de los trabajadores sociales.

se expresan plural y contradictoriamente. No surgen –en las entrevistas, en las producciones escritas, en los cursos- profundas posiciones en torno a las metodologías vinculadas a la intervención, probablemente por esta amalgama sincrética⁹⁶ sobre el propio Trabajo Social.

Entonces, no aparecen con claridad corrientes o posicionamientos que se evidencian en la práctica y que se mencionan como ideas aceptadas y supuestas: la ejecución de políticas sociales, la organización social de los cuidados, la construcción de situaciones problemáticas, etc. Aparecen, sin embargo, legitimadores de la acción –como veremos, los “derechos”, y un solapamiento con ideas sobre “el campo de lo social”, los aportes “disciplinares”, o la relación que se establece con aquello que se le impone o es esperado por otros.

Existe un primer gran cúmulo de expresiones que pivotean en una noción central para estructurar la intervención profesional: los derechos. En les entrevistades, la efectivización de derechos, o el marco de derechos estructuran las líneas interventivas. Esto es, parece permitir que les profesionales se corran del rol subsidiario⁹⁷, y por lo tanto, no seguir lineamientos de otros, sino de “los derechos”. Veamos algunas citas:

“...trabajo social tiene un montón de puntos en común (con salud), como el pensar nuestra intervención desde la perspectiva de derechos y todo lo que aporta al paradigma de la salud integral”

“Nos pusieron el programa y capaz tratar de ver un tipo de laburo que sea más de acompañamiento, de trabajar para fortalecer derechos y no para una política de control...”

“... pensar en clave de derechos no era algo... no era el piso, digamos... que tenían que tener conocimiento del marco normativo no era algo presente en todas las colegas... esta idea de los derechos humanos como vertebrador de la disciplina...”

“...yo percibo, que es como que el Trabajo Social se tiene que parar desde el lugar del Derecho frente a otros que parecieran no estar enunciados desde (profesionales hablo, eh?)”

“... Pensar la intervención profesional en estas cuestiones... los derechos, la consolidación del paradigma de protección integral...”

La centralidad de los derechos para la intervención profesional manifiesta que existe una gran confianza sobre la contemporaneidad de los derechos de la ciudadanía, y de desarrollar procesos de trabajo que tiendan a “efectivizarlos”. Esto es así, aunque en otros momentos históricos sean expresados como negativos para la vida de les sujetos, y aunque en la actualidad se encuentren vacantes muchos otros.

“Los Servicios Sociales teníamos que denunciar... te venía por normativa. El cumplimiento de la normativa para el proyecto conservador es central. Y estas lo hacían... casi lo reduce a la aplicación de una técnica el control y de ejecución de recursos”

⁹⁶ Sobre la estructura sincrética en Trabajo Social, ver especialmente el Capítulo 6 del libro “Lucha de clases y Trabajo Social” (Oliva, 2015).

⁹⁷ Retomaremos más adelante las implicancias de esta expresión para el Trabajo Social en el ámbito sanitario.

Como vemos, parece que renunciar a construir procesos de trabajo con la mayor autonomía posible, sin erigirse como efectivizador de reglas pre-establecidas, sean estas más o menos democráticas, parece toparse con límites. Esto es, ser subsidiarios al quehacer de la medicina, coloca los procesos de intervención a la merced de las necesidades, concepciones y proyectos de dicho sector. Asimismo, representando una mayor construcción democrática y de consensos, poner al Trabajo Social al servicio de los derechos consagrados resulta en una ampliación de la subsidiariedad antes citada, pero un límite pre-establecido.

Los derechos, en nuestras sociedades, no necesariamente representan una conquista para la vida de las personas⁹⁸ –aunque muchas veces sí lo sean. De hecho, lo hemos visto en los capítulos anteriores con las décadas de reformas sanitarias regresivas –la mayoría de ellas democráticas, por cierto- alrededor del derecho a la salud.

Asimismo, les entrevistades presentan divergentes posiciones alrededor de “¿quiénes son” los portadores de derechos que hacen a las conquistas de procesos de trabajo más ligados a las condiciones de vida de la población.

—... Vos ves la historia del Trabajo Social y eran todas unas luchadoras, y jugaban el colectivo en función de otro: la negritud... laburaban en función de que otros consigan derechos... no estamos tan organizadas. Siempre estamos como viendo más "nuestras condiciones", "nuestra formación", "nuestro ejercicio"... ”

—... nosotras relevamos acá... las situaciones de vulneración de derechos y también las que cada profesional planteaba... lo que tiene que ver con denunciar alguna vulnerabilidad de derechos”.

Existen diferentes posiciones alrededor de ubicar dónde se resquebrajan los derechos de la ciudadanía: si únicamente en las personas que demandan asistencia, o también sobre el ataque a las condiciones institucionales y laborales donde se produce dicha demanda. El derecho a la salud, ¿se erige y se niega sobre “les usuaries”, o también sobre el SES y sus trabajadores?

Existe una pluralidad de posicionamientos alrededor de quiénes son los sujetos de la intervención profesional. Si bien podemos reconocer que existe un consenso alrededor de les usuaries de las políticas socio-sanitarias -en el caso de la salud- como destinataries de forma

⁹⁸ Sobre este debate ya hemos hecho referencia cuando afirmamos la reinstalación de la democracia formal para el año 1983 en la Argentina, mediante los aportes conceptuales de Meiksins Wood (2006). Resulta sumamente necesario reiterarlo aquí, puesto que la exclusiva referencia de la intervención profesional a la noción de derechos cierra las posibilidades de desarrollo profesional a una sola dimensión de las universalidades que contienen nuestros procesos de trabajo: los derechos de la ciudadanía. Asimismo, y nuevamente siguiendo a la autora antes citada, esta noción, en nuestras sociedades, está formalizada únicamente en los planos políticos y judiciales, reproduciendo el poder de clase, y bajo ningún punto de vista representando la voluntad de las mayorías.

Desde esta producción, entonces, entenderemos las perspectivas de intervención centradas en los derechos como limitantes, aunque herramientas que forman parte de la misma, siempre que aporten a la conquista de mejores condiciones de vida para la población con la que trabajamos.

directa, no podremos establecer el mismo consenso a la hora de pensar estrategias indirectas.

Veamos algunos fragmentos:

—Viste que en tuberculosis se trabaja mucho el tema de la derivación, la cercanía al domicilio, estudio de contactos, como que hay que articular bastante con otros efectores. Entonces conocerse... cuáles son los criterios de laburo en uno y otro lugar, te facilita bastante la accesibilidad de la persona... ”

—Se llama “propuestas”... es una propuesta de laburo... por ahí más desde lo colectivo una intervención más copada... tenemos reuniones más de gestión, de ir al Ministerio, de presentar nota... un comunicado... proyecto de ley”

—...tampoco es una cuestión mesiánica... el 80% de la tarea tiene que ver con la institución, que habilite algunos derechos, alguna cuestión. Pero tiene que ver con intervenir sobre la institución... Y la otra parte, pasa que después, la falta de políticas públicas, estamos en un problema”

—... había gente a la que ni siquiera le preocupaba esto de la CUS... la lectura de las grandes determinaciones, olvidate... están muy en lo gestivo”

—...se hablaba de distintas dimensiones de la intervención en la red y entre ellas era la construcción de un proyecto... se lleva a la Legislatura y sale la Ley... fue muy interesante esto: la militancia de un proyecto—

—...con la pauperización del proceso social, ahí empieza a abrirse más la demanda espontánea... Y la respuesta del trabajo social era siempre gestiva, de orientación de recursos... porque lo que hace trabajo social es articular recursos, gestionar recursos—

La intervención profesional aparece, por fuera de la abrumadora mayoría centrada en los derechos de los usuarios, con otras posibles dimensiones para su análisis. Esto es, la dimensión institucional, la conquista de mejores políticas sociales, y/o la gestión de recursos como expresión más reducida —en el sentido de demanda y respuesta- de la intervención.

La idea de lo meramente gestivo para la intervención de los trabajadores sociales aparece como una versión reduccionista de la ejecución de las políticas sociales: es decir, acotando las posibilidades de la acción a los recursos disponibles, el cumplimiento de sus requisitos de acceso, la acreditación de los mismos, y la efectivización de su gestión o derivación del usuario. Aquello representa una gran parte del repertorio de la acción —probablemente hasta adecuada a las demandas-, pero que también puede erigirse como “techo” más que como “piso” de las posibilidades.

Asimismo, registramos otras posiciones. Para algunas, son intrínsecas de la intervención, y para otras “excesiva”, o parte de la “voluntad militante”, o representante de los colectivos que lo desean o son más “participativos”, o más profundamente, que no se corresponden con el quehacer profesional. Pareciera que la incorporación de dimensiones a la definición del quehacer profesional, que exceda la circunscripción a lo técnico, o gestivo como antedicho, comienza a resquebrajar los históricos consensos sobre aquello que el

Trabajo Social debe atender. Justamente, además, las divergencias se expresan cuando se exceden las demandas institucionales o formalmente establecidas como “derechos”, que legitimen la intervención por fuera de lo reglado. Veamos:

—... la dimensión política de la intervención en general, o de la posibilidad de trabajar en lo social, supera el mismo marco... lo intersectorial, lo colectivo con otros actores que aportan otras lecturas y otras miradas. Con las organizaciones”

—...plantear lo social y lo político es algo “no, no, acá venimos a trabajar esto”... lo técnico—

Entonces, si retomamos las posibilidades de acción antes citadas, veremos que aparece la intervención sobre la transformación institucional (se referencian creación de redes de referencia-contrarreferencia, la incorporación de prácticas antes deshabilitadas en las instituciones donde se insertan), o sobre la creación de marcos legales que contemplen la necesidad de los usuarios (se referencian la redacción de proyectos de ley), la incidencia colectiva sobre las estructuras de las políticas sanitarias (una entrevistada referencia el conocimiento de “la CUS” –Cobertura Universal de Salud- como determinante de la intervención).

Cabe destacar que estos debates son posibles en torno a la intervención profesional debido a una categoría que revisaremos más adelante: esto es, la autonomía relativa. Ya hemos establecido que las posibilidades de organizar la propia tarea en los SSH resultan viables, dado que la demanda institucional se centra en ciertos puntos de tensión (la atención de la demanda espontánea, la intervención en pacientes con internaciones prolongadas, o en situaciones de vulnerabilidad de niños, entre pocas otras), pero que permiten cierto espacio para la creación de las propias iniciativas, ante el escenario de vaciamiento y falta de proyecto que activamente fortalezca el ámbito sanitario institucional. Entonces, sumado a las condiciones laborales cuya contratación generalmente es formal y estable –con cargos de planta permanente o de contratación prolongada-, la posibilidad de destinar tiempo y disposición a las intervenciones institucionales, legislativas, y de políticas públicas propiamente dichas, resulta posible.

Se destacan estas iniciativas por ser parte del repertorio que aparece cuando los trabajadores sociales hacen referencia a aquello que hacen, definiendo su propio quehacer. Nuevamente, las dimensiones de la intervención profesional, y los debates en torno a los alcances de la categoría son sincréticos, amalgaman distintas posiciones, y albergan diferentes iniciativas en torno a *lo pueden hacer los trabajadores sociales*.

Dialogar sobre intervención profesional en los ámbitos donde se producen dichos procesos –como lo es el sanitario- requiere reconocer las características socio-históricas, y sus

determinaciones para conocer los principales fundamentos por donde pasan las posibilidades de construir dicho quehacer. Es decir, los trabajadores no expresan grandes formulaciones sobre la intervención de la categoría profesional propiamente dicha, sino lo hacen en torno a su inserción institucional, con los debates que aquello suscita.

—...entonces, ¿cuál es nuestro rol dentro del sistema público de salud?... algo tenemos que dar cuenta de nuestro trabajo, ¿no? las distintas posturas... no da lo mismo nombrar de una manera que nombrar de otra, caracterizar de una manera que caracterizar de otra”

Respecto de nuestro lugar en el SES, existe un supuesto de relevancia para el Trabajo Social, que imprime distintos posicionamientos y diferentes respuestas para los procesos de trabajo. Esto es, la posición subalterna o subsidiaria de la profesión en el resto del equipo de salud.

En el capítulo primero de este documento hemos trabajado largamente que la posición subalterna en el ámbito sanitario no se da únicamente por una posición subjetiva del perfil profesional, sino que se encontraba legitimada en los lugares formales reservados para las visitadoras de higiene en el SES, o en su mismísima formación en la Facultad de Medicina. Esto es: cargos formalizados como de ~~apoyo~~” al equipo médico, la imposibilidad de realizar acciones por fuera de sus mandatos, y la formación dedicada a ejercer tareas que faciliten o fortalezcan los proyectos profesionales de dicho sector.

Sin embargo, las luchas vinculadas a la diversificación de las titulaciones, la conquista de reformas de los planes de estudio y de las sedes de formación, así como la inserción en distintos espacios y reconocimiento laboral en el SES, permitieron que la posición subalterna sea ampliamente cuestionada y repudiada. Aún así, ¿cómo concebimos esa subalternidad y cuáles son los mecanismos para corrernos de dicha posición? Allí veremos que las alternativas son vastas y contradictorias. Veremos distintas formas de expresión de la subalternidad, así como dos grandes vías alternativas: la búsqueda por la ~~profesionalización~~” y ~~jerarquización~~” profesional, por un lado, y la ampliación de la autonomía, por el otro.

Veamos algunas expresiones de la subsidiariedad:

—...A veces siento que esperan de nuestra disciplina cosas que nosotros no tenemos por qué y por ahí nosotros también esperamos cosas de los demás que tampoco van a ocurrir. Y eso genera a veces una situación medio de confrontaciones y disputas. Y me parece que ahí es donde los jefes tienen que plantear ~~—mire, esto es así, nosotros hacemos esto, esto no lo hacemos”.~~

—...Me parece que esta cosa de dejar de ser la asistente del abogado y pasar a ser la asistente del médico, esa concepción disciplinar que había ahí...”

—...Capaz las prácticas se corresponden con modelos de atención médico hegemónico, como prácticas que se repiten. Pero que en la medida que por ahí yo puedo hablar y cuestionar, o decir ~~—mirá, ¿te parece?”~~, ~~—vos me estás diciendo esto, pero mi laburo es este...”~~

Nuevamente aparecen ideas vinculadas a la dificultad “disciplinar”, más centrada en el mundo del conocimiento que en el de la división del trabajo. En ese sentido, la subalternidad expresaría una situación en la cual una rama del conocimiento no puede desplegar su propia producción conceptual, y depende de la producción científica de otros, como ser la medicina. Ahora bien, lo que parece suceder con mayor precisión es que aquella posición no implica un impedimento en su producción científica (probablemente porque aquello no se pone en juego en el SES), sino para el desarrollo de procesos de trabajo, y de la división de las tareas en el mismo.

Las conversaciones que les entrevistados parecen emular tienden a reproducir tensiones entre aquello que se le pide a los trabajadores sociales que *hagan* y la negativa de los mismos a desarrollar ciertas tareas. Una de ellas, se repite a lo largo de las entrevistas, como el ejemplo emblemático de la subalternidad:

—...no vamos a llamar personas que no conocemos. Porque en realidad es una tarea que puede hacer el médico con sus pacientes, así como yo cuando no viene alguien que cité lo puedo llamar”

—...Cada tanto algún colgado viene y te dice "Ay, no me vino este paciente, no sé qué... ¿Vos tenés el teléfono? llámalo". No intervine, no tengo... O sea, secretarias no”

La posición subalterna parece expresar un lugar donde los trabajadores sociales no pueden desarrollar procesos de trabajo que no dependan de los que otros –mayoritariamente médicos- realizan. Esto implicaría tensiones en torno a las actividades poco relevantes que se le asignan a la profesión en dicho proceso (los llamados, por ejemplo), pero también una falta de inserción en las concepciones que caracterizan una situación, y generan líneas de acción posibles (aquí parece insertarse esta idea “disciplinar” pero que podría referenciar capacidad de aportar conocimientos para la construcción diagnóstica, la definición de la problemática, y las líneas de acción a poner en juego en la intervención).

Ahora bien, si nos adentramos en el debate, las formas de corrimiento de esta posición parecen ofrecer alternativas variadas. Ante la constatación de esta realidad, podemos visualizar que existen búsquedas de la “especificidad” disciplinar o profesional, o de satisfacer las necesidades de la medicina desde posiciones menos subalternas, pero sin desestabilizar dicho poder. También encontramos búsquedas de igualar dicho poder mediante el fortalecimiento profesional, sin cuestionar las lógicas que esas hegemonías implican, así como tendencias a construir mayores niveles de autonomía, con diversas expresiones en torno al qué hacer sobre los poderes instituidos.

Veamos inicialmente algunas alternativas:

—... hay una cuestión dentro del sistema de salud, de nuestro lugar subsidiario, o que nos intenta poner en ese lugar, donde va a haber prestaciones médicas que están en la historia clínica electrónica, y es como ¿Cuál es nuestro trabajo? ¿Cuál es nuestra especificidad?...”

—... "y ustedes para qué están?"... me parece que hay algo de eso, de cumplir con las exigencias del sistema de salud en términos de lo que es el modelo médico hegemónico, de lo que el modelo necesita. Y qué nosotros venimos a aportar ahí...”

Aquí subyacen dos ideas fundamentales: la búsqueda de una especificidad, y los aportes a la mantención del status quo de la hegemonía médica. Es decir, la búsqueda de una especificidad que satisfaga las necesidades médicas contemporáneas. Si como hemos dicho en el capítulo anterior, esto es, la “gestión de la barbarie” en el SES: las derivaciones, las altas, la expulsión institucional, las prestaciones de baja calidad, la atención centrada en la urgencia... ¿cuáles son los aportes allí que la profesión pretende satisfacer?

Podríamos acá aventurarnos en respuestas que no han sido ofrecidas en las entrevistas realizadas, por lo que tendrán que ser objeto de futuras investigaciones. Sin embargo, vale preguntarnos: ¿Cuáles son los objetivos de las teorías que orientan la intervención ante la organización de los cuidados? ¿Qué relación tienen con la legitimación de la privatización, comunitarización y familiarización de los mismos? ¿Cuánto se legitima la expulsión institucional al poner en práctica estrategias de intervención de este tipo? ¿Cuánto se centran en las demandas sociales, emanadas de la propia población demandante de políticas socio-sanitarias adecuadas a sus situaciones?⁹⁹

Asimismo, podríamos pensar en la propia lógica de nuestros recortes temáticos de intervención: ¿Cuánto reproducen una lógica centrada en la enfermedad? Aún en dispositivos extra-hospitalarios, donde aparecen las lógicas territoriales como primordiales para la acción: ¿Cuánto podemos orientar la intervención por fuera de la lógica de la medicina, saliendo de la intervención por enfermedad o por la tradicional demanda institucional de “demanda espontánea”, “entrega de insumos”, etc.?

Y, por último, cuando construimos posiciones autónomas, ¿Qué posiciones subyacen respecto de la salud como espacio-socio ocupacional para la intervención? Les trabajadores sociales desarrollamos proyectos que, en el margen de indeterminación institucional, permite

⁹⁹ La organización social de los cuidados es una categoría en crecimiento en los debates del Trabajo Social en el ámbito sanitario. Retoma el bienestar como acciones y políticas que son provistas por una serie de actores: el Estado, las comunidades, las familias y el mercado. En ese sentido, se han producido a lo largo de los años estudios que analizan la distribución de los cuidados que las personas requieren en estas dimensiones de análisis, dando lugar a tipos organizativos de los cuidados y la combinación de estos en las sociedades (familiaristas, mercado-céntricos, públicos, comunitarizados). Dentro de los mismos, se producen análisis donde aparecen explicaciones que podrían ser descriptas como parciales para explicar estos fenómenos, entre ellos, la distribución de tareas por género, o el nivel socio-económico de las familias, pero no parecen adentrarse en vincular los aspectos fenoménicos y microsociales con los aspectos estructurales societales. En este sentido, se afirma las dificultades y cegueras que estos puede acarrear en la intervención profesional. Para adentrarse en este tipo de artículos se puede revisar una vastísima bibliografía, entre ella la de Faur y Pereyra (2018).

poner al servicio de nuestra creatividad, los procesos de trabajo. Allí encontraremos desde clubs de lectura, magia, yoga, poesía, hasta programas de atención de violencia machista, salud ambiental, talleres para adultos mayores, adolescencias, etc. ¿Cuáles son las concepciones sanitarias que desplegamos cuando ejercemos proyectos propios?

—Pero bueno, son prácticas históricas, formaciones distintas desde lo médico, en donde capaz no está bueno que nos rebelemos, que empecemos a pensar la atención desde otra manera. Y más con la gente, que empecemos a reclamar, que reclamemos derechos para que la gente coma, viva, adecuadamente. Que no labure en talleres de costura explotadísimos...

Una entrevistada afirma los desafíos que implicaría pensar en la salud de la población, por fuera de la histórica relación de ciertas enfermedades (como la tuberculosis) con el SES: es decir, mediadas por la lógica de atención de la medicina. Aparecen aquí criterios de atención sanitaria centrados en las condiciones de vida, lo que implica ~~una~~ "rebelión" de los aportes de una profesión formada en las Ciencias Sociales, y posicionada ética y políticamente para la transformación de dichas condiciones. Probablemente estos sean los desafíos profesionales que se centren con mayor peso en el mundo del conocimiento, y desde allí es que nuestras formaciones continuas resultan en un espacio de vital importancia habitar y sobre el que reflexionar en la contemporaneidad.

Por último, antes de adentrarnos en posiciones divergentes en torno a la búsqueda de alternativas a la subsidiaridad, resulta importante desatacar que el adentramiento en los fundamentos sanitarios para una posición distinta a la hegemónica —para quienes expresan esta necesidad, y no la adecuación a un modelo centrado en la posición de la medicina científica para responder a las necesidades de salud de la población— existen interrogantes también sobre la lógica de la organización del trabajo.

Veamos al menos dos:

—...Es una dificultad que yo a veces veo en los ejercicios institucionales... no es claudicar, no es... No, es ver hasta dónde. Porque siempre está en juego cómo te constituís en interlocutor válido. No solamente de la profesión, sino también por los casos, ¿viste?"

—...Y sí lo que también ahí se empezaba a esbozar en los hospitales era esta diferencia entre pensar la inserción en las salas desde la interconsulta o desde la presencia cotidiana, aunque sea desjerarquizada, subalterna... Esta idea de si vos tenés que esperar a que te llamen, porque ofrecés como un servicio especializado... O si tenés que estar ahí, y esta idea del equipo..."

Aquí aparecen dos posiciones: una más centrada en las lógicas de poder, con la idea de ~~interlocución~~ "interlocución válida", y por otro, la relación con otros para la formación de equipos aunque eso implique asumirse en la lógica subalterna. Si bien podrían complementarse, la búsqueda de cada quien implica distintas lógicas de proceso y de resultados. La primera, busca

estratégicamente hacerse de una voz respetada para ganar posiciones y mayor capacidad resolutive. Una colega referenciando décadas atrás de la intervención profesional hacía una vinculación similar a la hora de pensar sus estrategias profesionales:

—...venían las estadísticas, y yo creía que para algo tenían que servir para la gente. Yo soy de las que piensan que la intervención se da en función del diagnóstico... estudié las de los Hospitales, que nadi e las leía ni las miraba. Bueno, yo las analizaba. Y entonces siempre tenía información... ”

En estas lógicas de asumir la posición subalterna, se despliegan directamente acciones que dan cuenta que la categoría en cuestión es asumida como un desafío del ámbito de los procesos de trabajo, insertos en instituciones. Probablemente estas posiciones estén más cercanas a las concepciones de poderes, contrapoderes, lógicas instituidas e instituyentes, que a las lógicas que ligan la subsidiaridad a los conocimientos con los que cada profesión cuenta.

La segunda referencia, da cuenta justamente de esta lógica —no porque la porte quien lo afirma, sino porque registra esa tensión en las estrategias de organización del trabajo—. Entonces aquí los debates se centrarán en la lógica de establecimiento de las modalidades de interconsulta o de inserción en los equipos de trabajo, sin alusión a las lógicas de tensión vinculadas al poder, pero si en torno a la especificidad de la prestación que se realiza.

Profundizaremos sobre dos categorías fundamentales para el Trabajo Social. Primero, la profesionalización y jerarquización, y segundo, la ampliación de la autonomía relativa de los profesionales. Veamos por qué emparentamos ambos debates.

Aquellas concepciones pretenden erigirse como alternativas a la dependencia del colectivo profesional. Desde este objetivo en común, podría parecer que ambas se constituyen como objetivos profesionales deseables y compatibles. Sin embargo, tendremos que precisar sus contenidos para dar cuenta de las posibilidades y límites de cada una.

En primer lugar, la profesionalización da cuenta de una categoría que se emparenta con la jerarquización pero como un “primer paso” de esta, en el sentido de que busca sentar las bases profesionales para una práctica que parece provenir de acciones que no presentan esta característica (podrían ser acciones asistemáticas, voluntarias, sin formación mediante, etc.). Sobre esto, retomando los aportes que Travi (2008) construía cuando delimitaba a la profesión en tanto disciplina: *—...las pioneras del Trabajo Social tendrán un papel protagónico al instalar y defender las diferencias entre el trabajo voluntario y el científico, basado este último en teorías y métodos”* (2008: 4).

Resulta de importancia destacar que las ideas de profesionalización suelen emparentarse con la concepción del Trabajo Social como “disciplina” y por lo tanto ofrecen algunas alternativas para reconstruir las razones por las cuáles a pesar de encontrar la génesis

del Trabajo social en el mundo del conocimiento, el mismo se desarrolla casi exclusivamente en la ejecución institucional –mayoritariamente estatal- de políticas sociales.

Siguiendo lo anterior, la autora que se está revisando entiende que los antecedentes profesionales serían los servicios voluntarios de ayuda (que valga la pena aclarar, continúan existiendo en los Hospitales del SES con objetivos inalterables desde su creación hasta la contemporaneidad), que son sobrepuestos por cuerpos profesionales que provienen del mundo científico, y que reemplazan el proceso voluntario y asistemático por aquel centrado en teorías y métodos. A aquello, se lo denomina, proceso de profesionalización. Veamos una referencia:

—Yo no trabajo para la Municipalidad, trabajo para mí para mi profesión, para la población. Y qué iba a estar ahí, sentada, cobrando un sueldo donde todo tenía que hacer como se dijera el médico. Me daba bronca que la profesión no fuera una profesión, que fuera dependiente... ”

La profesionalización del Trabajo Social en el marco sanitario, para quienes podrían sostener dicha categoría, se encuentra fuertemente atravesada por la necesidad de corrimiento de la subsidiaridad, a la par que la instrumentación en procesos propios para erigirse como interlocutor válido en tanto los conocimientos que porta, y estos vinculados a una construcción disciplinar. Esto se complementa, en segundo lugar, con el de jerarquización profesional cuando se observan los discursos de les entrevistades:

—...tenía que ver con una inquietud por jerarquizar en cierta forma la palabra profesional en un espacio como los hospitales, que todavía seguimos siendo en cierta forma profesión subordinada... era poder decir —esto que está pasando no es mi opinión personal,...lo digo porque pasa en tantos hospitales, con estos números, tantas personas y tantos meses”. Y darle como un peso de más rigor a esa denuncia... ”

—...Y también me parece que jerarquiza la profesión... es como jerarquizar esos instrumentos profesionales de registro, jerarquizar nuestro saber profesional. Que con eso, digamos, ese saber es valioso y puede decir algo sobre la realidad... le hace bien a la profesión, al Estado, a mí en lo personal. Ojalá le haga bien a los usuarios del sistema de salud, que es el objetivo, me parece, último ”

—...Pero era una asociación de nuestra profesión y empezar a ver cómo se trabajaba, cómo se ayudaba a mejorar la profesión, a ser mejor vistas... ”

La jerarquización profesional aparece, en gran medida, vinculada con el mundo del conocimiento más que con el entramado institucional, de poder y de limitaciones en los procesos laborales. Una mayor capacidad formativa, sin duda alguna, podría mejorar las posiciones profesionales. Sin embargo, aquí parece que dicha jerarquización formativa sería reconocida por otros quienes desarrollan relaciones de superioridad profesional por no reconocer una mejor formación en sus interlocutores. En ese sentido, la formación especializada, rigurosa y propia, generaría una posición más reconocida entre el resto de las profesiones, fundamentalmente aquellas que gozan hegemonía discursiva.

Estos debates, a la par, al ser aceptados como tal, asumen una nueva necesidad para el fortalecimiento jerárquico profesional: el de las especialidades como modo de certificación del conocimiento exclusivo que porta quien cuenta con dicha acreditación. Veamos algunos ejemplos:

—...Hay que avanzar con las especialidades... en esta línea de constituirse o de inscribirse como interlocutores válidos. No para un concurso académico. Para los ámbitos propios de laburo. Si yo... veo a los Psiquiatras... Firman ellos y abajo tienen ocho renglones de todo lo que son. Y nosotras vamos nosotras solas... te resuelve a vos también cómo componés tu relación de fuerzas en la institución... ”

—...También está la discusión de la hiperespecialización y la fragmentación. Hay una tensión que resolver”

—...algunas de esas cuestiones necesitás para acreditar. En un mundo que está especializado... ”

Si les entrevistades pudieran dialogar, rápidamente encontrarían razones para comenzar a desarrollar las ideas de jerarquización vía la especialización del conocimiento. Los argumentos son plurales y las respuestas no se encuentran dadas:

—...digamos, una jerarquización muy berreta... esa lógica de lo que es el Modelo Médico Hegemónico baje a lo que es el Trabajo Social”

—...tiene como toda esta cosa de la pelea por las especialidades. Pensar en clave de competencias es pensar en clave de "qué es lo que yo puedo hacer, que lo hago sólo yo, que es mi especialidad"... ”

—...Se habla mucho de la ruta crítica, de los itinerarios terapéuticos, pero acá los pibes que son abusados no los atiende nadie. La especialización no existe donde corresponde... ”

Desarmemos algunos argumentos. Comencemos por la referencia válida que aparece entre la imitación de los procesos de especialización en la psiquiatría y del Trabajo Social ¿Resulta deseable reproducir dichos procesos? La acreditación de especialidades, en las “carreras” por generar curriculums tumultuosos, favorece la competencia entre trabajadores y los recortes de las áreas de intervención (aquí la idea de “competencias” antes citada) donde cada cual pudiera desempeñarse, generando un aumento incesante, en cada área, de espacios de acreditación, generalmente con fines de lucro, o de jerarquización personal para quienes detentan la conducción de las organizaciones que lo propician. Asimismo, dichas especializaciones no suelen surgir —necesariamente— de las necesidades de sistematización de la experiencia que implican ciertos desafíos profesionales, al menos en el SES, y de aquí la referencia que se explicita respecto de que las especialidades no generan respuestas allí donde se producen “vacancias” para la atención de situaciones críticas.

Ahora bien, para disputar la subalternidad profesional hacia la hegemonía constituida alrededor del poder médico, ¿tendremos que poner en juego las mismas estrategias que nos limitan el desarrollo autónomo? En todo caso, esas estrategias, de ser exitosas, ¿suponen que se pretende colocar a la profesión en una nueva hegemonía del Trabajo Social? O, por el

contrario, ¿pretendemos generar procesos de trabajo que no generen esas hegemonías y subalternidades, sino equipos que se relacionen con mayor horizontalidad y democracia entre las personas? Si la respuesta es la segunda alternativa, ¿los debates en torno a la jerarquización y especialización, resultan propicios y adecuados?

Probablemente desde este punto resulte ya evidente responder nuestro propio interrogante páginas atrás: La primera y segunda alternativa a la dependencia del colectivo profesional –profesionalización y jerarquización- se emparentan con debates más centrados en la relación del Trabajo Social con el mundo del conocimiento, y su búsqueda por la independencia mediante la acreditación de competencias propias, especialización y aumento de su hegemonía para con el resto de las profesiones. La tercera alternativa, parece erigirse desde distintos argumentos. Veamos ahora los debates en torno a la construcción de la autonomía relativa en la profesión:

—...yo siento autonomía. O sea, siento las dos cosas: siento autonomía como equipo para decidir qué hacemos y capacidad para decir que no...podemos o que eso no coincide con lo que nosotras queremos... ”

—... los primeros proyectos, se hicieron a escondidas.... era como "este proyecto es abierto", pero circulaba muy bajito, empezó a funcionar por la tarde, que no hay autoridades en el Hospital...ahora es abierto ”

—... Son talleres semanales en la escuela primaria del barrio... más allá de que formalmente se lo puede ubicar en la estadística en un Programa, yo siento total autonomía... modificamos temas, contenidos... ”

—...Y yo fui construyendo mi función (la jefatura) sin perder digamos la autonomía, pero debían ser construcciones conjuntas las que un Servicio, una División, se planteaba... ”

Podemos analizar que la idea de autonomía aparece fundamentalmente vinculada al ejercicio profesional, ya sea para establecer las relaciones con otros, con los propios equipos de trabajo, así como con la planificación de la tarea a desarrollar institucionalmente. En este sentido, la autonomía vendría a dar cuenta de la posibilidad de desarrollar un ejercicio profesional con cierta capacidad individual y colectiva de decisión, alejándose de las posiciones subalternas o dependientes.

Podemos definir la autonomía como aquel proceso del ámbito del ejercicio profesional que conjuga libertad y coacción para la definición de la intervención. Siguiendo esto, con libertad daremos cuenta de una capacidad relativa, en tanto se produce en el marco de tensiones que la limitan, y con estas últimas haremos referencia a procesos internos (ético-políticos propios de los profesionales) – y externos (las condiciones laborales institucionales, las políticas públicas, etc.) (Moleres et al, 2016).

Sin embargo, a pesar del ejercicio siempre presente de autonomía relativa, la misma siempre se encuentra limitada por distintas circunstancias. Para verlas expresadas en las entrevistas realizadas, utilizaremos la clásica reconstrucción de la categoría de Grassi (1989) quien tipifica los límites de la autonomía (definida desde la práctica profesional como la posibilidad de desarrollar procesos de intervención sin control o indicación jerárquica) en estructurales y coyunturales, estos últimos referidos a los propios agentes o a la particularidad de cada institución.

—Siempre hay autonomía relativa, en todos los espacios que transitamos, pero en la Residencia es mucho más acotado, ¿no? En esta cuestión de que estamos siendo constantemente evaluadas... ”

—...Yo siempre digo que salud y educación tienen la ficción de no estar involucradas por la gestión: parece que vos sos autónomo, que vos podés ir y te enfrentás... ”

—...Entonces yo siempre estaba inventando trabajo. Por eso inventé tantas cosas. A mí nadie me pidió nunca nada. No, más bien me decía que no trabajara... ”

—... tuvimos espacios formales de supervisión... ahora eso no está ocurriendo, por lo menos conmigo... si son situaciones que entran dentro de los cauces comunes como se resuelven, no, eso no lo supervisamos. Por ahí la Maternidad tiene otra dinámica, porque hay chicas que tienen por ahí menos años de experiencia... ”

En las anteriores citas podemos dar cuenta de ciertas expresiones limitantes coyunturales: la particularidad del lugar que se ocupa en el equipo de trabajo (–ser residentes” en el equipo de salud), o de las instituciones de cierto tipo de política social, la personalidad o capacidades individuales de los profesionales, así como su trayectoria profesional medida en tiempo de ejercicio, entre otros ejemplos que podríamos evidenciar. Sin embargo, para analizar cabalmente la relatividad de la autonomía que se goza en el ejercicio profesional, nos adentraremos en otro tipo de limitaciones.

En relación a los límites estructurales, afirma los propios de la naturaleza profesional o del ejercicio mayoritariamente femenino del mismo. Siendo que generalmente nos identificamos con el género femenino quienes ejercemos la profesión, Grassi (1989) afirma que aquello implica una adecuación a lo esperado socialmente para las mujeres, ligándolo con la domesticidad. Asimismo, respecto del ejercicio profesional, afirma que limita la intervención profesional la propia naturaleza insoluble de los problemas que se presentan en las instituciones del Estado que implementan políticas sociales. Veamos algunos ejemplos:

—...Yo me peleaba con uno que hacíamos territorio. Yo anoto todo. Y él, para los informes que le pasábamos al Jefe, agarraba mi cuaderno... Lo veo como una regularidad y una división de género ”

—... quédense en el consultorio y den respuesta a estas nuevas personas que vienen con Incluir Salud... lo que era promoción, no suma, va afuera... antes había mayor autonomía...hubo un proceso de organización para que esto no suceda ”

—...Lo que son los ejercicios de los protocolos para el abordaje del tema. Cercenan lo que es la autonomía profesional. Te dicen lo que tenés que hacer y olvidan la clínica. Y olvidan la realidad de mucha gente...”

—...Límites en la política pública, propuestas para la atención a personas en situación de calle que es rechazada...Límites presupuestarios. Sí, límites todo el tiempo”

—...hay lineamientos fuertes respecto de cómo está cambiando la política pública de formación de residentes... readecuar el programa desde una lógica que no la elegís autónomamente. O sea, el enfoque pedagógico ya viene empaquetado”

Aquí se observa con claridad que los límites a la intervención profesional pueden evidenciarse inicialmente desde la posición subalterna en la que el Trabajo Social se ve inmerso, pero que su jerarquización redundante en mejores posiciones para la categoría profesional de forma sectorial, sin poder interceder en los limitantes que estructuralmente cercenan la intervención profesional. Esto es: la identidad genérica femenina profesional en las instituciones —profundamente feminizadas en sus bases y ocupadas por varones en sus puestos jerárquicos—, las reformas regresivas sanitarias, la imposibilidad de ofrecer respuestas a los usuarios vía las políticas públicas, entre otras.

Por último, la autonomía puede ser también evocada a los discursos como una expresión de desidia si no se ve colectivamente canalizada y organizada. Veamos primeramente algunas expresiones:

—...Podemos intercambiar, todos opinar en la supervisión. Chicas, hay que hacer esto. Y creo que a veces los grupos lo necesitan, porque hay veces que ¿Por dónde? ¿Por acá? ¿Por allá?”

—...Esa es una tensión que no se termina de resolver: si nos paramos desde los derechos de los usuarios o si solamente lo miramos como un control de la autonomía del profesional. Es una tensión. Es verdad lo de la autonomía, pero también hay que resguardar el derecho de los asistidos, los sujetos digamos”

—...a "la Institución", si uno pudiera hablar de un sujeto institución, le da lo mismo lo que uno haga o no haga. Ante eso, desde la Jefatura del Servicio no hay una directiva clara de, digamos, "vamos por acá", qué se yo...”

Vemos aquí expresiones de la autonomía como expresión de la desidia, o de hacer libremente, y por lo tanto provocar daños en los sujetos. Es decir, como evidencia de la posibilidad de “hacer” sin control o presión institucional o jerárquica, a la par que imposibilitada de organizarse, justamente por resultar en un hacer sin encuadre o acuerdos colectivos para desarrollar acciones en las posibilidades que se ofrecen. Sobre esto, Thwaites Rey (2004) afirma que los procesos de búsqueda de autonomía se frustran en la medida que los integrantes no encuentran una definición de sus tareas, que carecen de recursos para efectivizarlas, que no se profundizan los debates en torno a las tensiones en la búsqueda por la

horizontalidad, o que obturan la emergencia de los sujetos políticos que pretenden representar o con quienes interlocutan.

Resulta adecuado destacar que desde la mirada que se asume, cuando los trabajadores se encuentran sin marco o sin tareas resulta en un ejercicio de disciplinamiento igualmente de implacable como puede serlo el minucioso control de las tareas. El ejercicio de la autonomía relativa implica, siempre, la posibilidad de elaborar acuerdos –no necesariamente con personal jerárquico- para la mejor organización de la tarea, centrada en objetivos profesionales que los colectivos se propongan.

En síntesis, de lo elaborado hasta aquí, los debates en torno a la autonomía relativa se centran, mayoritariamente en las producciones conceptuales centradas en el quehacer de los sujetos, especialmente de los trabajadores sociales, cuando revisamos la bibliografía del propio colectivo profesional. Probablemente aquello sea compatible con los debates en torno a la profesionalización y jerarquización, pero aquello no redundará en relaciones menos mediadas por el control o las vías jerárquicas, sino que reemplazan ciertas hegemonías por otras, o en principio tienden a ser una estrategia para el corrimiento de la subsidiaridad profesional, al menos en el espacio sanitario. Los debates en torno a la autonomía relativa no se centran, necesariamente en la categoría profesional propiamente dicha, sino en la relación de esta con los procesos de trabajo que realiza, en el contexto de la ejecución de políticas sociales, en los ámbitos estatales, en condiciones laborales determinadas, etc.

Hemos presentado, entonces, algunos fundamentos profesionales que discuten los propios procesos de intervención, desde las diferentes miradas y posicionamientos que se evidenciaron en las entrevistas realizadas. En las mismas, se han expresado distintas maneras de entender y definir la profesión, su quehacer, los lugares que asume en los equipos de salud, y las alternativas para mejorar dichas posiciones. Hemos constatado la pluralidad, y contradictoriedad en las ideas que expresan, no sólo entre distintos actores, sino en los desarrollos personales de cada entrevistada. En este sentido, afirmamos el sincretismo y eclecticismo en los profesionales, así como su inserción en debates colectivos vedados, silenciados, y/o irresueltos.

Ahora bien, nos adentraremos en otro grupo de fundamentos profesionales, que no refieren a la profesión propiamente dicha, sino a las principales categorías conceptuales que sustentan su intervención, y que los trabajadores sociales han necesariamente referenciado al discutir sus propios procesos de trabajo en el SES.

Veremos aquellas categorías que necesariamente obligan a dar cuenta discursivamente de las grandes determinaciones en el quehacer profesional y del espacio socio-sanitario, desde

las miradas de les entrevistades. Esto es, la idea de “Estado”, así como cuando la misma se expresa en clave de su conducción; la idea de “gobierno”. Veamos algunos trazos de los debates y tensiones que estas categorías generan.

b. Estado y gobiernos: categorías esenciales para el Trabajo Social expresadas en el ámbito sanitario

Resulta una obviedad referenciar que uno de los fundamentos del Trabajo Social es la noción de Estado. La misma da cuenta de su fundamental relevancia, en tanto, espacio conflictivo de disputa por la creación y sostenimiento de las políticas sociales, y en estas, la necesidad de la mismísima profesión y la creación de puestos laborales para la misma. Entonces, por ser un ámbito de múltiples implicancias para el Trabajo Social, su categoría resulta fundamental.

Ahora bien, ¿cómo definimos o caracterizamos el Estado? Sin proponerlo, les entrevistades fueron construyendo ideas alrededor del mismo, que dan cuenta de disímiles posiciones para comprender los debates en los que nos insertamos cuando discutimos entre colegas sobre nuestra inserción en “el Estado”.

En principio, cabe destacar que las ideas de Estado, en el colectivo profesional, se encuentran discursivamente en una estrecha relación con las de gobierno, entendido como las diferentes gestiones del Estado. Pareciera que existe cierta maquinaria, o procesamiento de las necesidades sociales que se materializan dentro de las esferas estatales. Sin embargo, las mismas tienden a erigirse con cierto contenido u otro mediante las gestiones estatales.

Vale aclarar, las entrevistas presentan menores o mayores críticas a las gestiones macristas que detentan contemporáneamente las gestiones del Estado de la CABA, y una tendencia hacia polarizar los sentidos en torno a las gestiones kirchneristas en los Estados nacional de los últimos años. Resulta necesario destacar que aquí abreva un fuerte debate para el colectivo, el cual históricamente se vio tensionado por constituir una direccionalidad profesional ligada a los procesos políticos partidarios.

—...Desaparece la posibilidad de un pensamiento crítico. Es como si (ni siquiera el peronismo, digamos) el Kirchnerismo estuviera fuera... digamos, fuera la salida al neoliberalismo... ”

—...La política de salud no fue la parte más ganada de la década ganada. No tuvo tanto desarrollo como por ahí tuvieron otras áreas de gobierno en los gobiernos anteriores... ”

—(las consejerías ...) eso sí tuvo que ver con una bajada, ahí sí yo creo que hay una marca en algunos programas de lo que fue la política del kirchnerismo... ”

—... este gobierno expresa un proyecto social, político y cultural que básicamente, no sé ni siquiera si es neoliberal, porque ya... un proyecto que es básicamente permeado por la desigualdad... ”

El Estado aparece fuertemente tensionado en sus direccionalidades por medio de las gestiones que lo detentan, pudiendo establecerse, en el seno de las interpretaciones, salidas y entradas –más o menos directas- de los Estados de Bienestar o los neoliberalismos. Así, se niega que Estado posea un papel fundamental en el acompañamiento de la organización del mundo productivo, en tanto sustento político-ideológico (López, 2019).

Aún más, esta escisión entre lo político y lo económico parece encontrarse naturalizada en los discursos sobre las nociones del Estado, pudiéndose aceptar, en el plano de lo económico, la creciente pauperización o la inserción en la economía mundial vía los commodities y el avance hacia los recursos del medio ambiente, pero entender el Estado, y particularmente las gestiones del mismo exclusivamente desde su esfera política, operando en las instancias relativas a la ciudadanía –formal y estrechamente comprendida-.

—... el Estado tiene un montón de recursos humanos súper valiosos que tienen un montón de conocimientos que les da la propia práctica... y que el Estado también tiene que aportar a conocer los propios problemas sobre los que tiene que intervenir después”

—...la sociedad está en un proceso de empobrecimiento muy grande. Pero que queda todavía Estado, ¿viste?... la verdad es que si no ocurren esas cosas (la crisis del año 2001) es porque hay movimientos sociales que están conteniendo... Me parece que hay Estado y que hay organización...”

—...tiene que ver con la injerencia de los organismos internacionales, sobre todo del ámbito de salud, con los cambios del Estado, en relación a devaluar los sistemas de protección del viejo Estado de Bienestar...”

En las primeras expresiones aparece un Estado que debiera preocuparse por comprender y crear herramientas para enfrentar aquello que, en principio, no parece ubicarse como la garantía fundamental para el desarrollo de las mismísimas problemáticas que se identifican. Es decir, si existe una enorme pauperización, ¿no es el Estado quien ha sustentado y acompañado dichos movimientos en el ámbito productivo? Destacando la pluralidad de posiciones, se ha incluido también en la última cita una mirada que parece destacar este acompañamiento estatal con las necesidades contemporáneas de los actores internacionales. Allí aparece un Estado que se transforma más allá de las visiones y horizontes de las gestiones gubernamentales.

Sobre esto, veamos algunas explicaciones. Primero, podríamos identificar nociones del Estado que, a los fines de este apartado y su alcance meramente inicial, diremos que se diferencian en dos grandes y contrapuestas ideas. El Estado como ámbito de la integración, y el Estado como ámbito del conflicto.

Nosotros hemos trabajado con las ideas marxistas y particularmente gramscianas del Estado, así como para analizar la historicidad del mismo hemos utilizado la categoría de

–forma de Estado” (Piva y Bonnet, 2010). Todas ellas revisten la noción del Estado como el espacio donde necesariamente se sintetiza el conflicto que deviene de la desigual estructura de clases antagónicas en los capitalismos. Ahora bien, esta misma idea debe ir acompañando la historicidad de los procesos que intenta analizar, y para eso se toman los aportes de Coutinho, quien presenta un análisis respecto de la producción de Gramsci sobre su teoría del Estado. Llamándola la teoría –ampliada”, caracteriza el poder estatal contemporáneo compuesto por aparatos represivos y coercitivos y por los compuestos en el conjunto de la sociedad civil, donde la forma de dominación se basa mayoritariamente en el consenso, en la hegemonía (Coutinho, 2000: 194).

Siguiendo la anterior comprensión –ampliada”, destacaremos que llama tentativamente teoría –restringida” a aquella que interpreta que Marx entiende en el Estado de la primera mitad del siglo XIX, un aparato que resulta en el –comité ejecutivo” de la clase burguesa (destacamos que resulta en una innovación que el Estado represente una clase, en contraposición a las teorías liberales que afirmaban en el estado –neutral” la arena de disputa de intereses individuales que se concretaban en la esfera privada). En aquel aparato, la burguesía encuentra en la coerción un medio básico para ejercer su dominio, que resulta enteramente de clase, o del interés –común” de la burguesía (Coutinho, 1999: 108-109).

Aquella concepción –restringida” encuentra límites en las propias expresiones de Marx, cuando transitando la segunda mitad del siglo XIX, en Europa, se producen profundas transformaciones sociales. La explicación estructural da cuenta de un nuevo escenario donde no se produce el juego –suma cero” que implica la pérdida de la clase trabajadora y la ganancia de la burguesía, o viceversa; sino que aquella situación se complejiza. Sobre esta ampliación estatal, Gramsci afirma:

–Estamos siempre en el terreno de la identificación de Estado y gobierno, identificación que precisamente representa la forma corporativa-económica, o sea, la confusión entre sociedad civil y sociedad política, ya que es preciso hacer constar que en la noción general de Estado entran elementos que deben ser referidos a la sociedad civil (se podría señalar al respecto que Estado = sociedad política + sociedad civil, vale decir, hegemonía revestida de coerción)...” (1980: 158)

Existen muchas interpretaciones en torno a la categoría de Estado en Gramsci, esencialmente por el modo en el que se reconstruye su producción escrita, la cual dio a lugar a disímiles recortes, contradicciones e interpretaciones. Lo esencial, desde nuestro punto de vista, es reconocer que cuando el autor expresa la necesidad de una ampliación de la concepción sobre el Estado, da cuenta de dimensiones complejas que requerimos necesariamente los trabajadores sociales cuando damos cuenta de nuestra inserción en el Estado. Esto es, en políticas sociales que resultan de las luchas de clases, y de parciales conquistas de parte de la clase que vive del trabajo.

Lo anterior expresa algunas posibilidades para desandar los debates que parecen expresarse. Si definimos el Estado como aquel espacio donde todo es coerción, entonces también lo son las políticas sociales conquistadas por la propia clase social, y nuestros procesos de trabajo allí. De la misma manera, negar la coerción en el Estado, su vinculación con la representación de los intereses generales de la clase dominante, y en última instancia presentar la intervención profesional libre de contradicciones –y hasta romantizada en un Estado cuya función pasa a ser revertir las problemáticas que en alguna otra esfera de la realidad se producen- resulta en la idéntica visión restricta que estamos afirmando como insuficiente para analizar la contemporaneidad. Las visiones que complejizan e historizan la realidad de una categoría de tal relevancia, como ser la estatal, resultan de importancia.

Ahora bien, hemos afirmado que en contraposición con las visiones ligadas al Estado como ámbito donde se expresa el conflicto inherente a nuestras sociedades, existen concepciones ligadas al mismo como ámbito de integración. No resulta propicio indagar y desarrollar respecto de la totalidad de teorías y vertientes que abrevan a las concepciones que tienden a reforzar la cohesión social como aspecto inherente de nuestras sociedades (como tampoco lo hemos hecho previamente en relación a las teorías propias de la conflictividad), pero si tomaremos un exponente de dicha posición.

Gianna (2015) afirma la influencia de la racionalidad formal-abstracta en el Trabajo Social, y particularmente de las teorías vinculadas al funcionalismo sistémico. El principal exponente, Parsons, ha sido de enorme relevancia para las ciencias en Estados Unidos, y ha pretendido erigir un sistema abstracto de gran generalidad para explicar la acción social. Respecto del Estado, De Marinis (2009) analiza:

—...ese esquema tetrafuncional de un substrato general de valores (L) especificado en normas (I), que a su vez regulan la dirección política (G), la cual finalmente controla a la economía (A), si es que alguna vez tuvo alguna validez, sólo pudo serlo en ... la experiencia estadobienestarista... los elementos disruptivos que cuestionaban la “base de identidad” de la sociedad... terminarían siendo arrastrados en el torrente del círculo virtuoso de la justicia y la integración” (2009: 67).

Resulta relevante afirmar que en estas teorías la conflictividad son disrupciones a resolver, para retornar a la tendencia “natural” hacia la integración, siendo marcos profundamente influenciados por los Estados de Bienestar, más que por nociones del Estado en general. Si se releen vastísimos escritos del Trabajo Social que se sustentan en estas miradas, más que definir una noción general de Estado, y a partir de allí historizarlo y concretarlo, se ofrecen definiciones acerca de los Estados-Nación, Estados interventores, Estados de Bienestar, Estado Social. Esta es la tendencia que aparece, por ejemplo, en Carballeda (2004), y se explicita la relación teórica, por ejemplo, mediante esta cita:

...En el transcurso de este siglo, con el desarrollo del Estado de Bienestar como resolución a la problemática de la integración y en especial a partir del corpus teórico Parsoniano, revivieron las formas del disciplinamiento, a partir de un fuerte sustento en las Políticas Sociales... (Carballeda, 2004: 175)

Entonces, resulta acá relevante destacar que hemos brevemente trabajado que las perspectivas liberales identifican el Estado con la neutralidad donde la ciudadanía resuelve conflictos de variada índole, y se establecen reglas de juego para la reproducción societal. Por otro lado, las perspectivas marxistas logran expresar, en primera instancia, la representación estatal de la clase dominante, para el aseguramiento de la dominación, y en ese sentido la conflictividad como inherente a la sociedad, y al Estado en general.

Seguidamente, hemos abordado la perspectiva gramsciana que introduce en la dinámica de gestión de la conflictividad inherente a la sociedad, la incorporación de reivindicaciones populares en el Estado, bajo la necesidad de creación y sostenimiento de una hegemonía, que produciría mejores condiciones de vida, a la par que el aseguramiento de la reproducción del capitalismo a escala societal. Por último, hemos incorporado las perspectivas funcionalistas que tienden a analizar las problemáticas emergentes como interrogantes en torno a la integración, y el Estado con la misión de concretar dicha meta. Es decir, la dinámica de conflictividad entre las clases no desencadena el proceso de análisis, sino por el contrario, son las dimensiones superestructurales (valores, normas, y dirección política) las que determinan la vida económica.

Estas diferentes posiciones se expresan en las citas que fuimos seleccionando en las entrevistas. Primero, una tendencia a la ligazón Estado-formas de Estados-Gobiernos. Esto es: aparece, mayoritariamente, la referencia al Estado en tanto su conducción gubernamental, y caracterizando un tipo de Estado (~~neoliberal~~ "bienestarista" ~~social~~). Sobre esta ligazón, y analizando discursos de este tipo, Bonnet afirma:

—...propone una interpretación del recambio entre administraciones que... Sostiene... que el recambio resultante de dichas elecciones acarrearó por sí mismo un cambio en el régimen político e incluso en la forma de estado... que vienen acelerándose de un modo curioso a lo largo de la historia argentina, a juzgar por los 45 años que duró el ~~agroexportador~~, los 25 que duró el de ~~valorización financiera~~, los 12 que habría durado el de ~~los gobiernos kirchneristas~~... y el año de vida del que gozaría el que intentan poner en marcha actualmente los sectores dominantes..." (2016)

Entonces, sostendremos que estas posiciones provienen de la necesidad político-ideológica de generar opacidad alrededor de los estudios vinculados a las teorías generales del Estado, y solaparlos con ideas sobre la gubernamentalidad. Sin duda esta resulta en una temática de vital importancia, pero diferenciable de la primera, especialmente para quienes deberán insertarse en las órbitas estatales, y comprender la dinámica que las políticas sociales van asumiendo en función de la lógica del Estado, de las formas históricas de éste, y finalmente, de las necesidades político-partidarias de las gestiones gubernamentales.

Asimismo, aparecen críticas a la misma, expresando pluralidades en el colectivo profesional (–como si el kirchnerismo fuera la salida al neoliberalismo...”, –son los cambios en las formas del Estado...”). Aquí aparecen ideas diferenciadas, que tienden a revalorizar las ideas generales de las particulares.

En tanto concepciones en torno al Estado propiamente dicho, observamos la tensión existente entre las vinculadas al conflicto y a la integración, expresándose en ideas como –las problemáticas que el Estado debiera querer conocer y resolver” (en tanto voluntad integrativa), o las vinculadas con la contención del conflicto por la presencia y sostén de las organizaciones colectivas, entre otras.

En síntesis, en tanto ideas amalgamadas, como en la diferenciación más sustantiva en torno a dinámica de relación entre los Estados y las sociedades, encontramos en el colectivo profesional, nuevamente, una pluralidad de conceptualizaciones –contradictorias entre sí- en torno a un sustento fundamental para la profesión, signado por la falta de explicitación del debate y las intencionalidades políticas inmersas en la profesión, vinculadas al acompañamiento u oposición de las gestiones gubernamentales.

Ahora bien, ¿cómo nos insertamos en el Estado, comandado por gestiones gubernamentales, en tanto trabajadores sociales? Nombraremos este debate, específicamente por su reiteración en las entrevistas realizadas, y porque hasta aquí, la amalgama de interrogantes en tanto los fundamentos del Trabajo Social, permiten explicar las siguientes dificultades para nombrarnos: Primero, si desarrollamos una disciplina, y no provenimos de la división socio-técnica del trabajo, ¿en calidad de qué nos insertamos en las instituciones? Segundo, si el Estado representa sólo intereses de la clase dominante, ¿en qué nos transformamos los ejecutantes de las políticas sociales? ¿Y si facilita la integración de los excluides, podemos reivindicarnos en otras figuras? ¿Y si la contradicción fuera inherente a ese espacio? Los interrogantes podrían continuar, pero vale verificarlos en los discursos seleccionados:

–...me refería a la trinchera de estar ahí siendo la cara visible del Estado todos los días en las instituciones públicas, intentando cumplir con algunos objetivos profesionales, algunas misiones institucionales, muchas veces sin tener los recursos para poder hacerlo...”

–...porque uno, que se yo, sos el trabajador social que estás ahí, no deja de ser el Estado, sentado ahí en el escritorio, frente a la persona, y estás puesto en un lugar donde se espera que des ciertas respuestas...”

–...Nosotros somos funcionarios públicos, trabajamos en una institución pública, que tenemos determinados derechos y determinadas obligaciones

...no creo que haya una intención de pensar el laburo, al menos en tuberculosis, como un espacio que pueda fortalecerse y generar modificaciones, porque iría en contra de la propia gestión”

—...hay una desconfianza al Estado de este Gobierno, de que todo lo que hacés es para afanar, para sacar provecho, quieren auditar la plata... Pero hay una expertiz también, de gente que labura en el Estado y que sabe cómo se hacen las cosas”

—Ser” el Estado, —su cara”, —funcionarios públicos”, —laburar en el Estado”.

Afirmaciones que dan cuenta de distintas miradas en torno al quehacer profesional del Trabajo Social en el ámbito institucional. En principio, explicitaremos que las concepciones alrededor de saberse *—funcionaries”* o parte constitutiva *—del Estado”* parecen considerar la posibilidad de escindir a los trabajadores sociales de su condición de clase, para encontrarse en estratos no necesariamente explicitados, pero ligados a las clases dominantes, o al menos en tareas de *—conducción”* del Estado. Asimismo, podemos afirmar miradas por fuera de la estructura de clases, y por fuera de las estructuras de dominación en el Estado, por las cuales los trabajadores sociales podrían ser *—agentes”* del Estado encargados, al igual que sus cargos electivos gubernamentales, o los cargos de dirección política, de las mismísimas funciones integrativas, o ineludiblemente de los *funcionaries —del control social”* en las teorías centradas en el conflicto, de forma restricta.

Por último, sin pretender un listado exhaustivo, el ser *—trabajadores”* estatales, parece considerar el quehacer profesional situado en las inherentes contradicciones de establecerse en una relación trabajadores/ Estado-empleador, en el que se producen procesos *—ampliamente considerados—* de alienación, explotación, precarización y se abrirían posibilidades propias de dicha categoría¹⁰⁰, como la organización en tanto trabajadores, y sus luchas por gestionar los propios procesos, ritmos y contenidos de trabajo.

c. La cuestión social como causa de las políticas sociales: relaciones entramadas para la intervención profesional

Siguiendo lo anterior, el Estado expresado en las instituciones sanitarias se concretiza para el Trabajo Social en ámbitos de intervención. En este sentido, aparece una categoría de vital importancia: *—las políticas sociales”*. Asimismo, en la motivación respecto de los movimientos, creación y retracción de estas mismas políticas sociales, aparece como una categoría de análisis la idea de *—cuestión social”*. Veamos sucintamente los debates que estas categorías traen consigo en el ámbito socio-sanitario, empezando por la cuestión social, la

¹⁰⁰ Vale mencionar que no desconocemos el cúmulo de diversas interpretaciones sobre la categoría en cuestión. Estas introductorias notas, se reitera, surgen de la investigación sobre la categoría de proyectos profesionales, la cual ha permitido la identificación y explicitación de los debates profesionales que surgen de los supuestos del Trabajo Social como práctica históricamente situada en el ámbito socio-sanitario. En este sentido, la propia idea de *—trabajo”* en el Estado acarrea múltiples consideraciones, que podrían listarse interminablemente: los trabajadores como *—intelectuales”* en el Estado, la calidad de productividad o improductividad de sus tareas, entre otros.

cual es una categoría con una variedad de definiciones disponibles para su interpretación y análisis.

Desde la posición que se asume, la existencia de la cuestión social es condición necesaria para la existencia del Trabajo Social, aunque definitivamente insuficiente. Sin embargo, la categoría se encuentra presente en todo nuestro discurso, formando parte de la identidad profesional, aunque ésta haya sido definida y tomada para explicar una diversidad de fenómenos. Empezaremos por tomar los aportes de Iamamoto, quien la define como:

—d expresión del proceso de formación y desarrollo de clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad, exigiendo su reconocimiento como clase por parte del empresariado y del Estado. Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de intervención, más allá de la caridad y la represión”
(1992: 80)

Según Netto (2002), la categoría cuestión social surge como producto del pensamiento conservador —no reaccionario— de “las jornadas del 48” en Francia, cuando se asume que existen “problemas” en el orden burgués, y que éstos pueden ser solucionados en el marco de este orden, así como mediante intervenciones despolitizadas, fundamentalmente técnico-manipulativas. En este sentido, cuestión social es una expresión objetivada del pensamiento conservador, la cual “*reduce lo que son problemas estructurales del orden burgués a su expresión despolitizada*” (2002: 14). Asimismo, el pensamiento socialista y comunista de la época coincidía en el diagnóstico de aquellas problemáticas sociales del siglo XIX, aunque sostenían que sólo podían ser solucionadas mediante cambios estructurales políticos que revirtieran el mismo orden.

Las anteriores caracterizaciones de Netto y Iamamoto destacan algunas dimensiones sobre la cuestión social: la apropiación de la ganancia monopolizada por una parte de la sociedad, la intervención política de la clase obrera como tal para denunciar y revertir dicha apropiación, y las intervenciones despolitizadas y conservadoras de parte de orden burgués.

Ahora bien, esta necesidad de entender la cuestión social no sólo como las conflictividades de clase, o las desigualdades, sino conjuntamente expresada a partir de la intervención política de colectivos que puedan expresar y luchar (transformar esos problemas en una “cuestión” para la sociedad) por respuestas a las mismas, no siempre aparece en las caracterizaciones de diversos autores. En principio, siguiendo esta lógica, les entrevistades ofrecen algunas reflexiones para pensar la dinámica de la cuestión social:

—...entonces algunos centros de salud se crean en función de la movilización del barrio y otros tienen más amplitud con la Dirección de Atención Primaria...”

—...hay movimientos sociales que están ofreciendo resistencia, movilizándose...Pero... veo más bronca, apatía... que no se articulan en una respuesta colectiva capaz de exigir y demandar cuestiones”

—... tiene que ver con la pérdida de los procesos organizativos.... los CPI eran jardines comunitarios... fueron cooptadas por el Estado de una manera terrible. Y eso impide otras luchas, otras reivindicaciones”

—... cuando hay como atentados concretos... como pasó hace dos o tres años cuando se quiso modificar los puntos nodales de la Ley, y ahí sí se arma. En ese momento aparecen esos actores... tienen puntos de mayor algidez pero pasa que es una lucha diaria y horaria”

—A mí me parece que en realidad la autorregulación se da por otro lado ahí... no es por la institución. La institución en todo caso podría mantener... son los colectivos que generan otra mirada...”

Aparecen aquí con claridad las vinculaciones existentes entre la conflictividad sociales expresada por sujetos en su agencia política, reclamando por aquello que consideran movilizante (la garantía de atención de la salud mental, de las instituciones de salud en los barrios, el acceso de las personas gestantes a la interrupción de los embarazos, a la escolaridad, a las más esenciales reivindicaciones de acceso al empleo, los alimentos, las viviendas, la infraestructura, etc.). Cabe destacar que, adelantándonos a nuestro propio desarrollo, dichas luchas expresarían la dinámica de concreción de las políticas sociales, dando lugar a avances, retracciones, aumentos, negaciones, tergiversaciones: propias de la dinámica de la lucha de clases.

Veamos una clara diferenciación que aparece en Oliva, respecto de la lógica de concreción de las políticas sociales, diferenciando aquellas que privilegian los resultados de las luchas de clases, y aquellas que la comprenden como resultante de la decisión política, bienintencionada, instruida e unilateral de los gobiernos o funcionarios en las dependencias estatales:

Para que se delinearán estas estrategias, tuvo que darse todo un movimiento de reclamos y luchas populares que instalaron reivindicaciones en forma colectiva y se manifestaron como la “cuestión social” Argentina. Es decir, no fue el producto de las “ideas” de un grupo de iluminados de la elite, lo que produce la intervención del Estado —en lo que respecta a la sanción de leyes obreras y las políticas sociales— sino que, las características que adquiere esa intervención, depende del proceso de luchas sociales... (Oliva, 2015: 36-37)

En esta cita se aborda un nudo fundamental en torno a la concepción sobre la cuestión social: por un lado, comprender fundamentalmente la cuestión social como categoría que da cuenta exclusivamente de la expresión de desigualdades, problemáticas, injusticias, en la dinámica societal, pero enteramente ligada a la posibilidad de los actores de erigirlo como “cuestión” en tanto su vigencia en la vida pública, y así, la conquista de su inserción en la agenda del Estado. Por otro, la negación de la dimensión de luchas sociales implicaría sólo entender que cualquier cuestión, por considerarse “injusta”, “desigual”, “negativa” para cierta parte de la población, aparecería, per se, como parte de la cuestión social en cada momento histórico.

En ese sentido, cualquier actore, incluidos las direcciones del Estado, podrían seleccionar y dar respuestas en materia de políticas sociales por su propio reconocimiento de la problemática. Veamos algunas de estas expresiones, en tanto retoman la unilateralidad de los actores de hacerse de respuestas a la cuestión social, definida con estas restricciones:

—..lo que empieza a salir un tiempo antes del fallo FAL, es la posibilidad (y eso sí tuvo que ver con una bajada, ahí sí yo creo que hay una marca en algunos programas de lo que fue la política del kirchnerismo) de hacer consejerías... ”

—..ganó mucho peso lo que era salud sexual. Y el tema de VIH quedó postergado... hay interés de (la coordinación) de lo que es salud sexual... le gusta mucho ese tema. Y bueno, como que hubo un gran impulso de todas las actividades de salud sexual”

—Yo creo que un poco por lo menos el sueño que tenía yo es que eso (investigación) iba a dar origen a una política pública. Que se creara un servicio, un recurso que hasta ahora no existía. Eso no sucedió”

Vale destacar, esto también se expresa en la dinámica de retracción, cuando la capacidad de incidencia de la cuestión social decae, y se expresa en el achicamiento, precarización o negación de las respuestas esperadas para las políticas socio-sanitarias:

—..en la democracia ya se mantenía bien, con provisiones, la gente era bien atendida... los turnos estaban, funcionaban todos los quirófanos... (y se fue deteriorando)... con las administraciones centrales, y un poco con cómo son tus directores... ”

—..este gobierno considera que el gasto social en salud, en educación, es un gasto. Que las personas mayores cuestan caro al Estado, que los discapacitados son un gasto para el Estado. Entonces, bueno, se reorienta el gasto social... la idea es recortarlo a lo mínimo... ”

La cuestión social es una categoría en disputa para el debate profesional. Desde nuestra posición, y afirmada la necesidad de expresarla como la identificación de la conflictividad social que se origina en las contradicciones inherentes al modo de producción capitalista en nuestras sociedades, resulta necesario destacar que no es la única posición existente.

Al igual que hemos expresado en materia de debate estatal, las teorías que comprenden al conflicto como inherentes a la dinámica societal, se contraponen con aquellas que entienden la integración como el devenir natural de la acción social. En esta posición, por ejemplo, se encuentra la clásica definición de Robert Castel: *—La "cuestión social" es una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura” (1995: 20)*. Carballada (2008) retoma dicha definición, en un texto que además cuenta con el valor de identificar distintas líneas interpretativas de la categoría. Vale decir, las diferencias entre aquellas que se centran en los determinantes sociales (que luego comienza a llamar *—determinismos”* en un corrimiento fundamental entre una idea y otra) y aquellas que nomina *—condicionantes”*. El punto es que lo que se elimina de

la definición tiene que ver con la noción de la conflictividad emanada de los actores sociales, constituidos como actores políticos, y pasa a expresar todo “asunto” que resulte en problemática para las sociedades, más allá de su identificación como tal por actores que puedan llevarlo a la agenda pública.

Al igual que presenta esta característica con muchos otros autores, la cuestión social pasa a ser un cúmulo de “injusticias”, “problemas”, “desigualdades” que expresan los autores de forma omnisciente, con o sin correlato con la forma política que la categoría pretendería expresar. Asimismo, “cuestión social” pasaría a ser sinónimo de los conceptos antes nombrados, y aportaría a nombrar una amplia y heterogénea cantidad de fenómenos, que no necesariamente clarifiquen su vinculación con las respuestas estatales (como origen y fundamento de las políticas sociales), despolitizando dichas categorías, y generando opacidad en el proceso de reconocimiento de las reivindicaciones sociales que despliegan los sectores en lucha en nuestras sociedades.

En esta línea, encontramos en las entrevistas variadas identificaciones de la cuestión social con emergentes “problemáticos”, y a partir de ellos la búsqueda por el reconocimiento estatal vía políticas sociales –puesto que los actores políticos que reivindiquen los mismos se encuentran ausentes del debate-. Veamos algunas referencias:

—..hablábamos con el pediatra, con el médico, armábamos estrategias, tratábamos que se diera cuenta de cómo incidía la cuestión social en esa población, con poco nivel de denuncia de la política pública... ”

—..la problemática de consumo... el nivel de problemática de consumo y embarazo que tenemos ahora en cantidad y en complejidad no lo teníamos cuando yo entré”

—(sobre las internaciones prolongadas) tiene que haber otro tipo de solución... la idea también era interpelar... las políticas públicas, los organismos, en búsqueda de algún tipo de solución más general... ”

Una vez más, valga la redundancia, las teorías funcionalistas, integrativas, las propias de la instalación de la “racionalidad formal-abstracta”, o el “irracionalismo”¹⁰¹ (Gianna, 2015) así como las situadas en las teorías del conflicto, conviven sin grandes explicitaciones de sus diferencias en el debate profesional del Trabajo Social, encontrando una gran cantidad de producciones que las ponen en diálogo sin apelar a sus intrínsecas contradicciones.

El sincretismo, y el eclecticismo, una vez más, permiten amalgamar posiciones que se presentan discursivamente de formas que, en las prácticas profesionales, dan cuenta de distintas intervenciones y formas organizativas¹⁰². Como vemos en las citas, estas tienden a ocultar las praxis de enjambre “individual - liberal” –como puede ser la mera adecuación a la

¹⁰¹ Para un trazado de estas corrientes ideológicas y su impacto en el Trabajo Social, ver Gianna (2015) especialmente el capítulo 1, título 2: “La decadencia ideológica de la burguesía: irracionalismo y racionalidad formal-abstracta”.

¹⁰² Este punto se tratará exclusivamente en el próximo apartado de este capítulo.

búsqueda del reconocimiento de derechos ciudadanos por medio de la democracia formal-, o “electivo - clasistas”, privilegiando las acciones que tienden a reconocer los procesos de lucha hacia y en el Estado como instancia de concreción de la dominación y conducción hegemónica, entre otras.

Sin embargo, en todas las posiciones nombradas parece haber una directa relación entre la emergencia de la cuestión social (en sus diversos fundamentos), y la concreción de las políticas de reconocimiento estatal. Es decir, ya sea por el normal funcionamiento de vías democráticas formales, el reconocimiento jerárquico, o la movilización y organización colectiva, la cuestión social parece dar lugar a la intervención de parte del Estado en la vida social. Esto es, mediante políticas de regulación laboral, infraestructurales, de corte más universalistas, o estrictamente transferenciales-asistenciales, se erige el sistema de políticas sociales como respuestas a la cuestión social.

Asimismo, este sistema de respuestas resulta en los espacios socio-ocupacionales del Trabajo Social, y evidentemente allí ubicamos los SSH en el contexto de las políticas socio-sanitarias. Por lo tanto, estas últimas se evidencian como un fundamento para el Trabajo Social, y la complejidad de sus definiciones, en un nudo de relevancia, que se suma a los anteriores, en el debate profesional.

Retomaremos para discutir las concepciones en torno a las políticas sociales los aportes de Pastorini (en Montaña, 1998)¹⁰³, quien contempla la pluralidad de definiciones existentes para la categoría. Si bien no es nuestra intención dicotomizar los debates profesionales, la autora identifica dos tesis que ofrece a los lectores: la primera, que entiende a dichas políticas como instrumentos de disminución de las desigualdades, cuya principal función es la redistribución de la renta, y la tarea de los trabajadores sociales la administración de esos recursos, generalmente “escasos”, en dependencias del Estado, entendido como garante del “bien común”. Cabe destacar, dentro de esta agrupación de supuestos encontraremos una pluralidad diversa de posiciones, y su puesta en conjunto pretende, en esta producción, presentar diferencias meramente analíticas para facilitar el análisis.

La segunda tesis, enfatiza la unidad de los aspectos político-económicos de las políticas sociales para su definición, y la tarea de los trabajadores sociales en la ejecución de las mismas, conociendo y actuando en las propias contradicciones de las mismas, en sus múltiples vías de funcionalidad política, social y económica.

¹⁰³ Ver capítulo 1, apartado número 3 del libro de Carlos Montaña (1998), elaborado por Alejandra Pastorini: Las políticas sociales y el Servicio Social. ¿Instrumento de reversión o manutención de las desigualdades?

Veamos algunos ejemplos, que dan cuenta de distintas dimensiones de las tesis antes destacadas:

—A nivel internacional hay un cambio de clima, de época, si se quiere, cultural, donde de una serie de gobiernos si se quiere populistas, ahora son gobiernos más de derecha... tiene que ver con un realineamiento de EEUU, de todo... relacionados a los servicios financieros, al agronegocio, a los capitales internacionales, son la base social de este gobierno y expresan un proyecto vinculado a sus intereses y que no tiene interés en redistribuir de otra forma el ingreso de la sociedad”

—...la lógica de la gestión del Estado que tendría que consolidar determinados paradigmas, lo que hace es aniquilarlos...”

—...un poco el pedido era →ayan a buscar a la gente para que venga al hospital”. Nosotros le decimos —bueno, yo voy, pero ¿qué le vamos a ofrecer?”, porque en realidad la tuberculosis tiene que ver con condiciones de vida: de laburo, de vivienda... y si me dice →no tengo para viajar, no tengo para comer... trabajo en talleres de costura” ¿qué le vamos a ofrecer?”

Aparecen aquí ideas vinculadas a la lógica ~~redistributiva~~” de las políticas sociales, y su relación con la figura del Estado vinculada al ~~bien común~~”. Ahora bien, como hemos dicho en el apartado sobre la categoría Estado y gobierno, esta figura se presenta asociada a la gestión gubernamental, y por lo tanto, la negación de las políticas sociales se vincularía con una causa directa de igual signo: la falta de gobiernos en sus facetas benefactoras, como vía de explicación de la retracción de políticas sociales.

Aparecen también otras versiones de las políticas sociales, estipulando la posibilidad del Estado de gestionar las mismas de forma tergiversada a las conquistadas, por lo que necesariamente se asocia a lógicas que privilegian el análisis político inherente a la categoría en cuestión. En una línea similar, el Estado aparece nuevamente como gestor de políticas sociales cuya implementación se transforma en un terreno de disputa, alejado de una versión vinculada al ~~bien común~~”, sino por el contrario, uno cómplice de la pauperización en la que vive la población usuaria de políticas socio-sanitarias.

En la lógica de gestión del Estado, sea este gestionado gubernamentalmente por los populismos o las derechas más conservadoras y/o reaccionarias es innegable que las políticas sociales vienen a responder a las exigencias colectivas paliativamente. Esto es: no aparece la justicia ~~distributiva~~” en las acciones en cuestión, sino las ~~redistributivas~~”, por lo que el Estado garantiza ciertas lógicas de este tipo, mientras lo hace también en el terreno estructural viabilizando la producción socio-económica.

Desde esa mirada, es que si las reivindicaciones sanitarias llegaran a exceder las posibilidades vinculadas a la producción económica imperante, así como las exigencias internacionales hacia la misma, no existen ~~leyes~~”, ~~derechos~~”, ~~gobiernos~~”, o ~~gestiones~~”

que se muestren indiferentes a las dinámicas de retracción de las conquistas logradas. Veremos algunos ejemplos que evidencian la distancia entre la conquista nacional y local de la garantía de derechos para las personas que presentan padecimientos en su salud mental, para mencionar un ejemplo, y la imposibilidad de cabalmente concretar los mismos, desde la sanción de dichas regulaciones, hasta la contemporaneidad:

—...los dispositivos que se deberían haber creado para una política de desmanicomialización no existen. No solamente eso: se hicieron cuestiones contrarias. Se implementaron determinados dispositivos... no eran adecuadas... Saturaron los hospitales, ninguna guardia cumplió el hecho de que tenga camas”

—Entonces hay un desdibujamiento absoluto, porque no existe la voluntad política para eso. Existe la voluntad política para otra cosa. No es que hay indiferencia. No. Hay voluntad para hacer otra cosa”

—...Hay que tomar una decisión que a uno lo acerca a la ley y se mueve en el ámbito de la Ley, pero con una Ley que a la vez no te da herramientas para llevarlo adelante. Es como muy complejo. Y en el medio está, obviamente, la persona, en este padecimiento”

En síntesis, hasta aquí, se presentan nuevamente las tensiones inherentes a la estrecha vinculación que les entrevistades realizan entre Estado – gestión gubernamental – reconocimiento y otorgamiento de respuestas ante la cuestión – políticas sociales. Esa cadena de fundamentos es entendida en una multiplicidad de formas, contradictorias, entre teorías y paradigmas que hemos diferenciado, así como en vías políticas de su concreción –liberales, progresistas, conservadoras, clasistas, etc.-. Asimismo, reiteramos, los debates se encuentran profundamente negados u obturados, presentados como una amalgama de acuerdos y consensos afirmados, pero no conscientemente procesados. Aún más, también reiteramos, las múltiples y contradictorias posiciones se evidencian y expresan en un mismo discurso unipersonal.

d. Les sujetos: una caracterización de quienes demandan nuestra intervención y organización profesional

Por último, reflexionaremos sobre los sujetos de la intervención profesional. Aquí aparecen algunas ideas mediadas para el ámbito sanitario en figuras como –usuarios”, –pacientes”, –familias”, –mujeres”, –niños”, –adultos –mayores”, entre otros. Su sentido, refiere a la relación de estas personas con el SES, en clave de demandantes al mismo, desde distintas perspectivas. Encontraremos debates en torno a las ideas de ciudadanía y derechos, y los atravesamientos en torno al reconocimiento, negación, retracción y/o ampliación de estos mismos derechos encarnados en sujetos. Exploraremos brevemente ideas que atraviesan la intervención profesional con distintos colectivos, expresándose en las categorías de géneros, feminismos, machismos, opresión, entre otras.

Les sujetos en la intervención profesional de los SSH fueron históricamente personas – abordadas individual o familiarmente- generalmente a partir de la mediación de los códigos interpretativos de la medicina: es decir que concurre al hospital debido a alguna legitimación de su demanda en el marco de su salud. Cabe destacar, que allí los trabajadores sociales se insertaron laboralmente reproduciendo esta lógica vinculada a la enfermedad, en salas de internación, programas y hasta estableciendo los límites de demanda en su propio servicio vinculada a la constatación de la configuración de la persona en tanto “paciente” (como en general llama la medicina y gran parte de los equipos de salud a les usuaries).

En ese sentido, en las entrevistas aparece la referencia de la inserción en equipos de trabajo según la inserción en las salas de internación, y generalmente a partir de las temáticas que se trabajan en las mismas, el armado de programas o redes de profesionales vinculadas a las estas (equipos de abordajes paliativos, tuberculosis, abuso sexual infantil, hospitales de día, etc.). En otras ocasiones, la inserción programática deviene de otras trayectorias personales, profesionales, motivacionales o hasta de necesidad de los servicios (reemplazos por jubilaciones, demanda de jerarquía hospitalarias, etc.).

Ahora bien, la relación entre usuaries y profesionales en la intervención profesional se encuentra mediada, a partir de las generalidades que se observan en las entrevistas realizadas, por dos relaciones: primero, la relación del sujeto con los derechos que lo legitiman y avalan para demandar aquello que le aqueja, y segundo, la posición ético-política de los trabajadores sociales ante tales demandas. Veamos esto con mayor profundidad.

La relación del sujeto con los derechos que lo legitiman se vincula con la referencia hecha anteriormente. Esto es, la relación de subsidiaridad que presentan los trabajadores sociales con los derechos garantizados internacional o nacionalmente, encontrando allí sustentos para su acción –pero en ocasiones, también límites, y de allí lo problemático de la relación de dependencia en torno a la llamada “perspectiva de derechos”. En ese sentido encontramos

—...estoy participando en el espacio de Diversidad Sexual. O sea, se está generando, por iniciativa de las autoridades, un espacio para la atención en el marco de la Ley de Identidad de Género, asegurar el acceso a la salud de la población Trans...”

—...desde la salud integral hay veces que podemos llegar a fundamentar toda intervención, y hay veces que se nos escapa...uno quiere resolver la problemática habitacional de las personas, las personas a veces no cumplen los requisitos de lo que hay...”

—...cuando hay situaciones en que se están vulnerando derechos y es un niño o niña que está internado, poder escribirlo, poder elevar al Director”

En la relación trabajadores sociales – derechos de las personas, se pueden encontrar límites cuando los mismísimos derechos son regresivos y/o inexistentes (en principio, si no existe una enorme movilización alrededor de aquella situación a resolver). Allí, desde la perspectiva de derechos, se sustentan prácticas del tipo “no se atiende determinada problemática por no contar con atención de otro tipo en el hospital, y por lo tanto no ser entendido como usuaria”, “no contar con requisitos para acceder a un informe social”, “en este hospital no se atiende personas sin DNI lamentablemente”, entre otras, siempre que terminen sustentadas en alguna comunicación establecida en clave de derechos –o negación de los mismos-.

En ese sentido, resulta relevante destacar que cuando los trabajadores sociales se interpelan en relación a la atención de los sujetos, muchas veces lo hacen en clave del reconocimiento institucional de los derechos negados. Esto podría parecer estratégico, pero también un sustento del orden “liberal” de la perspectiva de derechos. Desde esta mirada, los derechos “igualan” a las personas en aquel espacio donde fueron discriminadas: el Estado, y su reparación debe realizarla el mismo actor para saldar la conflictividad que se emana de la negación de un derecho. Asimismo, la sustentación, o la existencia del mismo sin correlato material para su ejercicio, no genera prácticas críticas hacia el mismo sistema de reconocimiento de derechos, sino que se presentan como “fallas” o “problemáticas a comunicar”.

Sin embargo, en otras posiciones, las vacancias o dificultades para garantizar la atención de usuarias, también generan proyectos organizativos, entendiendo que la inexistencia o falta de efectivización de un derecho, forma parte de las dinámicas propias de las instituciones estatales.

“Para mí el tema del movimiento de la diversidad, todo lo que generó la movida de las organizaciones, impactó en el Programa”

“... en el Hospital eternamente hubo grupos objetores de todo, y violentos hacia las mujeres. Especialmente la sala de Obstetricia... aparece una situación acá... a solicitar una interrupción del embarazo. Y ahí se la ponen muy al hombro... desde el Servicio Social... Entonces de una manera muy casera y paralela se produce este primer aborto no punible en el hospital, cuando en realidad todavía todo el resto estaba haciendo consejerías...”

Veremos que estas posiciones disímiles, en torno a la relación mediada usuarias y trabajadores sociales vía la legitimación del derecho o por la conquista colectiva de los espacios de atención que habitamos como profesionales, se expresa con fuerza en un debate fuertemente presente en el Trabajo Social. La atención de mujeres resulta histórica para el

Trabajo Social, pero en los SSH del SES, la atención atravesada por las posiciones ético-políticas feministas, resulta en un discurso con mayor hegemonía en la contemporaneidad:

—...los estereotipos de género que nos atraviesan todo el tiempo, la posibilidad del sistema de salud de decidir sobre el cuerpo de las mujeres. Eso está todo el tiempo, y me parece que como profesionales de la salud nos atraviesa todo el tiempo”

—...el feminismo hoy en día está en el centro de la escena... digamos no solamente la cuestión de nuestro ejercicio profesional, en el caso también de una militancia feminista, sino también tener como conocimiento de algunos debates... cómo se da eso entre las organizaciones y el ámbito de la Academia”

—...nosotras cuestionamos mucho la objeción de conciencia de los médicos. Pero tenemos objeción de conciencia dentro de las compañeras... yo lo que veo es que quizás no sé si aparece tan fuerte como en otro momento histórico esta cuestión de lo religioso como marcando nuestras prácticas... compañeras que dicen "yo en este tema no me meto". Y hay gente que, por eso hay grupos de católicas por el derecho a decidir... divide su cuestión religiosa”

Ahora bien: los discursos integrativos del Estado, su solapamiento con las características atribuidas a los gobiernos, la intervención profesional centrada en “las perspectivas de derechos” vía las políticas sociales correctivas de las desigualdades existentes a través de la redistribución, parece lanzarse a la misma conquista de reivindicaciones feministas que con las versiones contradictorias que hemos destacado previamente. Esto es: las conquistas de reivindicaciones feministas, que pudieran lograr su transformación e incorporación en las políticas sociales por las organizaciones colectivas, en lucha con, en y hacia un Estado que garantiza la reproducción vía la hegemonía y la dominación, parecen sortear las diferencias y homogeneizarse en los mismos fundamentos y sustentos: los feminismos y las luchas contra la opresión machista – patriarcal.

—Una es la de atravesados por el femicidio, que es casi un deber moral. Nuestra mayor apuesta es prestar colaboración para que se institucionalice: darle un Estatuto, inscripción en el IGJ, dar un salto organizacional...Y la otra es La Rosa Naranja.... avanzamos con ellas en un montón de proyectos. haciendo la transferencia técnica, de qué es un proyecto, cómo se piensa ”

—...es un proceso muy interesante que desde el primer día que uno puede pensar en las consejerías y demás... es este destrabar que no estoy haciendo nada malo. Porque... si esto está marcado como algo malo, como algo ilegal, en realidad yo no lo puedo hacer”

—...si hay un campo ganado por el movimiento feminista, por el movimiento de mujeres y por todas esas instancias que le dieron una militancia al tema, es sacar, correr muchos velos ideológicos, políticos...”

Entonces, si bien parece que todes reconocemos la centralidad de los feminismos en los atravesamientos profesionales contemporáneos, no todes parecemos expresar los mismos sustentos, fundamentos y alcances de los mismos. A modo de apretada síntesis, podríamos diferenciar corrientes feministas con pertenencias y horizontes diferentes o contrapuestos, que de alguna manera tienden a reproducir, nuevamente, las obturaciones existentes para el debate

profesional, y para problematizar las prácticas a partir de los mismos. Esto es, podríamos afirmar que los feminismos titulados de forma general, se expresan posiblemente en sus versiones liberales, institucionales, radicales, de izquierdas, populares, latinoamericanistas, etc. (Varela, 2019).

Es así como la enorme referencia a la adecuación a la idea de “derechos”: su reconocimiento, vulneraciones, y la orientación de las prácticas profesionales a dicho marco legislativo –largamente citada en este apartado a partir de las entrevistas-, podría ser vinculado mayoritariamente a los feminismos liberales. Estos entienden las vulneraciones hacia las mujeres en tanto expresiones de la desigualdad, y los derechos como búsqueda de igualdad entre los sexos. Asimismo, los feminismos institucionalistas, tienden a afirmar la posibilidad de existencia de un “feminismo de Estado”, de los pactos interclasistas, de la creación de carteras institucionales representantes del feminismo y de las mujeres, entre otras iniciativas que se sintetizan en su inserción “dentro del sistema” (Varela, 2019).

Estas últimas referencias institucionalistas son de enorme relevancia para el colectivo de trabajadoras sociales¹⁰⁴ expresado en las entrevistas realizadas, ubicando los logros y reivindicaciones feministas en tanto posibilidades de ser reconocidas en el interior de las instituciones (de hecho se citó previamente la alusión al apoyo a la “institucionalización” de las organizaciones), o a partir de su reconocimiento en derechos adquiridos (como ser, la citada creación de programas a partir de la necesaria “adecuación” a las leyes).

Si bien las alusiones aparecen en menor cantidad, los feminismos radicales y de izquierda –que entienden las situaciones que vivencian las mujeres en nuestras sociedades centradas en las categorías de opresión y explotación (en contraposición con las anteriores versiones centradas en la desigualdad o la falta de políticas en el Estado o de ciertas dependencias o poderes estatales) (Varela, 2019) muestran su enjambre en algunas de las expresiones antes citadas. Esto es: alusiones a las reivindicaciones sociales, políticas e ideológicas (“corridos de velos”, crítica religiosa) logradas por los feminismos y su relación con las conquistas vía la organización colectiva.

En síntesis, nuevamente analizamos la reunión de distintas corrientes de pensamiento –y por lo tanto- de acción, en el colectivo de trabajadores sociales, que mantienen debates, aún en la posibilidad de encontrar acuerdos y alianzas progresivas, fuera de la crítica más

¹⁰⁴ Vale aclarar el alcance a nivel nacional de dicha corriente del feminismo, que si bien no fue abordada en la reconstrucción histórica previa, por establecer un corte previo a las elecciones presidenciales del año 2020, el kirchnerismo ha asumido esta forma política mediante retóricas feministas para la gestión gubernamental (“volvimos para ser mujeres”), por la creación de un Ministerio de la Mujer, y dependencias menores con el mismo sentido, hasta por el reconocimiento de históricas reivindicaciones feministas, como el derecho al aborto, erigido por las estructuras gubernamentales como iniciativa de este tipo.

develada y productiva para la formación, intervención y organización en la profesión en el ámbito socio-sanitario.

–Paul Preciado habla de la muerte de la clínica... empieza a profundizar la crítica al primer feminismo... Y se ubica el desarrollo de lo que son las pioneras con este feminismo. Entonces, me parece que hay otros debates que fueron obturados”

Aún más, el sincretismo y el eclecticismo en la profesión no es sólo producto del histórico devenir de la profesión en sus acciones y fundamentos, sino también la acción y los resultados de la acción de los intereses que sustentan la obturación, el ocultamiento y la devaluación del pensamiento crítico en el colectivo profesional.

Podríamos encontrar las problemáticas de este tipo emergiendo de los múltiples espacios formativos que habitamos (de grado, posgrado, en servicio, y en la capacitación profesional en nuestros lugares de trabajo), y realizar una crítica alrededor de estos procesos. Sin embargo, nuestro objetivo consiste en articular estas complejas, plurales, contradictorias y diversas posiciones con aquello que sustentan y desde donde son sustentadas. Esto es: la acción como sujetos capaces de crear nuevas posibilidades y horizontes. En esta investigación, la analizaremos en la intervención y organización profesional, como par que compone los proyectos profesionales.

II. Las formas en la acción de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario: intervención y organización para una praxis profesional

En esta investigación trabajamos con la categoría de proyectos profesionales, la cual nos ha permitido analizar cómo trascienden los trabajadores sociales las determinaciones históricas sanitarias en la contemporaneidad. Dicha constatación, la hemos ubicado en un análisis mayor, que es el de la dimensión política del ejercicio profesional. Esto es, afirmamos que la capacidad de crear alternativas para la acción afirma la capacidad política de los sujetos, y establecimos dichas creaciones en el plano de los contenidos –los supuestos antes desarrollados- y las formas –la praxis en la intervención y organizativa-.

Ya hemos afirmado que las formas en las que organizamos nuestra acción presentan un correlato con las determinaciones históricas que se presentan como “repertorio disponible” en el ámbito societal, pero también presentan una estrecha relación con las ideas y supuestos que estas acciones pretenden concretar. Por lo tanto, determinaciones históricas, formas y contenidos muestran una infinidad de expresiones de los proyectos profesionales, que sólo pueden identificarse de forma provisoria, y nunca estable e invariable.

Destacaremos que las relaciones provisorias entre ciertas determinaciones históricas, los supuestos desde dónde se piensan y las formas que se accionan para intervenir sobre dicha realidad, se construyen a partir de los sistemas de alianzas¹⁰⁵, y de ahí su permanente cambio, rupturas y ciertas continuidades.

Entonces, trabajaremos en dos momentos este apartado. Primero, retomaremos las formas organizativas en el ámbito sanitario vinculadas a la categoría profesional propiamente dicha, en instituciones formalmente destinadas a tal fin. Segundo, analizaremos las formas creadas colectivamente para la organización e intervención profesional, siempre que estas últimas se presenten como una trascendencia de las demandas institucionales exigidas a los trabajadores sociales para cumplimentar con su tarea. En este camino, nos adentraremos en algunas categorías para el análisis de la praxis política, que nos permitirán establecer vías reflexivas por fuera de la especificidad de cada institución, dispositivo, grupo o red.

Finalmente, en el último título de este capítulo, estableceremos relaciones entre el primer y segundo apartado, elaborando algunas aproximaciones a los sistemas de alianzas antedichos, no a modo de establecer “tipos ideales”, pero sí para expresar la potencialidad analítica de la categoría de proyectos profesionales.

a. La organización sectorial institucionalizada

Las entrevistas realizadas nos han permitido establecer que para los trabajadores sociales existen una serie de instituciones, en el ámbito sanitario, cuya misión formalmente establecida es la de velar por las condiciones de trabajo y de ejercicio profesional¹⁰⁶. Estas son: el Consejo Profesional de Trabajo Social de la CABA –CPTS-, la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCBA –APSS-, y la relación de ambas con instancias estructuralmente mayores (la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social, o la Federación de Profesionales del GCBA). Asimismo, podríamos sumar que las entrevistadas dan cuenta de tendencias y transformaciones que se producen en el ámbito de la gestión universitaria, dando cuenta de la institucionalidad que ese ámbito representa para les

¹⁰⁵ En Gramsci el “sistema de alianzas” refiere al esfuerzo colectivo por conquistar la dirección hegemónica, la cual sólo se logra evitando “corporativismos” e incorporando las reales relaciones de fuerzas existentes. El autor refiere a este proceso en los desafíos de la clase trabajadora por incorporar al sistema de alianzas a las masas campesinas para movilizarse contra el Estado capitalista. Considera que, en la realidad italiana la clase obrera no podría excluir de sus alianzas a la totalidad de la población trabajadora si quisiera perseguir el éxito de sus metas revolucionarias (Gramsci, 2013: 192-199). Tomaremos entonces esta categoría para dar cuenta de que las grupalidades expresadas en los proyectos profesionales se expresan en sistemas de alianzas, que no son estables, permanentes, ni reúnen intereses idénticos y consensuados, sino posibilidades coyunturales de lograr objetivos en común.

¹⁰⁶ Esta tipificación de sus misiones surge de las entrevistas a referentes institucionales contemporáneos, y su desarrollo histórico precedente en los anteriores capítulos expresan las mismas acciones. Esto es: matriculación, leyes de ejercicio profesional y su regulación, por un lado para el CTS, y luchas por dotación, estructuras de servicios, incorporación de trabajadores sociales a distintas áreas de inserción en salud, igualación a las reivindicaciones de profesiones médicas, por el lado de la organización sindical, así como sus múltiples intersecciones.

trabajadores sociales, al menos en su formación inicial de grado. Las referencias han sido, incesantemente respecto de la Dirección de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Decimos instituciones formalmente establecidas porque cuentan con estatutos para su creación y desarrollo, inscripciones y requisitos legales para su funcionamiento, y porque sus autoridades son elegidas por la vía electoral, lo cual requiere la existencia de agrupaciones y colectivos que se organicen para tal fin.

De los capítulos destinados a la reconstrucción de las determinaciones históricas, recuperamos que la APSS es creada en el año 1984 y el CPTS en el año 1986. Ambas responden al contexto histórico de retorno a las democracias formales en la Argentina, y por lo tanto la estrategia institucional fuertemente habilitada y potenciada. Asimismo, fueron creadas a los fines de disputar los marcos legales que regulen el ejercicio profesional, por lo que su institucionalidad deviene de las necesidades de interlocución requeridas¹⁰⁷. Esto es: la intermediación en la sanción de la ley de ejercicio profesional (N° 23.377) y la ordenanza vinculada a la creación de la carrera de profesionales de la salud, y la inclusión de los profesionales trabajadores sociales en la misma (N° 41.455).

En el mismo sentido, en el ámbito sanitario encontramos otras organizaciones formalmente establecidas: las asociaciones de profesionales por hospital, otras experiencias sindicales que trascienden los límites de la organización por rama profesional, así como los sub-comités de residentes, que si bien no han sido reconstruidos en su trayectoria histórica, si afirmamos la existencia de procesos¹⁰⁸ que emparentan los debates de estas instituciones con el resto de las nombradas, y se incluyen en las reflexiones y citas a continuación.

Asimismo, la carrera de Trabajo Social cuenta con una reforma del plan de estudios en el mismo contexto histórico que estamos señalando (1987) y las sucesivas elecciones de Direcciones de Carrera fueron disputadas por agrupaciones reconocidas por su enjambre en la política en general (tendencias de izquierda, peronistas, radicales, etc.).

¹⁰⁷ Se recupera aquí que las instituciones no mostraban su capacidad reivindicativa para el colectivo profesional como un «todo» unificado, sino que, entre ellas se disputaban, desde la APSS, una defensa más sectorial de la representatividad de las visitadoras de higiene en el ámbito público sanitario, y desde el CPTS las titulaciones que quedaban excluidas de este espacio socio-ocupacional.

¹⁰⁸ Las Asociaciones de profesionales por hospitales refieren a organizaciones institucionalizadas a partir de sus inscripciones legales, y que representan a los trabajadores de un mismo hospital (a diferencia de la trayectoria sindical en salud, que reúnen a los trabajadores dentro de la Carrera Profesional de Salud, justamente, por profesión). Asimismo, los sub-comités funcionan también con una lógica local, y reúnen a todos los residentes de una misma institución hospitalaria –y su área programática-. Su legalidad está inscripta en la Ordenanza 40997/85 (Art. 20), que crea y regula la actividad de capacitación en servicio de las residencias y concurrencias de la CABA. Tanto la creación de estas instancias, como la institucionalización de las asociaciones de profesionales datan de la segunda mitad de la década del ochenta, igual que las institucionalizaciones destacadas para el CPTS y la APSS.

Entonces, todas las instituciones antes reseñadas pudieron establecer metas y mecanismos para acercarse a las mismas, a partir de las reivindicaciones colectivas que hicieron posible su existencia. Es en estos momentos en los que aparecen fuertemente en los relatos de las entrevistas la existencia de las mismas, su capacidad de disputa y de dirigir las reivindicaciones sectoriales. Llamaremos a este proceso de **–institucionalización**” de las organizaciones del colectivo profesional sanitario. En el contexto de su surgimiento, su instalación en tanto formalización de sus estatutos, vías de elección y renovación, parecen además representar una instancia de **–democratización**” de las reivindicaciones mencionadas, no sólo por buscar aquello sentido por el colectivo representado, sino también por ser mandado directamente para hacerlo, viéndose fuertemente legitimadas las acciones¹⁰⁹.

—...estábamos militando por la profesión... así se armó la primera lista del Consejo. No, nada, ni peronista, ni radical, ni, porque unos eran re zurdos, otros eran re peronistas, no, en ese momento eso no...”

—...era una asociación de nuestra profesión y empezar a ver cómo se trabajaba, cómo se ayudaba a mejorar la profesión, a ser mejor vistas”

—...arman las asociaciones... porque estaba en la democracia, y había cosas por las que luchar”

—...la Carrera se funda cuando yo empiezo la Facultad... cambia el plan de estudios... del '87... tenemos delegado rectoral... hubo unas tomas, nos quedamos a dormir... el Centro de Estudiantes y empezaban talleres...”

Ahora bien, si estas organizaciones se encontraban en los años ochenta en estas dinámicas, resulta necesario destacar que no aparecen en los relatos para los años noventa y mucho menos en los primeros años del nuevo siglo. La siguiente cita se destaca por expresar cabalmente la ausencia luego de los años de instalación de las reivindicaciones **–de origen**” de las anteriores instituciones:

—...Con ausencia en estos espacios...el Consejo ni siquiera aparecía acá. El gremio (APSS) era algo que estaba pero porque consolidó nuestro ingreso a la Carrera Profesional. Y después no por mucho más”

Durante estos años, destacamos que las organizaciones colectivas institucionalizadas de la profesión atraviesan un camino de **–burocratización**” de sus procesos, en tanto sentido inverso de la democratización real: se muestran impotentes ante las reivindicaciones más sentidas del colectivo que representan, y no elaboran instancias para fortalecer sus

¹⁰⁹ Como ya hemos trabajado a partir de los aportes de Meiksins Wood (2006), aquí **–institucionalización**” refiere a las instancias de democracia **–formal**”, es decir, de instalación de estructuras democráticas conforme al constitucionalismo, las leyes, las normas y las reglas de los Estados de Derecho. Sin embargo, **–democratización**” refiere a un proceso donde el poder formal institucionalizado se nutre del poder **–popular**”, en tanto este gobierna las decisiones, y por lo tanto se expresa en una democracia **–sustantiva**”.

capacidades. Por el contrario, obstaculizan iniciativas a partir de su tamización por criterios normativos, que impiden el ejercicio democrático sustantivo en estas instituciones¹¹⁰.

Esto generalmente redundaba en una pérdida de sentido institucional, a la par que no se produce un abandono de sus estructuras, sino por el contrario, la **“cooptación”** de sus conducciones. Implica la negación de las necesidades exigidas a sus conducciones mediante mecanismos que impiden si quiera su enunciación o su demanda concreta. Asimismo la permanencia de conducciones burocráticas y cooptadas que obturan la democratización vía el recambio electoral –por falta de interés sobre instituciones en descrédito, y por la misma burocratización del acceso institucional-. Por último, implica también la alianza institucional con actores opuestos a los intereses de las mayorías, produciéndose acciones contrarias a las esperadas en el momento de la creación de estas organizaciones¹¹¹.

—...empezaban a ver tensiones en la comprensión del colectivo... En las formas, en algunos diálogos. Nosotros éramos la Secretaría de Recientes Matriculados. Perdíamos todas las discusiones en todo... "No arancelen". Arancelaban. "Abramos una convocatoria...". No. No ganábamos ninguna... "

—Me parece que básicamente burocráticas, extremadamente burocráticas. Muy céntricas, disociar el trabajo social de la práctica de lo que puede ser el trabajo social en un gremio...la consecuencia de cómo son leídos los distintos espacios”

—...El tribunal de honor del gremio me parece que es un claro ejemplo de cómo son espacios que no fueron tomados por los afiliados...en el sentido de cuestionados, disputados.

...pudo tener momentos de querer salir de cuestiones más burocráticas pero tendió de vuelta a volver a esto. Sobre todo una gran falencia fue que ocupen cargos jefas y jefes de Servicios, básicamente”

—Se deja el Trabajo Social en otro lado. Se tomó el cargo por el cargo y creo que esa es una diferencia sustancial, por eso es una concepción ideológica, si se quiere”

—La dificultad que tienen es que no llegan a colectivizarse. Pero me parece que forman parte de quienes pueden tener la posibilidad de estar en ese lugar pero es muy difícil lograr que esto llegue a quien está atendiendo en un CESAC... ”

Finalmente, luego de años de continuidades en las gestiones que se encontraban vacantes de los discursos de los trabajadores sociales, evidenciamos una cierta

¹¹⁰ Dice Adrian Piva: —...burocratización...equivale a una forma de captura de la presión popular igualitaria en mecanismos rutinizados y sujetos a normas objetivas e impersonales. Por esta vía, entonces, las “demandas democráticas” son traducidas en mecanismos burocrático – autoritarios. Sustraídas de los procesos deliberativos de formación de una voluntad popular y, ante todo, de los procesos de lucha social, las “demandas democráticas” son transformadas en objeto de criterios técnico – normativos y, por lo tanto, previsible y en productos cuantitativos o cuantificables y, por lo tanto, calculables” (2012: 38). Como se ve, la burocratización de las organizaciones colectivas no es directamente contradictoria con la democracia, sino que puede ser parte de los mecanismos de respuesta de la democracia que hemos llamado “formal”. Por el contrario, si se expresa de forma contraria con las demandas de democracia real, sustantiva, como hemos referenciado previamente. Es por esto que las organizaciones colectivas del colectivo profesional pueden cumplimentar todas las normas estatutarias, sus misiones formales, y responder a las demandas institucionales, y aún así presentarse como profundamente antidemocráticas para tomar las demandas genuinas del mismo colectivo al que representan.

¹¹¹ Gramsci llama a este proceso “transformismo”, en referencia a la elaboración de una clase dirigente cada vez más amplia dentro de marcos pre-fijados, con absorción gradual de los elementos activos salidos de los grupos aliados, y hasta de los grupos adversarios. Esto último implica además que la “dirección” asuma funciones de la “dominación”, en tanto la absorción de aquellos elementos implica su “decapitación y aniquilación” por un largo período de tiempo (Gramsci, A; 2013: 485-488).

–recuperación” (en tanto revitalización de los procesos de democratización) de las instituciones antedichas. Para historizar ese proceso, traeremos lo desarrollado en referencia a las luchas colectivas que caracterizaron la llamada –crisis del 2001” en Argentina, y el ejercicio de democracia directa, asambleas territoriales y acción en las calles. Como veremos más adelante, esto tendrá su correlato en las organizaciones –informales” que iremos presentando a continuación, y que podríamos contextualizar en estos años.

—...desburocratizar al menos los órganos principales de la Asociación... buscar la forma de romper con esas cuestiones a través de la socialización de información.... darle una impronta distinta a cada secretaría, formar grupos de trabajo, ocupándose de cuestiones puntuales...”

—...El salir a los efectores... estar disponible, generar accesibilidad básicamente porque entendemos que esta es una decisión que tomamos quienes estamos acá. De poner el gremio a absoluta disposición...”

—...es la diferencia de generar espacios que no sean por el mero hecho de ser atrayentes, sino que respondan a lo que está sucediendo. Que aporten a pensar nuestras condiciones laborales...”

—...esta actual gestión, no solamente apela a lo colectivo hacia el afuera sino que tiene un trabajo colectivo propio... abierto a la participación. Y buscando participación y buscando confrontación en el buen sentido, diferencia, pluralidad”

—...La APSS tiene otra apertura, inclusive haciendo esta estrategia conjunta con la CICOP, me parece que abre otra posibilidad de pensar otras cosas en relación a la fragmentación en los espacios...”

—...La idea era que los trabajadores se dieran cuenta que somos trabajadores, en condiciones bastante de mierda, que atender pacientes con problemáticas de salud mental no es gratuito para nadie... decidimos armar una lista para dirigir (porque) creemos que podíamos apostar a cambiar algo de eso...”

Ahora bien, si retomamos las mismas determinaciones históricas de los años venideros a esa enorme crisis y ebullición de la conflictividad social, hemos establecido que los gobiernos, al menos en la CABA, de Ibarra, y en menor medida Telerman, habrían destinado una parte de su propia acción a su legitimación vía la institucionalización de las organizaciones colectivas y sus lógicas en las instituciones estatales. El correlato de este proceso también podemos encontrarlo en las llamadas –recuperaciones” institucionales, donde las agrupaciones, organizaciones, y colectivos fueron revitalizando la vida institucional de las organizaciones del colectivo profesional. Esto es lo que veremos, a modo de ejemplos, en las rupturas las gestiones del CPTS y de la APSS.

Cabe destacar que en los debates tradicionales de los proyectos profesionales las instituciones formalmente establecidas, y sólo las conducciones de las mismas, en un momento dado, parecen caracterizar dichos proyectos. Si se revisan los antecedentes conceptuales trabajados en el capítulo introductorio de este documento, y se rastrean las obras citadas, aquello que hemos llamado –objetivaciones a priori” es aquello que se identifica como organizaciones colectivas formales de los trabajadores sociales. En ese sentido se

nombra los colegios profesionales, las universidades, las organizaciones sectoriales de segundo grado, y sus producciones: las leyes de ejercicio profesional, los códigos de ética, los planes de estudio, etc. Siendo éstas un paso necesario para el análisis, resultan en “estados de situación” en la correlación de fuerzas, y las instituciones no son monóticamente dirigidas por los mismos colectivos al interior de los trabajadores sociales.

Aún más, probablemente este tipo de identificación organizacional haya sido adecuada para los años ochenta, y noventa. Las “recuperaciones” que hoy se vivencian, y que parecen reavivar la categoría de proyectos profesionales para el análisis de la dimensión política del Trabajo Social, resultan insuficientes si no se realizan mediaciones con los contextos socio-históricos donde se producen. En ese sentido, veremos que las organizaciones colectivas formales, son revitalizadas post-2001 por su correlato activista en la sociedad en general, y por un auge en la organización política, con caracteres mayoritariamente informales.

Sintetizamos entonces que discutir los proyectos profesionales en la contemporaneidad no puede ser resuelto sólo a partir de las organizaciones formales, sino que la informalidad y los diversos colectivos que componen las conducciones de ambas formas, son vitales para comprender la dinámica política de los trabajadores sociales –al menos, en el ámbito sanitario. Veamos una breve presentación de la lógica “agrupacional” que ha ido detentando las múltiples gestiones de las organizaciones formalmente establecidas para la representación de los trabajadores sociales.

En la CABA, en Diciembre de 2013, tras años de continuidad de gestiones en el Consejo Profesional, se produce la primera ruptura electoral con la agrupación “La Roja Proyecto Colectivo”, con un proyecto centrado en la experiencia de la provincia de Buenos Aires, y con ejes puestos en la recuperación de los Consejos Profesionales mediante la democratización en la participación, la apertura de grupos y secretarías de trabajo, y la elaboración de instancias de formación y supervisión no aranceladas con una mirada “crítica, anticapitalista y feminista”¹¹².

Luego de dos gestiones de parte de dicha agrupación, comenzaron las de una agrupación alternativa, nominada “La Azul”, que actualmente permanece en la dirección del Consejo Profesional. La misma lanzó una propuesta centrada en la defensa de la Ley Federal de Trabajo Social y las políticas públicas en general, los Derechos Humanos y la Justicia Social como vías para la defensa de las incumbencias y especificidades profesionales, las condiciones de trabajo. Estas afirmaciones parecen corresponderse a la ligazón de las

¹¹² Material disponible en: https://issuu.com/larojaprojectocolectivo/docs/plataforma_laroja_-_digital.

gestiones sectoriales con los intereses partidarios nacionales –estatalistas y de enjambre peronistas/kirchneristas-.

Se proponían, para fines del año 2017, la continuidad del desarrollo de instancias de formación y supervisión *–gratuita*”. Se destacan alusiones a que dicha agrupación no respondería *–sólo a salud*”, o sus direccionalidades no se centrarían en las miradas sólo de quienes gestionen el Consejo Profesional, afirmando un lema de *–El Consejo somos todxs*”¹¹³, con una crítica implícita a la conducción antedicha, y una alusión a la necesidad de fortalecer los sistemas de alianzas para la gestión de las instituciones de la categoría profesional. Una referente expresa esto de la siguiente manera:

–...hablamos "del" Trabajo Social y en realidad hay "Trabajos Sociales". No solamente por las formaciones. Acá conviven privados, públicos, las facultades históricas... la Iglesia también, después el ejercicio también es heterogéneo... Y el que cree que lo conoce miente, y se miente. Hay compañeras muy clasistas, con todas sus connotaciones y variantes políticas. Y hay sectores más medios aspiracionales...”

Entonces, con tensiones generales en la relación con las estructuras de gobierno y partidarias, y sobre las concepciones más plurales o de grupalidades elitistas, y más sectorialmente, con diferencias en las concepciones sobre las especificidades y jerarquizaciones, por un lado, y perspectivas autonomistas y laborales por el otro, estas agrupaciones produjeron alternancias electorales y de gestión en el CPTS, prevaleciendo en la actualidad la segunda perspectiva¹¹⁴.

Asimismo, en la lógica de gestión de la APSS, se produjeron, a partir del año 2014, rupturas también en la lógica de dirección sindical. Surge la *–Lista púrpura*” con ejes centrados en la crítica a la burocratización, dilación y limitación de la participación, la defensa de *–los derechos vulnerados*”, la necesidad de recuperación histórica de la memoria laboral y gremial de los trabajadores sociales del ámbito de la salud, la construcción de legitimidad en la transparencia en la representación de trabajadores, y la toma de una posición que canalice la representación de dichos intereses, *–y no el amortiguador frente al gobierno*” (Panfleto agrupacional *–Lista Acción Púrpura*, 2014).

Sin embargo, en la alternancia electoral, en el año 2017 asume una nueva gestión mediante la agrupación *–Espacio de trabajadores sociales de salud de la CABA*”, cuya crítica histórica y a la gestión anterior se centra nuevamente en la obturación a la participación, y en

¹¹³ Material disponible en: <https://www.facebook.com/ListaAzulTScaba/photos/1360822044040849>

¹¹⁴ La cual además presenta en cargos electivos a integrantes de la misma lista *–Azul*” en las organizaciones del colectivo profesional, tanto en la Dirección de la Carrera de Trabajo Social de la UBA, como en las organizaciones de segundo grado. Esto último es, la Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social (FAAPSS) y la Federación Argentina de Unidades Académicas de Trabajo Social (FAUATS), demostrando una expansión en sus posibilidades de hegemonizar las perspectivas y expresiones de los proyectos profesionales en el colectivo profesional emplazado en la CABA.

la falta de construcción de genuinas estrategias de lucha. En su programa electoral, aparece una lectura explícita respecto de la precarización laboral y de la política socio-sanitaria de parte de las gestiones del PRO en el Estado. Esto redundará en propuestas vinculadas a la defensa de los trabajadores y participación en las luchas de los mismos, la organización autónoma por el mejoramiento de las condiciones laborales, la realización de instancias de capacitación y supervisión, y el compromiso por una política comunicacional clara y democrática (Panfleto agrupacional “Lista Naranja Violeta” del Espacio de trabajadores sociales de salud de la CABA, 2017¹¹⁵).

Entendemos que resulta descriptivo mencionar y destacar los principales ejes de debate electoral de las agrupaciones que han alternadamente gestionado las instituciones formales del colectivo profesional en los últimos años de “recuperación” y ruptura de sus trayectorias más burocráticas. Sin embargo, lo hacemos por la necesidad de afirmar que la dimensión política en el Trabajo Social no se produce vía las legalidades establecidas en el colectivo profesional, sino producto de los intereses y capacidad de creación de alternativas en los trabajadores sociales.

Entonces, las “agrupaciones” para la gestión institucional no son un reflejo de los estados de situación de las instituciones, ni de las objetivaciones que estas presentan (las leyes de ejercicio profesional, sus códigos de ética, etc.) sino que afirman direccionalidades explícitas y diversas para los horizontes políticos de las mismas instituciones, aún frente a un mismo contexto socio-histórico. Se pueden evidenciar las diferencias entre las metas institucionales de las agrupaciones de la siguiente manera:

—...pueden surgir infinidad de cuestiones desde lo colectivo y lo singular, y ahí ya es el tinte que se le dé como gestión... ”

—...tiene un Estatuto, con misiones y funciones, que también siempre fueron flexibilizadas según la Comisión Directiva, qué es lo que pensaba y demás, qué es lo que querían para hacer en el Hospital ”

Aquí las agrupaciones sintetizarán debates en torno a los fundamentos del Trabajo Social, y su inserción socio-ocupacional, así como seleccionarán vías para la concreción de las metas que se proponen. Y es en esta síntesis, en que se producirán verdaderas complejidades en torno a los proyectos profesionales que encarnan: es decir, en torno a sus supuestos sobre el Trabajo Social (ejemplifiquemos: la necesidad de su jerarquización) y los modos de lograrlo (mediante la participación en la toma de decisiones de los representantes más “aptos” o “eapaces”), entre distintas alternativas.

Para lo anterior, hemos revisado, en el anterior apartado, una serie de fundamentos en franco debate en los trabajadores sociales del ámbito socio-sanitario, como particularidad que hemos seleccionado para el análisis. Asimismo, hemos colocado algunas categorías para la reflexión sobre la diversidad en la dimensión organizativa –formal” del colectivo profesional, afirmando tensiones en torno a la selección de metas, pero también en las formas de acción política para su concreción. En el devenir histórico estudiado, esto ha sido: *la institucionalización de alternativas de acción, la democratización de las reivindicaciones, las formas de burocratización de la participación, la cooptación en la dirección institucional, y las rupturas y recuperaciones históricas de las instituciones del colectivo profesional.*

Vale aclarar, las grupalidades que se producen en la particularidad de la dimensión organizativa del colectivo profesional tienen su correlato con estructuras de mayores niveles de generalidad. En ese sentido, el análisis de la dimensión política agrupacional nunca se encontraría completo sin mencionar sus múltiples y complejas relaciones con la política y militancia partidaria y/o de las propias estructuras gubernamentales, o –de frente único”, es decir, de organizaciones sociales, políticas y profesionales en general que se plantean reivindicaciones comunes y generales por las que luchar (Pantanalli, 2015). Entonces, las agrupaciones mantienen vinculaciones con estructuras de mayor generalidad, desde la cual, con cierta autonomía, abrevan fundamentos societales, y estrategias organizativas que resultan en tradiciones de dichos espacios. Esto se explicita en algunas entrevistas, y en otras aparece vacante, por la misma opacidad mencionada:

–Hay organizaciones que se plantean como sanitarias, pero que son políticas. No me acuerdo los nombres, pero que nuclean a figuras centrales del kirchnerismo”

–Los gremios tuvieron una participación fundamental... también en ese momento se sumó todo lo que es organizaciones sociales y políticas. Hay muchísima movida y pasa mucho en lo que es de pacientes internados, de familiares de pacientes, hay como una masa muy grande”

Aquello último generalmente queda vedado de las explicitaciones agrupacionales y de su vinculación con la gestión institucional, probablemente por el descrédito histórico partidario post-2001, y el que –se vayan todes” reemplazado por la acción directa y autónoma –al menos en las ideas que han prevalecido más que la exclusiva constatación histórica de este hecho-. En este sentido, nuestro colectivo profesional analiza la dimensión política sobre el devenir institucional propiamente dicho, y pareciera no poder avanzar con más fuerza en la caracterización, análisis y delimitación de las vertientes político-partidarias presentes en el debate profesional, o cuando lo hace, puede delimitar –izquierdas”, –peronismo”, –kirchnerismo”, –derechas”, en los sentidos más amplios.

Sin embargo, adentrarnos en las tradiciones políticas que encarnan las agrupaciones profesionales permitiría explicar con mayor precisión la política que implementan. Es decir, sus sentidos últimos (el conservadurismo, el progresismo, las estrategias revolucionarias, etc.), sus tácticas (la horizontalidad, la verticalidad, la participación cerrada, abierta, etc.), sus formas de acción (la tensión sobre las correlaciones de fuerzas, el convencimiento de actores, la búsqueda de legalidades, etc.), y su relación con el propio ejercicio profesional. Encontramos algunas breves pero significativas referencias, como estas:

—..el Consejo se debate fuertemente entre las posturas, eh, entre el kirchnerismo y el peronismo más ortodoxo, ligado a los sectores más conservadores... Y este debate en lo político me parece como muy interesante”

—..dentro de las instituciones, hay actores que son aliados, oponentes, aliados transitorios, relaciones que cultivar... Junto con la formación, junto con una supervisión, hay que tener un gran adiestramiento para leer institucionalmente. Y mi experiencia es que a veces fallamos en eso”

Ahora bien, este mismo entramado, quizás aún con mayor opacidad para su explicitación podemos encontrarlo de la informalidad en la organización del colectivo profesional. Como habíamos adelantado, en nuestra reconstrucción histórica aparecen con fuerza las organizaciones de este tipo para canalizar las demandas y estrategias para la construcción de la dimensión política profesional. Esto es, tanto referida a la organización sectorial, como para la intervención –siempre referida a la ampliación del quehacer, por fuera de lo estrictamente demandado socio-ocupacionalmente. Veamos algunos debates y tensiones que se presentan al adentrarnos en estas experiencias.

b. La informalidad en la intervención y organización del colectivo profesional

A continuación, realizaremos una presentación en clave de la organización colectiva de los trabajadores sociales, informalmente construida para servir a los propósitos sectoriales. Esto es, tanto en relación a sus propias condiciones laborales y de ejercicio profesional, como en la creación de estrategias de intervención que permitan concretar dichos objetivos, autónomamente contruidos.

Como hemos situado históricamente, las organizaciones formales del colectivo profesional no siempre han dado las respuestas esperadas por los trabajadores sociales en el ámbito socio-sanitario, distando de expresar sus concepciones, reivindicaciones e intereses. Esto resultó evidente en la caracterización de los mayores procesos de burocratización y cooptación antes mencionados. Sin embargo, la falta de embate ante esas mismas instituciones atravesando estos procesos no significaron de modo alguno la quietud o falta de acción política de los trabajadores sociales, sino por el contrario, la creación de espacios

alternativos, disponibles y de rápida concreción de las intencionalidades de sus integrantes.

Una entrevistada a firma:

—...los espacios más chiquitos que van surgiendo para trabajadoras sociales, se arman, en las distintas redes, son espacios más potables, cercanos y a la mano para poder analizar las prácticas y las condiciones laborales. Existen tantas redes como temáticas hay... ”

Entonces, si bien en las reconstrucciones históricas del capítulo primero de este documento, encontramos mayoritariamente experiencias organizativas vía la institucionalización de los intereses profesionales, en el segundo hemos transitado su decaimiento y posterior recuperación, sólo a partir de la revitalización de las estrategias organizativas en procesos ajenos a la dinámica de estas instituciones. Es decir, las experiencias de recuperación se explican, y conviven, con aquellas que, al menos en el discurso de las entrevistas realizadas, aparecen como representativas de los intereses organizativos de los trabajadores sociales en el ámbito socio-sanitario.

Veremos primero la organización colectiva sectorial, vinculada directamente a la organización y persecución de metas vinculadas a la reivindicación de intereses como trabajadores (sociales). En ese sentido destacamos la organización en “asambleas” (de Residentes, de autoconvocades), “coordinadoras”, “mesas de trabajo y articulación”, entre otras.

La organización colectiva de los trabajadores sociales aparece también en discursos que privilegian la autonomía, sin restricción estatutaria o pre-establecida. En este sentido parecen colectivizarse las principales tensiones en torno a las condiciones laborales o sectoriales para el desarrollo de procesos de trabajo, evitando obstáculos y burocratizaciones propias de las organizaciones institucionalizadas.

Esto implica la aparición de dichos espacios en coyunturas específicas –y su posterior latencia- para la organización colectiva, así como la construcción de criterios de legitimidad permanentes y de participación genuina.

—...que ese Subcomité tenga un mandato de la Asamblea de Residentes.... para que eso tenga representatividad la idea es que eso tenga una base en una Asamblea más amplia de residentes.

...las más concretas son Asambleas, en términos generales, sobre la coyuntura, condiciones laborales y las acciones que necesitamos en determinados momentos”

—...tenemos los Encuentros Inter Sede, surgió como la necesidad de encuentro que no sean pre establecidos por Programa, sino una necesidad de encuentro nuestra... es una propuesta superadora porque es genuina, que surgió del colectivo de residentes”

—...la Asamblea CABA lo que tiene es que funciona más que nada cuando hay un conflicto determinado de alguna sede o algo particular, es cuando más funciona, y si no, no”

Asimismo, estos dispositivos permiten la determinación de aquello que llena de contenido al espacio organizativo creado (necesidades formativas, acuerdos sobre estrategias de lucha, de puesta en común de temáticas del tipo que sea necesario, etc.),

—...la misma residencia fue decidiendo que a ese espacio le querían poner otras cosas. Entonces ahora hay invitados, hay temas, más allá de que se trabaja todo lo gremial, lo organizativo”

—...es como constante esa disputa para ver cómo se construye este espacio y cuál es el contenido de este dispositivo”

—...la lucha por el aborto legal, formando parte en cada discusión. Si bien implica un trabajo muy grande participar de las asambleas de organización del Ni Una Menos o el 8 de Marzo, la organización de la marcha del 4 de octubre, eso nos fortalece...”

Resulta en una ideación potente la participación directa y representación genuina de quienes componen los espacios de organización colectiva. Aún así, es de destacar que su funcionamiento implica entonces una mayor disposición, la permanente disputa en torno a los devenires de dichos espacios, y de las decisiones y acciones que van tomando, y la necesidad de su legitimación –no avalada por integrantes del colectivo profesional, que no consideran este tipo de organización válida por su falta de institucionalización-.

Siguiendo lo anterior, los desafíos organizativos implican lidiar con mayores niveles de concreción de los objetivos propuestos con mayor celeridad y puesta en acto, pero a la par mayores posibles frustraciones, conflictos, y la necesidad de ocuparse de la construcción de encuadres para el debate y para la legitimación del colectivo que se gesta¹¹⁶. En muchas ocasiones, esos ejercicios provienen de trabajadores sociales que cuentan además con trayectorias militantes agrupacionales o partidarias, por lo que los contenidos y las acciones tienen su enjambre con dichos intereses.

—...la realidad es que cada sede va poniendo su impronta y bueno, a veces va más para el lado de lo gremial y otras veces más para el lado de la formación”

—...tiene que ver con el contexto, miedos dentro del espacio de trabajo, mayores miradas, que hace más complejo la participación... Algunas personas con un cierto descreimiento, la vuelta a lo individual”

—...Nos falta o no podemos dar el salto, no sé si alguna vez se va a lograr, a ser parte de un actor social. Definirnos como actor, o como actrices, como un actor social que tiene propios intereses”

—...era bueno, para charlar cuestiones gremiales. Y nada, un día entero es muy largo para... Mi sensación es que hay compañeras que participan sin muchas ganas de ese espacio”

¹¹⁶ Resulta en un analizador de esta tensión entre lo instituido y los dispositivos de organización informal las reflexiones de Thwaites Rey (2004) a propósito de las categorías de Estado –como espacio de la contradicción, pero fundamentalmente como la obstaculización de la acción, el constreñimiento y la opresión- y autonomía –como la expresión libre, la actuación voluntaria y la falta de condicionamientos. La autoría analiza en el ensayo las posibilidades de complejizar esas miradas dicotómicas, evocando la posibilidad de hacer en el Estado, y de tensar sus contradicciones hacia la conquista de mejores condiciones de vida para la población, a la par que expresar las tensiones y límites de las prácticas políticas autonomistas, y nutrir de realidad sus experiencias, muchas veces idealizadas.

Como hemos anticipado, estas experiencias, en franco crecimiento a la par que la intensificación de su expresión en la sociedad durante los años posteriores a las jornadas de lucha del año 2001, se reiteran también en el ámbito del ejercicio profesional. Afirma Thwaites Rey para tensionar las experiencias autonomistas con una categoría de Estado que entenderemos se propone analíticamente desde la mirada de la oposición formal, institucional, y opresiva:

En los años recientes, al calor de las luchas globales y locales, se ha extendido mucho la idea de que la emancipación social no debe tener como eje central la conquista del poder del Estado, sino partir de la potencialidad de las acciones colectivas que emergen y arraigan de la sociedad para construir “otro mundo” (2004: 9)

Existe un consenso al afirmar que post-2001, las experiencias organizativas –que encontraron sus antecedentes en los años anteriores, al calor de las luchas de desocupados por fuera de las estructuras organizativas institucionalizadas en sindicatos mayoritariamente– privilegiaron la organización informal, autónoma y de decisión directa de sus integrantes sobre el devenir de la acción. Es en ese marco que resulta ineludible caracterizar y particularizar históricamente la dimensión política de los trabajadores sociales en el marco de estas formas de acción colectiva.

En segundo lugar, encontramos la presencia de una organización de mayor complejidad para el análisis. Es decir, aquella que se reúne en tanto persecución de intereses vinculados al ejercicio profesional, pero, en el mismo movimiento, no responde a los intereses institucionales o a las múltiples demandas que atenazan a los SSH. Representan un propio interés organizativo a partir de la capacidad de creación de alternativas para la acción desde los trabajadores sociales. Esto se da conjugando horizontes para la intervención profesional, y para la lucha por los propios objetivos sectoriales.

Hemos encontrado estas experiencias asociativas en la creación de redes y equipos donde se insertan los trabajadores sociales, y algunas de ellas fueron reconstruidas y analizadas en las entrevistas realizadas. Estas últimas fueron: la Red de Trabajo Social en Tuberculosis, la Red de profesionales por el derecho a decidir, la Red de Jefes de Trabajo Social y el Equipo de trabajadores sociales de internación de adultos.

Cabe destacar, que hemos situado, en el capítulo anterior, y en los años de creación y desarrollo de estas redes y equipos, un proceso intenso de renovación profesional en los SSH. Por lo tanto, la organización para la concreción de dichas transformaciones resultó en la construcción de este tipo grupales. Esto es, en las renovaciones identificadas, fue necesario colectivizar la elaboración de respuestas profesionales que excedieran las demandas

institucionales, a los fines de disputar los sentidos en los que devendrían estas posibilidades para la acción, así como contar con espacios para su construcción propiamente dicha.

Para presentar someramente los espacios colectivos relevados, describiremos brevemente sus contextos de surgimiento y sus metas. La Red de Trabajo Social en Tuberculosis surge en el año 2007, a iniciativa de los trabajadores sociales que se encontraban trabajando en la temática, y atravesando la necesidad de re-perfilar dichos procesos de intervención.

—...tratar de ver un tipo de laburo que sea más de acompañamiento, de trabajar para fortalecer derechos y no para una política de control”

—La idea es participar de espacios de capacitación, de jornadas, de intercambio... cuál sería el objetivo de nuestra intervención... las propuestas de abordaje en tuberculosis... reuniones más de gestión, de ir al Ministerio, de presentar nota, ahora hay un comunicado sobre la situación de la tuberculosis, poder sumar adhesiones y también en parte darle fuerza al proyecto de ley”

Como vemos, el trabajo propuesto no tiene que ver específicamente con la atención de la población, y las demandas con las que los trabajadores sociales lidian a partir de dicha vinculación, o a partir de la institución que lo requiere. Aparece como una necesidad sectorial de reflexionar sobre su propio quehacer, y fortalecer su intervención a partir de la incorporación de mayores horizontes para el devenir profesional: la disputa por los contenidos y forma de la política socio-sanitaria, la gestión institucional y legislativa, la creación de espacios de formación temática, etc. Vemos entonces, que los trabajadores sociales, en el ámbito de salud y de los SSH crean las posibilidades para un ejercicio con mayores niveles de incidencia y autonomía para la profesión.

Por su parte, la Red de Profesionales por el derecho a decidir¹¹⁷ surge aproximadamente en el año 2013, con el objetivo de efectivizar el acceso a los abortos legalmente establecidos para ese momento, a la par que aportar a la lucha por la legalización del aborto voluntario en la Argentina.

—Se empieza a juntar de manera muy paralela algunas compañeras, especialmente trabajadoras sociales y médicos generalistas, en lo que fue como una red informal de consejerías, con mucho miedo a llamar "consejerías pre y post aborto"...”

—...yo me acuerdo que en las reuniones de esta red informal del (hospital) nos empezamos a juntar con la Red informal de (hospital), con la red... en un momento eran varias redes. De ahí surge ese primer encuentro de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Y ahí empieza a haber una subida muy fuerte, porque esta red se define poder armarla de punta a punta del país”

Cabe destacar que en la reconstrucción realizada la red no sólo aparece como necesidad de elaboración de respuestas a las demandas sociales de accesibilidad al aborto,

¹¹⁷ Para una presentación de la Red se sugiere consultar su página web: <http://redsaluddecidir.org/index.php/quienes-somos/>

sino además de construcción de una legitimidad para convertirse en un actor relevante para la disputa por los sentidos y devenir de la política socio-sanitaria, con plurales miradas sobre la vía para su logro. Esto mismo se afirma en la red de tuberculosis antes mencionada, como en el equipo de trabajadores sociales de adultes que trabajaremos seguidamente. Veamos algunas referencias:

—Empieza a instalarse el tema, todo después del fallo FAL... se llama a una reunión formal... Primera cuestión, llama solo a los ginecólogos... Que queda como una cosa donde iban a explicar cómo se ponían DIU... A lo cual seguimos durante un tiempo la paralela y la formal”

—...es más fácil controlar, es más fácil bajar línea cuando está laburando cada uno desde su lugar y desde su manera. Desde Trabajo Social, al menos, hablando más desde tuberculosis, es una disciplina que está más relegada. O históricamente, no ahora”

—...se empezó a oír la voz nuestra al interior del hospital. No dejamos de estar en una posición subordinada, pero un poquito como que se jerarquizó... la materia prima para estos trabajos es nuestra intervención y nuestros registros.... es como jerarquizar esos instrumentos...nuestro saber”

Estos espacios apelan al mejoramiento de las posiciones profesionales en las instituciones donde los trabajadores sociales se desempeñan, aunque se erijan, en lo anterior, al menos dos miradas. Primero, una mirada que tiende a privilegiar un posicionamiento más favorable en la correlación de fuerzas, generando decisiones colectivas y dándole peso por las mismas vías a los dispositivos creados. Por otro lado, también se visualiza una concepción ligada al mejoramiento de la posición subordinada profesional mediante el reconocimiento jerárquico: esto es, mediante la producción de conocimientos que propone un reconocimiento institucional al saber.

De hecho, estas diferencias se evidenciarán en las acciones que cada colectivo se propone como razón de existencia del mismo espacio creado. La pretensión de la red de tuberculosis parece centrarse en la organización colectiva del devenir de la intervención profesional, y de la expansión de las posibilidades de la misma. La red de profesionales por el derecho a decidir, por su parte, se erige como una experiencia colectiva que organiza la intervención de los equipos de salud sobre la temática en cuestión, pero a la par coordina sus esfuerzos por legitimar y legalizar las prácticas –y la ampliación de las mismas- que lleva adelante.

Entonces, las anteriores experiencias tienden a organizar la tarea, y proponerse el propio fortalecimiento para mejorar la correlación de fuerzas que permita lograr sus objetivos. Antes de adentrarnos en las acciones que realiza el espacio de trabajadores sociales de internación de adultes, referiremos someramente a su presentación.

El grupo antes mencionado surge en el año 2013, motivado por la necesidad de crear un espacio de intercambio en torno a la intervención profesional de los trabajadores sociales que se desempeñaran en el ámbito de la internación hospitalaria de adultos, y que estas no sean las históricas inserciones en las áreas materno-infantiles. El mismo espacio determina que ante el intercambio emerge como problemática a atender colectivamente la de las internaciones prolongadas, y que aquello generaba malestar y obstáculos para la intervención profesional en cada inserción institucional. Una referente del espacio lo expresa de la siguiente manera:

—...nos incomoda esta situación, y evidentemente no estamos pudiendo resolverla en forma individual... no es algo que pueda asumir yo sola, o por más que yo me devane los sesos... se va a ir esta persona y a los cinco días va a caer internada otra... la idea también era interpelar las políticas públicas, los organismos, en búsqueda de algún tipo de solución más general que el caso a caso... Y también tenía que ver con jerarquizar en cierta forma la palabra profesional en un espacio como los hospitales... ”

El grupo entonces realiza acciones colectivas que exceden meramente la demanda. Esto es: la atención individual y reiterativa de los usuarios que presentan internaciones involuntarias. Como respuesta a esto, se produce un espacio de intercambio profesional, y producto de su quehacer, dos artículos científicos¹¹⁸ de construcción colectiva situados en los espacios de trabajo y en la sistematización de la intervención.

Como ya se ha afirmado, esto se realizó con la meta de analizar y potencialmente sugerir nuevas formas de resolución en la política socio-sanitaria para las conflictividades detectadas profesionalmente, así como para aliviar el malestar que aquello generase para los profesionales trabajadores sociales, y por último, jerarquizar la posición profesional.

Entonces, el espacio tiene la particularidad de no presentar una mirada centrada en la tensión de la correlación de fuerzas, sino fundamentalmente a través del “-convencimiento” o la “-cientización” de los actores (incluyendo el Estado-empleador) respecto de las problemáticas a las que se enfrenta.

Por último, someramente afirmaremos que también encontramos como espacio colectivo profesional el de la “Red de Jefes de Trabajo Social”, destinado a reunir a las jefaturas de los SSH a los fines de producir intercambios, puestas en común, propuestas y fluidez en la comunicación entre los servicios sociales, las autoridades ministeriales del ámbito de la salud, los actores intersectoriales, entre otras metas.

¹¹⁸ Las mismas fueron publicadas en la Revista Digital Margen, disponibles para su libre lectura: <https://www.margen.org/suscri/margen78/brovelli78.pdf> (Margen N° 78, Septiembre 2015) y <https://www.margen.org/suscri/margen93/brovelli-93.pdf> (Margen N° 93, Junio 2019).

Si bien resulta en un espacio colectivo, su forma de acceso y funcionamiento presenta ciertas particularidades. Históricamente fue reunido a partir de la convocatoria de una trabajadora social, a mediados de los años noventa, que se desempeñaba en la órbita ministerial de salud, y desde allí establecía cierta coordinación de los SSH.

*—Me pareció que era importante que tuvieran un intercambio, que supieran lo que hacía una, lo que...
¡Que la profesión se fortaleciera! En lugar de ser cada una silvestre, dependiente del "dotor"..."*

La particularidad de su desarrollo es que, finalizado el período de coordinación de dicha trabajadora social (iniciados los gobiernos del PRO en la CABA, post 2007) se produce una reconversión en el espacio. Esto es, en el sentido de configurarlo como una *—red*” de jefaturas, propia del contexto histórico de su desenvolvimiento. En ese sentido, y tras años de trabajo informal, el grupo opta por la *—legalización*” de su existencia a partir de una resolución ministerial (Nº 605/2018) que lo erija como red formalmente establecida para la cartera sanitaria. De esta manera, recupera los sentidos antes trabajados en torno a la *—institucionalización*” de las reivindicaciones profesionales, optando por su formalización en detrimento de las lógicas más autonomistas, asamblearias e independientes.

La Red, aunque formalmente establecida, continúa con estableciendo su dinámica y propósitos para la acción, con las tensiones propias de los intereses y visiones de sus integrantes:

—...se puede consolidar una mirada diferente en relación a pensar la gestión de los servicios y ver cómo los distintos hospitales abordan determinadas temáticas. Por ahí problematizarlas”

—...se parte de la tarea, pero cuando hablamos de la tarea estamos hablando de perfiles. Cómo uno se ubica o no, toma distancias de ciertas cuestiones más administrativas cómo nos vemos nosotros como supervisores de la tarea, se puede trabajar también esto del manejo en la institución...”

—... logra normativizarlos (los SSH) y tiene, yo siempre digo, las jefas generan como efectos de terror...”

Entonces, si bien se colectivizan los desafíos propios de los SSH en este espacio, a partir de los desafíos que implican las jefaturas de los mismos, su desarrollo no parece ser expansivo —con producciones y efectos hacia la intervención y organización del colectivo profesional- sino hacia sus integrantes. Estes mismos, luego, en su propio de cargo de jefatura de un SSH tomará aportes, acuerdos o experiencias que se socializan o se logran en dicho espacio para su propio ejercicio.

Aún así, este espacio se suma al repertorio anterior en tanto se erige como un espacio donde se pretende establecer una mejor correlación de fuerzas para orientar las acciones y los supuestos desde donde se concibe al Trabajo Social —especialmente en tanto espacio de poder reunido en su condición jerárquica-.

—...se ven muchas disputas. Muchas disputas en el campo de lo político: si sos de la Federación, si pertenecés o no al Consejo, la gente que denostaba... ahora "vamos al Consejo"... "

La presentación de espacios colectivos formales e informales, sectoriales y ligados a la intervención profesional, ha privilegiado la construcción de una visión compleja respecto del repertorio político profesional. Asimismo, se ha sustentado este repertorio sobre los procesos socio-históricos, situando debates y formas políticas en sus contextos de aparición y desenvolvimiento en la historia de los SSH en el ámbito socio-sanitario de la CABA. Entendemos que sólo así, se comprende el ejercicio de la creación de alternativas para la acción, y la comprensión crítica de los movimientos de los trabajadores sociales. Esto es, en la búsqueda de la resolución de los conflictos y desafíos que se suscitan y que evocan para sus propios horizontes profesionales, y como mediación, de la sociedad misma.

A continuación, y a modo de cierre de los caminos que hemos transitado hasta aquí en el trazado de una investigación en torno a los proyectos profesionales en la profesión situada socio-ocupacionalmente, sintetizaremos algunos debates que vinculen el primer y segundo apartado de este capítulo. Es decir, la amalgama posible de reflexión que surge de las prácticas profesionales determinadas socio-históricamente, y que al superarlas, vinculan formas y contenidos para dar cuenta de los proyectos que encarnan los trabajadores sociales.

III. La filosofía de la praxis en disputa: los proyectos profesionales como luchas por la constitución del interés general del colectivo de trabajadores sociales

En el capítulo introductorio de este documento hemos construido una definición de la categoría de proyectos profesionales. En la misma establecimos que estos radican en la posibilidad de analizar los movimientos colectivos que realizan los profesionales al crear respuestas ante las determinaciones socio-históricas donde se insertan socio-ocupacionalmente.

Entonces, en el acontecer de los debates sanitarios, hemos evidenciado una gran cantidad de desafíos que el colectivo profesional ha identificado, enfrentado y elaborado alternativas para su superación. A modo de ejemplos: *la búsqueda del reconocimiento profesional y laboral en el ámbito del SES, el acceso a una matriculación autónoma y a las leyes de ejercicio profesional, la creación de instituciones de representación colectiva tanto profesional como sindical, la resistencia y búsqueda de reivindicaciones ante los contextos de crisis orgánicas y coyunturales, tensando respuestas sanitarias para la población atendida, pero también para la protección de su propia dotación, expansión laboral, entre otros desafíos.*

Asimismo, los anteriores procesos, producto de las determinaciones históricas enfrentadas a lo largo de más de cuarenta años de reconstrucción histórica, han dado respuestas para, en esta investigación, identificarlos como puertas de entrada a la complejidad de los proyectos profesionales. Esto es así debido a que las mismas dan cuenta de una correlación de fuerzas lograda, en la pluralidad y contradictoriedad de posiciones, fundamentos y formas de accionar que entraron en disputa en determinados momentos entre los trabajadores sociales del ámbito socio-sanitario de la CABA.

Sobre aquello último nos hemos ocupado en este capítulo. Procesamos los desafíos contemporáneos de los trabajadores sociales en clave de discernir, primero, aquello sobre lo que se está discutiendo, propio de los fundamentos últimos del Trabajo Social y su quehacer en el ámbito sanitario. Segundo, las formas de lograr acercarse a aquello que se piensa y se idea para el devenir colectivo de la profesión.

En esos análisis hemos concluido incesantemente en ciertas características del debate profesional: en la existencia de una pluralidad de posiciones, cuyo diálogo parece expresarse a través del sincretismo y eclecticismo –definido y caracterizado previamente-, sumado al solapamiento y ocultamiento de los debates que conllevaría clarificar posiciones en tanto plurales o contradictorias. Aún así, más allá de la conciencia respecto de estos procesos, dimos cuenta de corrientes de pensamiento que se identifican en el debate profesional, las caracterizamos y vinculamos con la producción escrita de trabajadores sociales, y/o con sus expresiones más generales en las Ciencias Sociales.

Seguidamente hemos analizado el repertorio organizativo de los trabajadores sociales, encontrando en la contemporaneidad una pluralidad de formas de acción política que exceden las organizaciones formales profesionales, para adentrarnos también en la lógica agrupacional, partidaria, informal y grupal. Esto se acotó para el análisis de los objetivos estrictamente sectoriales y los vinculados a la intervención profesional –cuando ésta es parte de los intereses en disputa por el devenir del quehacer, y no sólo se expresa en tanto respuestas a las demandas en los SSH-.

Nuevamente, encontramos allí debates que no expresan un único modo de procesar la organización y lucha por las conquistas profesionales. A modo de ejemplo, hemos identificado alternativas en busca de la institucionalización de la organización, de la democratización de las reivindicaciones, pero también de posibilidad de cooptación y burocratización de las mismas. También hemos identificado formas de acción directa, de organización autónoma, con distintas tradiciones políticas que se diferencian en tanto tácticas y sentidos últimos.

Nos queda entonces esbozar relaciones que pongan en diálogo los fundamentos y la acción, elaborando algunas aproximaciones a los sistemas de alianzas, no a modo de establecer ~~tipos~~ ideales”, pero sí para expresar la potencialidad analítica de la categoría de proyectos profesionales.

Antes reiteraremos que hemos llamado a las intrínsecas relaciones entre el ~~pensar~~” y el ~~hacer~~” filosofía de la praxis porque no consideramos posible su escisión. A propósito de identificar los proyectos profesionales con los debates en torno a la dimensión política profesional, afirmamos que la capacidad de transformación de la realidad que se presenta determinada, nos permite dar cuenta de la existencia de una filosofía de la praxis. Esto es, afirmar que cualquier forma de transformación humana de la realidad se expresa de modo coincidente entre una práctica y su ideación: no existe, para la concepción marxista, un modo ~~teórico~~” de pensar la vida social, y una práctica inaccesible a dicha concepción, sino por el contrario, prácticas de transformación accesibles a partir de la comprensión de la acción (Marx, 1845).

Entonces, hasta aquí hemos desarrollado un ~~camino de ida~~” para la comprensión de los proyectos profesionales del Trabajo Social inmerso en los debates del ámbito sanitario de la CABA en la contemporaneidad. Desarmamos cada una de las dimensiones de su análisis, y nos proponemos recomponerlo para su ~~siempre parcial~~- síntesis y cierre.

No ofreceremos ~~tipos ideales~~” a modo de identificación de distintos ~~proyectos profesionales~~” porque justamente el desarrollo de la dimensión política profesional nos ha arrojado una primera conclusión. El análisis situado, en los contextos socio-ocupacionales donde intervienen profesionalmente los trabajadores sociales muestra una complejidad enorme para tipificar su capacidad creadora y plural en la elaboración de respuestas a los desafíos que plantea el mismo acontecer profesional. Aun así, la complejidad desarrollada nos ofrece un sinnúmero de categorías para el análisis de la acción política en la profesión, que en sí misma afirma la existencia y disputa de sentidos y acción en los trabajadores sociales.

Para mayor claridad, no podremos decir que existen proyectos profesionales ~~peronistas~~”, ~~revolucionarios~~”, ~~conservadores~~” o ~~reaccionarios~~”. Tampoco diremos que existen ~~feministas~~”, ~~machistas~~”, ~~asistencialistas~~”, ~~profesionalizantes~~”, ~~de los trabajadores~~” o ligados a la dependencia ~~gubernamental~~”. No podremos tampoco hacerlo ante tipificaciones de ~~burocráticos~~”, ~~democráticos~~”, ~~cooptados~~” u ~~horizontalistas~~”. No lo haremos, aunque todas esas categorías han sido identificadas, debatidas e insertas en la complejidad del análisis que conllevan, porque efectivamente forman parte del análisis de los proyectos profesionales en Trabajo Social.

Sin embargo, conectando los puntos destacados en los debates y formas de acción identificadas podemos establecer las siguientes relaciones –que no pretenden ser exhaustivas, permanentes ni deterministas:

Existen colectivos profesionales que bregan por una concepción del Trabajo Social ligado a un surgimiento y desarrollo en tanto disciplina científica, y en ese sentido la intervención profesional como proceso creador de conocimientos, especialmente ligado a la resolución de problemáticas sociales que surgen producto de la cuestión social. Categoría que en sí misma, acompaña la lógica de un Estado que emplea “cientistas sociales” para la producción de conocimiento respecto de problemáticas se propone voluntariamente resolver, en tanto la cuestión social resulta de desvíos en la tendencia integrativa de la sociedad, y el Estado como garante de tal dinámica. Así, aparecen concepciones que necesariamente ligan las políticas sociales a la garantía estatal de re-distribución de las riquezas socialmente creadas.

El correlato organizativo a lo anterior se produce, en el ámbito formal, en apuestas sectoriales a las instituciones de la categoría profesional, con una fuerte ligazón con el Estado, en tanto coordinación de esfuerzos por producir conocimientos para la resolución de problemáticas. Aquí la autonomía aparece vinculada al ejercicio profesional, aunque resulta en un peligro si se escinde del control estatal y para con la relación usuarios-profesionales. En el ámbito informal, las apuestas organizativas se centran en la creación de grupos y colectivos organizados alrededor de la misma lógica: la producción de conocimientos, el mejoramiento de las políticas sociales y de la intervención profesional, desde una perspectiva que privilegie la habilidad técnica para su ejecución.

En el sentido de privilegio de lo técnico, encontramos colectivos que se centran en la profesionalización, jerarquización y especialización del Trabajo Social como vía para la mejor pericia interventiva, en tanto profesional prestador de servicios a la población, así como por la propia carrera, vista como necesidad –colectiva- en la que se produce una inversión personal.

Cabe destacar que aquí importan, en tanto claves para la acción organizada formal e informal, las relaciones institucionalizadas, previstas, estatutarias, acordadas y permitidas jerárquicamente (todas estas características tendientes a la burocratización de los procesos), así como las metas que legalicen o institucionalicen en el Estado o en las propias instituciones, las transformaciones logradas a partir de las problemáticas identificadas. No forman parte de estas experiencias organizativas las tradiciones políticas de mayor generalidad –agrupacional, partidarias- en tanto no se incluyen en el repertorio profesional – porque parecen negar este último componente. Tampoco emergen las lógicas de tensión en la

correlación de fuerzas, la conflictividad como motor transformativo en el Estado, o el análisis del movimiento socio-sanitario como producto de las desiguales e injustas relaciones de producción en nuestra sociedad. En todo caso, las reformas puntuales sobre las problemáticas tenderán a la resolución de las mismas, o –en todo caso- significarán el mayor esfuerzo posible de realizarse desde los límites que se interpretan como inmodificables.

En tanto establecimiento más o menos estable de alianzas, estas lógicas organizativas antes esbozadas se presentan conjuntamente con colectivos cuyas nociones de Estado, políticas sociales y posibilidades de la intervención profesional difieren, pero encuentran puntos en común para la conjunción de metas. Esto es cuando se produce una ligazón entre las concepciones de Estado y gobierno, y éste último es comprendido negativa o positivamente para las condiciones de vida de la población atendida en general, y en menor medida, las propias profesionales.

Aquí aparecen concepciones sobre el Estado en su capacidad de moldear sus aspectos integrativos o inherentemente conflictivos en función del gobierno que detente su dirección. Asimismo, las lógicas de las políticas sociales expresan su carácter controlador, moralista, meramente re-distributivo y paliativo, su tamaño y dinámica de ampliación y regresión en función de las intencionalidades gubernamentales (o todo lo contrario). Las mismas políticas, en otro contexto pueden expresar verdaderos reconocimientos de la igualdad de la ciudadanía, el reconocimiento de derechos en clave de las reivindicaciones de los trabajadores, del feminismo –institucionalista-, entre otras. Pueden aparecer también vinculados a la lógica de distribución de las riquezas, en tanto justicia y embate a los grandes capitales, desde el seno del Estado.

La intervención profesional aquí se encuentra fuertemente vinculada con las posibilidades técnicas de realizarse –y de allí las necesidades formativas, o de condiciones laborales- pero fundamentalmente ligada a la voluntad y espíritu militante, habitando espacios socio-ocupacionales estatales desde el ánimo voluntarista, romántico y fortalecedor de los mismos, a las cuales se les niega sus contradicciones en tanto instituciones del Estado. Así como comparten la lógica organizativa institucionalista antes mencionada, se agrega para los profesionales la posibilidad de erigirse, como camino profesional, en funcionarios del Estado, en tanto militantes gubernamentales de direcciones positivas para el interés general.

Por último, la intervención aquí se encuentra fuertemente limitada e impedida cuando se topa con una visión negativa gubernamental, explicando sus imposibilidades mediante perspectivas regresivas de los gobiernos o las gestiones institucionales –negando las

tendencias sociales, expresadas en los modos de producción y reproducción social, las dinámicas de luchas de clases, las grandes determinaciones, entre muchas otras-.

Asimismo, aparece la posibilidad de habitar las instituciones del colectivo profesional en tanto apuesta al fortalecimiento de los proyectos gubernamentales, y de sus cuadros dirigentes como apuestas para la construcción de funcionarios estatales. Podríamos identificar esto como una legitimación de la cooptación de los lugares y espacios de representación profesional. En esta perspectiva, la autonomía nuevamente no parece encontrarse privilegiada en los debates, en tanto produciría rupturas entre los colectivos militantes y los gobiernos, cuando estos aparecen positivamente comprendidos por los mismos.

Siguiendo con la identificación de colectivos, sus supuestos y experiencias organizativas; existen también espacios de construcción de fuerzas militantes en la profesión, que no se vinculan con la lógica gubernamental, pero sí con la agrupacional y/o partidaria, más fuertemente identificada con corrientes llamadas de “izquierda”. Esto es, agrupaciones y partidos de enjambre clasista, cuya concepción de la cuestión social, el Estado y las políticas sociales son distintas a las anteriores mencionadas.

Aquello es, se centran en las perspectivas identificadas con el conflicto inherente a los modos de producción y dominación, así como al Estado en tanto garante de las formas de dominación y explotación –en visiones más o menos restrictas del mismo- y las políticas sociales en tanto la expresión de las luchas sociales que las engendran y otorgan sus dinámicas en los movimientos de aumento y retracción. En estos colectivos, la categoría de autonomía relativa profesional para desarrollar procesos que no sean meros reproductores de las lógicas antedichas resulta de relevancia. Así, los supuestos de desigualdad y dominación no tienden a buscar, necesariamente, reivindicaciones hacia las instituciones, su formalización o legalización en las mismas, pero sí luchas y logros en tanto desmercantilizantes, libertarias, etc.

Aquí las experiencias organizativas se encuentran más o menos dependientes de las estructuras agrupacionales o partidarias antes mencionadas, a los fines de fortalecer los procesos que allí se producen, incorporar energías militantes a esos espacios, o crear círculos donde se difundan sus ideas, perspectivas y formas de lucha. Es por esto que se producen los acercamientos a las instituciones formales de la categoría profesional, así como a los sindicatos, federaciones, universidades, y también a los espacios de informales de organización colectiva.

Como alianzas significativas, encontramos también los colectivos críticos con las categorías y supuestos tradicionales para con las concepciones sobre la profesión, la

intervención, el Estado, los gobiernos, la cuestión social, las políticas sociales, y el debate sanitario en sí mismo. Sin embargo, también se identifica una mayor independencia de las estructuras partidarias militantes tal y como se mencionó previamente, generando círculos y grupalidades organizativos. En los mismos, se privilegian las acciones de recuperación de las instituciones del colectivo profesional para la vehiculización de estas concepciones críticas con la realidad socio-ocupacional del Trabajo Social. Asimismo se privilegian las gestiones institucionales democráticas, desburocratizadas y horizontalistas. De la misma manera se apuesta a estructuras informales de organización, con los criterios antes mencionados, apostando por la representación genuina y despersonalizada de los intereses colectivos.

Estos colectivos parecen, en ocasiones, subsumidos a lógicas partidarias y agrupacionales sin necesariamente ser conciente de aquello; lo mismo que los colectivos inicialmente mencionados con mayor cercanía a la profesionalización y tecnificación del Trabajo Social, a su vez subsumidos a colectivos militantes más partidarios-gubernamentales. Esto se debe, como hemos adelantado, al velo de ocultamiento que existe en la organización colectiva contemporánea, especialmente post años setenta y el terrorismo de Estado, en lo que respecta a la clarificación de las pertenencias partidarias y agrupacionales en la particularidad del colectivo profesional.

Entonces, hemos ofrecido, como corolario final de este capítulo, el establecimiento de relaciones a partir de aquello que nos ha ofrecido el propio discurso profesional, relevado en las entrevistas realizadas a trabajadores sociales del ámbito sanitario del SES de la CABA. La complejidad ofrecida ha intentado establecer múltiples diálogos en una pluralidad de contenidos y formas que hacen a los debates sobre los proyectos profesionales en Trabajo Social, como profesión inserta socio-ocupacionalmente en el ámbito de la salud pública.

Por último, cabe destacar que la intencionalidad de conquista de la hegemonía en la dimensión política humana es intrínseca a la búsqueda de hacer prevalecer la propia visión de sociedad, erigido como interés general¹¹⁹. En ese sentido, de los colectivos antes mencionados, se evidencia, por expansión en la representación institucional, por la lógica imperante de la intervención en los SSH, y por la permeabilidad en los discursos del colectivo profesional, ciertas hegemonías, disputadas por subalternidades en franca lucha por su detrimento.

Como proyectos profesionales hegemónicos, afirmamos que prevalecen las perspectivas cuya centralidad está en el reconocimiento de una fuertísima presencia del

¹¹⁹ Ver Nota al pie N° 7, donde definimos en el capítulo introductorio de este documento la noción general de hegemonía que se reitera aquí, trabajada desde los aportes de Antonio Gramsci (1971, 2013).

Estado como principal dador de sentidos. Esto es: el Estado creador de la profesión, vehiculizador de las demandas sociales, representante de las mismas en tanto creador de respuestas – políticas sociales, que se constituyen en espacios socio-ocupacionales para la intervención de los trabajadores sociales. Estos procesos, sus límites y posibilidades, parecen estar sobre todo condicionados por el signo positivo o negativo gubernamental (en tanto sinónimo de –Estado”), y por lo tanto, las energías organizativas del colectivo profesional parecen estar más concreta y eficientemente direccionadas cuando se relacionan directa o contrariamente con las estructuras partidarias de gobierno, y se ubican en espacios organizativos neurálgicos para aquellos fines. Así, los Estados, y los modos de producción y dominación que sustentan parecen ser inmutables o estar fuera del alcance de las transformaciones que se proponen colectivamente los trabajadores sociales.

En tanto presencias de las subalternidades, estas tienen la tarea de perseguir sus propias utopías, así como destinar energías al socavamiento de la hegemonía imperante. Pensar por fuera del Estado, o contra el Estado, siendo critiques con las políticas socio-sanitarias donde nos insertamos, con las que interlocutamos y en las que destinamos – apasionadamente en muchos casos- nuestra energía laboral, es un desafío, hoy, fuera del sentido común de los trabajadores sociales. Construir autonomías relativas para la disminución de la dependencia institucional, jerárquica y gubernamental, habitar instituciones y organizaciones informales con lógicas abiertas, horizontales, de acción directa y de embate a las regresiones en materia sanitaria y laboral local, nacional e internacional, resulta arduo y con pocas posibilidades de masificación.

Aún así, la dimensión política humana, es aquella que se ocupa de crear nuevas realidades, y no se contenta con reproducirlas. En ese camino, es que se encuentran las disputas sobre los proyectos profesionales que encarnan los trabajadores sociales, quienes lo afirman contundentemente:

–Lograr transformaciones, incidencia en la política pública, alguna posibilidad de lucha colectiva”

–Hay avances y retrocesos. Hay temáticas que se instalan y según cómo se instalan tenés mayor capacidad de maniobra. Y hay otras que se retroceden. Y creo que también eso es necesario de leer... ”

–No me la imaginaría sin espacios colectivos la profesión. Porque me parece que parte de la profesión y el componente político tiene que ver con una cuestión de lucha y la lucha para mí es colectiva”

–La posibilidad de pensar con otro, generar acciones colectivas, pensar algún tipo de incidencias... es una sinergia que ayuda para el laburo de todos, ¿no? Pensar más desde lo colectivo el laburo... Algo más macro, que no sea la asistencia mía en el consultorio con la persona”

–Nos permite pensar otras salidas que no sean individuales a este tipo de situaciones. Salidas profesionales, colectivas. Eso tiene una potencialidad que lo individual no lo va a tener nunca ”

CONCLUSIONES: LA RECONSTRUCCIÓN DE LA TOTALIDAD. LOS PROYECTOS PROFESIONALES COMO MATRIZ PARA ANALIZAR LA DIMENSIÓN POLÍTICA DEL TRABAJO SOCIAL

Este documento se constituye como el informe final de la investigación que se realizó en el marco de la Maestría en Trabajo Social de la UNLP. El objetivo propuesto fue el de situar y analizar las múltiples expresiones de los proyectos profesionales que se desarrollan y atraviesan a los SSH del SES de la CABA en la contemporaneidad.

La presentación de la tarea investigativa realizada se organizó en tres momentos: primero, a partir de la reconstrucción histórica de la contemporaneidad de los SSH en el SES, cuestión que hemos trabajado en los primeros dos capítulos de este documento. Segundo, a partir de reconocer y distinguir la pluralidad de fundamentos y supuestos que emergen en el ejercicio de la profesión de los trabajadores sociales que se desempeñan en el espacio socio-ocupacional seleccionado, se identificaron y desarrollaron los debates que se suscitan a partir de los mismos. Y tercero, se analizaron las formas y características que asumen las disputas estratégicas por orientar el accionar de los trabajadores sociales en los SSH de la CABA. Estos dos últimos momentos, los hemos abordado en el tercer capítulo de este documento.

Sin embargo, resultó necesario anteponer una vía de entrada para hacer de la presentación un escrito que pudiera ofrecer los elementos para comprender las decisiones y desarrollos que se fueron presentando. Esto fue, elaborar el capítulo introductorio, que se ocupa exclusivamente de plantear las claves analíticas desde las que se re-construyó la categoría de proyectos profesionales que motivó la investigación.

Del capítulo introductorio, recuperamos aportes que se constituyen como hallazgos. En la recuperación de antecedentes, afirmamos que la categoría de proyectos profesionales trabajada por autores especialmente situados en Brasil y Argentina, ofrecían las claves para expresar una realidad vedada en el colectivo profesional. Esto es, que la profesión no es monolítica, sino un ámbito de debate político –primer aporte- en donde existen espacios, discursos y prácticas disputables para orientar la visión colectiva que se sustenta del Trabajo Social –segundo aporte-.

La categoría disponible se encontraba definida pluralmente por diferentes autores, aunque con características en común, cuya crítica fue la de no ofrecer claves inteligibles para la puesta a prueba de la misma en un colectivo de trabajadores sociales insertos socio-ocupacionalmente en un determinado momento histórico. Los proyectos profesionales se

encontraban fundamentalmente definidos para identificar cierta selección de objetivaciones de los mismos, y especialmente de aquellos que se valoran desde un colectivo determinado, y que afirma la existencia de la propia visión. Así no resultaba posible emprender una tarea investigativa sobre un campo determinado, en tanto no era el objetivo adentrarse en el mismo con apriorismos conceptuales o prácticos (contando con tipificaciones previas, o con elementos preseleccionados para el análisis), sino reconstruirlos históricamente, para que emerjan, del mismo espacio, las claves que permitan identificar la expresión general de los proyectos profesionales.

Para ser específicos: contar previamente con claves permite identificar las propias visiones, y contraponer el resto a ellas. Esto no sólo redundaba en análisis que priorizan la reconstrucción de “un” proyecto profesional, sino que además pierden de vista expresiones que sencillamente no han entrado en el propio repertorio. Aparecían mayoritariamente proyectos “críticos” y “conservadores” contraponiendo premisas entre los primeros y segundos.

El análisis de las producciones conceptuales nos permitió reordenar los aportes sustanciales de los autores y resituar una definición que recabe los aspectos generales de los proyectos profesionales en el colectivo de trabajadores sociales, sin adentrarnos en operacionalizaciones de la categoría que reincidan en los apriorismos antes mencionados.

Entonces, propusimos la siguiente definición: *Los proyectos profesionales son las matrices donde se concretan las formas que les profesionales trascienden las determinaciones del Trabajo Social como producto histórico de las relaciones de producción capitalistas en una doble y mutuamente imbricada dimensión: los supuestos y fundamentos que dan sentido a la profesión, y las formas y características que asumen las disputas estratégicas por aquellos sentidos en los contextos históricos donde las relaciones de fuerzas se desarrollan.*

Aquello, en el desarrollo de la investigación, reorientó los interrogantes a responder y el acercamiento a los trabajadores sociales a entrevistar, y permitió acercarse al espacio socio-ocupacional (por cierto, reiteramos, conocido y habitado por quien escribe) con nuevos objetivos y necesidades de reconstrucción de aquello que se presenta como dado. La definición implica, primero, afirmar que los trabajadores sociales nos encontramos insertos en determinaciones para nuestras prácticas, y que aquellas son ineludibles, nos enmarcan las demandas que no podemos evitar responder, y nos ofrecen la realidad material y simbólica desde la que realizamos nuestros procesos de intervención profesional, organizamos nuestra tarea y, también, nos planteamos interrogantes y desafíos futuros.

Es decir, no nos planteamos desafíos por fuera de las determinaciones socio-históricas, porque estaríamos debatiendo en el terreno de la ficción, la individualidad y la imaginación. Sin embargo, para discutir sobre la existencia de proyectos profesionales, y la ideación futura que realiza cada colectivo del devenir de la profesión, lo hacemos a partir de la realidad de la misma, y desde allí es que hemos elaborado los primeros dos capítulos de esta investigación.

Reconstruir históricamente la contemporaneidad de los SSH en el SES en la actualidad ha sido una tarea definitivamente desafiante, por la falta de producciones que trabajen dicho espacio y momento histórico. Construimos aquí un aporte colectivo que han realizado les entrevistades a propósito de dar cuenta de su propia tarea y sus visiones sobre la misma. Las trayectorias de les entrevistades, nos han ofrecido un ciclo abierto desde los años setenta hasta la actualidad.

Aquel ciclo se caracterizó por la presencia de crisis que fueron reconstruyendo históricamente la dinámica de movimiento, compases y descompases del sanitarismo argentino y específicamente porteño. Delimitación histórica también coincidente con una gran cantidad de producciones de las Ciencias Sociales que ubican en este proceso rupturas significativas en los modos y características de la acumulación, explotación y dominación en las sociedades, así como las respuestas estatales a la dinámica de conflictividad que se emana de estos quiebres.

La particularidad de la reconstrucción histórica del acontecer de les trabajadores sociales en el ámbito socio-sanitario nos ha arrojado hallazgos en el análisis y las claves para continuar construyendo respuestas a los interrogantes en torno a los proyectos profesionales que desarrollan.

En el capítulo primero, hemos comprendido que la hegemonía conservadora en la profesión –acompañando la regresividad propia de su momento histórico- explicaba la fuerte clausura del espacio socio-ocupacional, aún reconociendo su lugar subsidiario. Aquella regresividad comenzaría a marcar una tendencia hacia el quiebre del significado social de la profesión ligado con el higienismo en el marco sanitario. Esto se dará en lo que hemos llamado la gestión “de la barbarie”, expresando a la salud como una mercancía que pudiera ser accesible o inaccesible en función de las posibilidades individuales, generando nuevos discursos en torno a la salud, enfermedad y muerte.

En ese contexto, las transformaciones de las políticas sociales nos arrojaron ciertos caracteres que se mantendrán como ejes de las reformas sanitarias a lo largo de todos los años de reconstrucción histórica, marcando una continuidad en el ciclo delimitado. Esto es: *la mercantilización, individualización, precarización, segmentación, focalización y*

asistencialización de las políticas socio-sanitarias. En los setentas esto se expresó vía el arancelamiento o la ruptura de la expansión de los centros de salud. En los ochentas y noventas lo hizo vía las concesiones formales y estructuraciones funcionales para luego abandonar la estrategia democratizadora y expresarse vía declaraciones de emergencia, límites presupuestarios, retiros voluntarios y aplastamiento de los salarios, pérdidas de dotación, descentralización y autogestión hospitalaria. En todas sus expresiones, las políticas sanitarias mostraron una dinámica regresiva, aún frente a las concesiones formales realizadas, o los efectos de ralentización y/o las particularidades que pudieran disputarse en cada institución.

Aún así, el colectivo profesional encontró los espacios para el debate y organización profesional, pero pivoteando sobre los desafíos que estas (y no otras) determinaciones planteaban. Hemos analizado la vía de *elaboración de proyectos de ley para el ejercicio profesional, de luchas por la diversificación de la distribución ocupacional, el aumento y la diversificación de la dotación vía la residencia, la creación de instituciones de la categoría profesional, y las reorganizaciones de los procesos de trabajo en conjunto con las paulatinas renovaciones del perfil profesional, entre otras.*

Concluimos entonces que prevalecen ciertas respuestas –y no cualquier otro repertorio-, en la intervención y en la organización, según las posibilidades históricas y el desarrollo de la correlación de fuerzas efectivamente presente en el colectivo profesional. Aún así, sintetizamos que en los SSH, para este momento histórico, parece prevalecer una lógica burocrática, subalterna y de control.

En el capítulo segundo, y entrando en el ciclo histórico que se abre con la crisis orgánica del año 2001, volvimos sobre la caracterización de las determinaciones históricas contemporáneas, pero a la luz de sus antecedentes, sin producir rupturas. Esto es, que generen la imagen de “recuperación” centrada en la experiencia de pauperización e incapacidad de respuesta del SES ante las presiones poblacionales sobre las prestaciones estatales, que se expresaron traumáticamente en la intervención profesional.

En este momento, las reformas en el concierto internacional, de aplicación nacional y las particularidades locales se direccionaron indudablemente hacia la instalación de los seguros de salud. En esta lógica, *el SES evidenció un fuerte acotamiento de su atención hacia la población más pobre, ofreciendo prestaciones individuales y precarias. La segmentación, focalización y asistencialización fueron los ejes con mayor profundización en la reforma sanitaria, aún aunque se hayan producido con discursos universalistas y de garantía de derechos a la salud.*

En los primeros años de esta reconstrucción se conjugó la “recuperación” de la atención de una parte de la población, pero con la precarización asistencial y laboral para los profesionales. Esto se logró con fuertes componentes legitimadores de la acción (recursos, prestaciones, y la gestión de las propias organizaciones colectivas en el Estado). Tras la crisis coyuntural que da paso a las gestiones macristas en la CABA, los primeros componentes regresivos persistirán, pero se prescindirá de los componentes legitimadores: se producirá una mayor aún reducción de las prestaciones, así como, mayoritariamente, se negará o cooptará el componente colectivo.

Para el colectivo profesional, en estos años, las determinaciones sociales significaron embates fuertes a las posibilidades de intervención, a la barbarización de la demanda institucional, la asistencialización de la demanda social, así como se atravesó por una creciente anomia institucional como vía de vaciamiento de las políticas socio-sanitarias. A su vez, estos contextos permitieron discutir, reorientar y producir la reorganización de la tarea en los SSH, *la renovación más significativa del perfil profesional, la conquista social de marcos legales progresivos con ciertas reivindicaciones sanitarias y la autogestión de nuevas estrategias y dispositivos para la intervención profesional autónomamente construida.*

Así es que hemos concluido en la identificación de las grandes determinaciones socio-históricas, y las posibilidades de debates y formas organizativas que han florecido de las mismas. Sólo a partir de reconocer la amalgama histórica donde hemos pisado, se puede comprender las orientaciones que se le dieron a las estrategias políticas llevadas colectiva y pluralmente a cabo para orientar la acción profesional. Sólo así fue posible comprender las expresiones de los proyectos profesionales en la profesión situada en un espacio socio-ocupacional determinado.

Por último, nos hemos adentrado en los contenidos y las formas en las que se trascienden las determinaciones históricas como expresión de la dimensión política profesional. Esto es, la pretensión de distintos colectivos de colegas de conquistar la hegemonía –la expresión del interés general- para orientar el devenir de la profesión en el ámbito del SSH, a partir de la interpretación y comprensión activa que realizan de los desafíos que sus propios colectivos transitan en la inserción socio-ocupacional desde donde se insertan.

Allí hemos evidenciado las lógicas plurales, pero también sincréticas y eclécticas, para conocer e interpretar los contenidos y supuestos profesionales. Lo hemos trabajado a partir de las categorías que surgen del debate profesional, las cuales fueron: la propia definición del Trabajo Social y la intervención, el Estado, las políticas sociales, la cuestión social y los sujetos usuarios con los que trabajamos. El debate, obturado, ocultado o sencillamente poco

concientizado, resultará en nuevas posibilidades para la apertura de nuevos desafíos para los profesionales. *Aún así, las hegemonías presentes abonan a un Trabajo Social que hemos caracterizado como estatalista, ligado a las lógicas de aceptación o rechazo de las estructuras gubernamentales, y profundamente vinculado con las lógicas de reproducción o transformación siempre que éstas se produzcan en los límites institucionales.*

Los anteriores debates los hemos visto colectivamente expresados en la organización de la categoría profesional, la cual hemos abordado desde las expresiones registradas en los propios discursos profesionales. Esto es: la organización formal e informal, y sus lógicas y dinámicas políticas: la institucionalización, democratización, burocratización, cooptación y recuperación de espacios; las agrupaciones y partidos políticos; la autonomía, acción directa, participación y representación, han sido las categorías que vehiculizaron un análisis concreto de las organizaciones del colectivo profesional.

Evidenciamos entonces el gran repertorio de los trabajadores en el ámbito sanitario, expresado como esfuerzo colectivo por tensar las determinaciones históricas, y conquistar posiciones que han considerado favorables para su propia intervención y organización. El mayor desafío radica, quizás, en la identificación de las plurales visiones de sociedad que se sustentan en el repertorio político, pudiendo afinar los debates del “para qué” de la participación en la política de la categoría profesional.

Desde esta investigación, se pudieron realizar algunas síntesis en relación a las luchas por la hegemonía en los proyectos profesionales que compleja y pluralmente se expresan en el colectivo profesional inserto en los ámbitos sanitarios. Se identificaron proyectos que no podremos sintetizar aquí llamándolos de alguna manera, porque justamente sería incidir en tipificaciones simplificadoras de lo trabajado. Diremos que hemos encontrado *sistemas de alianzas donde se producen disputas, arreglos, acuerdos, objetivaciones del colectivo profesional y se avanza sobre ciertos debates –así como se dejan otros fuera.*

Mientras se escribieron las últimas partes de este informe final de investigación los trabajadores sociales y los trabajadores en el ámbito sanitario, atravesaron desafíos inusitados, propios de escribir un nuevo capítulo en torno a las transformaciones y rupturas en las determinaciones socio-sanitarias. Durante todo el año 2020, y hasta hoy, la sociedad toda se encuentra atravesando una pandemia mundial, donde la lógica se repite.

Aquello es: un SES con precarias capacidades de respuesta y un Estado empleador precarizador de sus trabajadores –quienes ahora han pagado con aún más empobrecimiento, pero también con su propia salud y en muchos casos, con sus vidas. Los discursos han vuelto a tensionar enormes debates en torno a la noción de enfermedad, acceso a la salud, reformas

sanitarias necesarias y sus relaciones con las condiciones de vida de la población. Podríamos decir que en nuestra profesión, tentativamente y expresando una mayoría no unívoca, las características eclécticas se han puesto al servicio de construir discursos tendientes a la biologización y medicalización de un fenómeno societal.

Los debates no han tardado en aparecer: aquello esperado por los organismos internacionales, los gobiernos nacionales y los locales han recrudecido las tensiones en torno a la ligazón entre el colectivo profesional, los gobiernos y la intervención profesional, así como las expresiones más organizativas. Las retóricas militantes, de lucha, tecnicistas, institucionalistas, y las organizaciones formales han mostrado sus limitaciones cuando evidenciaron sus compromisos con la cooptación, burocratización, falta de representación –o también sus posibilidades, cuando expresaron trayectorias contrarias.

Aún así, los trabajadores y los colectivos organizados lograron reivindicaciones coyunturales –acceso a la reorganización del trabajo, protección personal en la asistencia, vacunas, licencias- y también históricas, especialmente la legalización del aborto en la Argentina, promediando la última semana de un año para el análisis pormenorizado en materia de sanitarismo, en el mundo y en la Argentina.

A todes nosotres, en sus lugares, tensiones, luchas, debates y caminos: ¡Salud!

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Médicos Municipales (2011). *Mundo Hospitalario* (Año XX, N° 167). Recuperado de: <https://www.medmun.org.ar/varios/cct.pdf>
- Altimir, Beccaria, Rozada (Diciembre 2002). La distribución del ingreso en Argentina, 1974-2000. *Revista de la CEPAL* 78. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/10851-la-distribucion-ingreso-argentina-1974-2000>
- Antunes, R (2001). *¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre la metamorfosis y la centralidad del mundo del trabajo*. Brasil: Cortez Editora.
- Antunes, R (2005). *Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Buenos Aires: Ediciones Herramienta, Taller de Estudios Laborales.
- Banco Mundial (1993). *Invertir en Salud*. Recuperado de: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>
- Banco Mundial (Noviembre 2009). *Results-based financing at the World Bank. Argentina: Plan Nacer*. Recuperado de: http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Nacer.pdf
- Banco Mundial (Septiembre 2013). *Argentina, Plan Nacer: Resultados concretos para la madre y el niño*. Recuperado de: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/09/24/argentina-plan-nacer-resultados-concretos-para-la-madre-nino>
- Banco Mundial (Febrero 2015). *De la evidencia a las políticas. Aprendiendo qué estrategias funcionan para mejorar mejores programas y políticas públicas*. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/233521467998506777/pdf/95197-SPANISH-BRI-PUBLIC-Box393216B-35-SP-E2P-Argentina-Read.pdf>
- Basta, Roxana (2008). *Trabajo Social e institucionalización. Fundamentos teóricos, metodológicos y políticos de la formación e intervención profesional en instituciones de la provincia de Buenos Aires en las primeras décadas del siglo XX*. Tesis Doctoral. Buenos Aires: Universidad Nacional de Luján. Recuperado de: <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/241>
- Bertoia, L. C. (2013). *La dictadura en el Hospital Alejandro Posadas*. Aletheia, 3 (6), 18 p. En Memoria Académica. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.6101/pr.6101.pdf

- Bertolotto, A, Fuks, A, Rovere, M (2012). *Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto*. Saúde em Debate, 36(94), 362-374. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762009>
- Bloch, C (2007). *Hechos y palabras: La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ministerio de Salud - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).
- Bonazzola, P. (2009). *Ciudad de Buenos Aires: Sistema de salud y territorio*. S/D. Recuperado de: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/sist.pdf>.
- Bonnet, A (2009). *Las relaciones con el Estado en las luchas sociales recientes. Un planteo del problema a partir de la experiencia argentina*". En Bonnet y Piva (comp): *Argentina en pedazos. Luchas sociales y conflictos interburgueses en la crisis de la convertibilidad*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
- Bonnet, A (2012). *La crisis del Estado neoliberal en la Argentina*". En M. Thwaites Rey (ed.): *El Estado en América Latina: continuidades y rupturas*. Santiago de Chile: ARCIS-CLACSO. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/12CYUT3Y0eSbzPpX-hnpNTgJQ8-idZ5o6/view>
- Bonnet, A (2016). *La cuestión de la ceocracia y la naturaleza del gobierno macrista*". Herramienta. Revista de Debate y Crítica Marxista (59): 43-52.
- Bonnet, A y Piva, A (2010). *El estado kirchnerista. Un análisis de los cambios en la forma de estado a partir de la crisis de 2001*". VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-027/192>
- Bravo, E (2011). *Una perspectiva del desarrollo histórico de las organizaciones profesionales de los trabajadores sociales en la Argentina*". Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carballeda, A (2004). *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*". Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Carballeda, A (2007). *La intervención en lo social*". Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A (2008). *La Cuestión Social como cuestión nacional, una mirada genealógica*". Revista Margen. Edición N° 51 - primavera 2008. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen51/carbal.html>

Castel, Robert (1995). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*". Editorial Paidós: Buenos Aires.

Ciulli, V (2019). *El problema del estado en las investigaciones sobre políticas sociales en Argentina*". En Mallardi y Fernández (comp): *Cuestión Social y políticas sociales. Crítica a sus fundamentos y expresiones contemporáneas*. Buenos Aires: Puka Editora.

Coutinho, C (1999). *Dualidad de poderes. Estado, revolución y democracia en la teoría marxista*". San Pablo: Brasiliense.

Coutinho, C (2000). *Gramsci, el marxismo y las Ciencias Sociales*". En Montañó y Borgianni (comp) *Metodología y servicio social. Hoy en debate*". Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. San Pablo: Editorial Cortez.

Coutinho, C (2013, Mayo) *Pluralismo: dimensiones teóricas y políticas*", En Cátedra Libre Marxismo y Trabajo Social. Cuadernos de Teoría Social y Trabajo Social Contemporáneo: Coutinho: un pensador crítico de la sociedad burguesa. Año I. N° 1. Recuperado de: <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2014/03/cuadernos-ac3b1o-1-n-1.pdf>

CTS CABA (2017). *Discusiones sobre procesos de trabajo de trabajadores/as sociales en el marco de la precariedad laboral*". Publicación online recuperado de: https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/publicacion_condiciones-laborales.pdf

CTS CABA (2018). *Discusiones sobre procesos de trabajo, empleo estatal y salud laboral de trabajadores/as sociales*". Publicación online recuperado de: <https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Febrero-2018.-Discusiones-sobre-procesos-de-trabajo-empleo-estatal-y-salud-laboral.pdf>

De Marinis, P (2010). *Estado y comunidad, de los clásicos sociológicos a Parsons (y más allá)*". Propuesta Educativa [en línea], 61-70. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403041789008>

De Sousa Campos, G (2009). *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*". Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dulcich, R (2008). *Trabajo Social em tiempos de barbarie: Dilemas y desafíos para el proyecto profesional crítico en América Latina*". Tesis de Doctorado (UFRJ-2008).

Duré, I (2007, Agosto). *Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*". Revista de la Maestría en Salud Pública. ISSN: 1667-3700. Año 5- N° 9.

- Elbert, R. (2015). *–Informalidad en la estructura de clases de Argentina: ¿Es el proletariado informal una nueva clase social?–* Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales, 18(3). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3475/347543436005.pdf>
- Faur, E y Pereyra, Francisca P (2018). *–Gramáticas del cuidado–*. En Piovani, J.I. y Salvia, A: La Argentina del siglo XXI. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Flick, U (2015). *–El diseño de Investigación Cualitativa–*. Madrid: Ediciones Morata.
- García Delgado, D (1997 Mayo). *–La reforma del Estado en la Argentina: de la hiperinflación al desempleo estructural–*. Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 8. Caracas. Recuperado de: http://biblioteca.municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/reforma_argentina.pdf
- Gavrila, C (2016 Segundo semestre). *–Prevenir y persuadir. La radio y las Visitadoras de Higiene en las décadas de 1930 y 1940 en la ciudad de La Plata–*. Avances del Cesor, V. XIII, N° 15. pp. 93-111.
- Gianna, S (2015). *–Decadencia ideológica y Trabajo Social: crítica al debate contemporáneo profesional–*. La Plata: Dynamis.
- Gramsci, A (1971). *–El Materialismo Histórico y la filosofía de Benedetto Croce–*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gramsci, A (1980). *–Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado Moderno–*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Gramsci, A (2013). *–Antología–*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Grassi, Estela (1989). *–La Mujer y la profesión de asistente social: el control de la vida cotidiana–*. Buenos Aires: Editorial Humanitaas.
- Guerra, Y (2013). *–El proyecto profesional crítico: estrategia de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional–*. La Plata: Dynamis. Recuperado de: <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2014/03/guerra-y.pdf>
- Guzmán Ramonda, F (2011). *–CELATS: matriz teórico-política para um novo projeto profissional–*. Tesis de Maestría. Universidade federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço social, Programa de pósgraduacao em Serviço Social.

Guzmán Ramonda, F (2010), *“CELATS: Matriz de proyectos profesionales”*, Revista Cátedra Paralela N° 7, Rosario: Colegio de Profesionales de Trabajo Social y Escuela de Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario.

Iamamoto, Marilda (1992). *“Servicio Social y división del trabajo”*. San Pablo: Cortez Editora.

Iamamoto, M (2000). *“La metodología en el servicio social: lineamientos para el debate”*. En Borgianni y Montañó (orgs.) *“Metodología y servicio social, hoy en debate”*. San Pablo: Cortez Editora.

Iamamoto, M (2003). *“El Servicio Social en la contemporaneidad”*. San Pablo: Cortez Editora.

Iriart, C (2000). *“La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1): 95-105, jan-mar. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2000.v16n1/95-105/es>

Iriart, C y Waitzkin, H (2006). *“Argentina: no lesson learned”*. International Journal of Health Services, Volume 36, Number 1, Pages 177–196.

Iriart, C. (2008). *“Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias”*, Ciência & Saúde Coletiva. vol.13, n.5, pp.1619-1626. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/25.pdf>

Iriart, C. e Iglesias Ríos, L. (2012). *“Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad”*. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.43. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5112.pdf>

Iriart, C. (2014). *“Medicalización, Biomedicalización y Proceso Salud-Enfermedad-Atención”*. Disertación en la XI Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población del Instituto Gino Germani. FSOC.UBA. Buenos Aires. Recuperado de: http://xijornadasdesaludypoblacion.sociales.uba.ar/files/2014/11/Iriart_Celia.pdf

Laurell, A (1981). *“La Salud-Enfermedad como proceso social”*. Cuadernos médico sociales n° 19. Recuperado de: <https://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n19a061.pdf>

Laurell, A (2010). *“La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios”*. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 6(2):137-148. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/362/382>

Laurell, A (2012). *–Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos*”. OPS Ecuador. Conferencia y documento base Recuperado de: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-noticias-2012&alias=403-sistemas-universales-de-salud-retos-y-desafios&Itemid=599

López, X (2019). *–Transformaciones sociales y reconfiguración de los espacios socioocupacionales: Un análisis de las condiciones objetivas del ejercicio profesional*”. En Massa y Mallardi (comp): *–Aportes al debate de los procesos de intervención profesional del Trabajo Social*”. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Libro digital.

Manrique, A (1986). *–Educación popular y proyecto profesional*”. Revista Acción Crítica N° 19. Perú: Publicación del Centro Latinoamericano de Trabajo Social y de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/accioncritica/ac-cr-019-03.pdf>

Mallardi, M (2017). *–La intervención en Trabajo Social: mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional*”. En Mallardi, M. (comp) *–Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico*” La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Mallardi, M (2020). *–Sociabilidad, proyectos profesionales y organizaciones del colectivo profesional en Argentina: Elementos para el fortalecimiento de la autonomía profesional en Trabajo Social*”. Rev. Plaza Pública, Año 13 - N° 23.

Marx, K (1845). *–Tesis sobre Feuerbach*” Recuperado de: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/45-feuer.htm>

Marx, K. (1977) *–Líneas fundamentales de la crítica de la economía política (Grundrisse)*”. Tomo 21 OME Primera mitad, trad. Javier Pérez Royo, Barcelona: Crítica Grupo Editorial Grijalbo.

Matusevicius, J (2017). *–Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales*”. En Mallardi, M. (comp) *–Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico*” La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Meiksins Wood, E (2006). *–Estado, democracia y globalización–*. En: *–La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas–*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacion-virtual/20100720074721/19Wood.pdf>

MSN (2006). *–El programa Remediar. Gestión y resultados de un modelo innovador en APS–*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Recuperado de: http://186.33.221.24/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf

Moleda, M (2018). *–La cuestión social en el trabajo social argentino: debates y posturas contemporáneas–*. La Plata: Dynamis.

Moleres, M, Prieto, M. y Sobral Stuber, F (2016). *–Algunas consideraciones sobre la autonomía profesional–*. Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 04, N° 01: 102-110. Recuperado de: <http://www.redsocialesunlu.net/wp-content/uploads/2017/03/RSOC018-009-Algunas-consideraciones-sobre-la-autonom%C3%ADa-profesional-Moleres.pdf>

Montaño, C (2004). *–Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional crítico–*. XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. ALAETS. Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-045.pdf>

Montaño, C (1998). *–La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción–*. San Pablo: Cortez Editora.

Netto, JP (1992). *–Capitalismo monopolista y Servicio Social–*. San Pablo: Cortez Editora.

Netto, JP (2002). *–Reflexiones en torno a la cuestión social–*. En: VVAA, *–Nuevos escenarios y práctica profesional–*, Buenos Aires: Espacio Editorial.

Netto, JP (2003). *–La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea–*. En: Borgianni, E, Guerra Y, Montaño, C, *–Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional–*. San Pablo: Cortez Editora.

Oliva, A (2003). *–Los recursos en la intervención profesional del Trabajo Social–*. Tandil: GIyAS. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Oliva, A (2015). *–Trabajo social y lucha de clases: análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina–*. La Plata: Dynamis.

OPS (2003). *Argentina: Efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*". Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

PAHO (1978). *Declaración de Alma-Ata*". Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Pantanalli (2015). *Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina*". La Plata: Dynamis. Recuperado de: <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2015/04/pantanali-s.pdf>

Parra, G (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social: Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino*". Buenos Aires: Espacio Editorial.

Parra, G (2002). *Los proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social Argentino. Un recorrido histórico*". En: VVAA. *Nuevos escenarios y práctica profesional*". Buenos Aires: Espacio Editorial.

Parra, G (2004). *Reflexiones sobre debate contemporáneo en el Trabajo Social argentino*". Buenos Aires: Ed. Cooperativas/UNLu.

Pastorini, A (1999). *¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría concesión – conquista*". En Borgianni y Montañó (orgs.) *La Política Social Hoy*". San Pablo: Cortez Editora.

Piva, A (2011, primer semestre). *Una aproximación a los cambios en la Forma de Estado en Argentina (2002 – 2009)*". Revista THEOMAI N° 23. Recuperado de: http://revista-theomai.unq.edu.ar/NUMERO%2023/1_Piva%201-23_.pdf

Piva, A (2012). *Burocracia y Teoría marxista del Estado*". Revista Intersticios. Vol. 6 Núm. 2. Recuperado de: <https://www.intersticios.es/article/view/10299>

Pontes, R (2003). *Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente Social*". En: Borgianni, E, Guerra Y, Montañó, C, *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*". San Pablo: Cortez Editora.

Siede, MV (2015). *Trabajo social, marxismo, cristianismo y peronismo: el debate profesional argentino en las décadas 60-70*". La Plata: Dynamis.

Sautu, R (2005). *Fodo es teoría: objetivos y métodos de investigación*". Buenos Aires: Lumiere.

Seiffer, T y Rivas Castro, G (2019). *–De la teoría crítica de la política social a la crítica de la teoría de la política social. Elementos para el abordaje de la política social en Argentina como forma de reproducción de su especificidad histórica–*. En Mallardi y Fernández (comp): Cuestión Social y políticas sociales. Crítica a sus fundamentos y expresiones contemporáneas. Buenos Aires: Puka Editora.

Stolkiner, A (2001). *–Neoliberalismo y servicios de salud en argentina: Estudio de caso–*. España: Quadern CAPS. N° 30. Recuperado de: <https://www.caps.cat/images/stories/3stolkinrcast..pdf>

Svampa, M (2012). *–Consenso de los commodities, giro ecoterritorial y pensamiento crítico en América Latina–*. Movimientos socioambientales en América Latina. Revista del Observatorio Social de América Latina. Año XIII N° 32. Recuperado de: <http://maristellasvampa.net/archivos/ensayo59.pdf>

Tobar, F (2004). *–Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina–*. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington D.C: BID. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15117/politicas-para-promocion-del-acceso-medicamentos-el-caso-del-programa-remediar-de>

Travi, B. (2008). *–El Trabajo Social y las Ciencias Sociales. Aportes frente a la invisibilización y el –epistemicidio– disciplinar–*. Segundo Foro Latinoamericano: *–Escenarios de la vida social, el Trabajo Social y las Ciencias Sociales en el siglo XXI–*. La Plata, Buenos Aires: Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. 28,29, 30 de Agosto de 2008. Recuperado de: <http://www.diporets.org/ponencias/Travi%20II%20Foro%20UNLP%20corregido.pdf>

Trujillo, L (2017). *–La Argentina kirchnerista: Alcances y límites de una experiencia democrática sobre la distribución del ingreso (2003-2015)–*. Polis Revista Latinoamericana N° 46. Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas (CISPO). Recuperado de: <https://journals.openedition.org/polis/12289>

Thwaytes Rey, M (2004). *–La autonomía como búsqueda, el Estado como contradicción–*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Valles, M (1997). *–Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional–*. Madrid: Síntesis.

Varela, Nuria (2019). *–Feminismo para principiantes–*. España: Penguin Random House Grupo Editorial.

Villarreal, J (1985). *–Los hilos sociales del poder–*. En Jozami, E et al. *–Crisis de la dictadura argentina. Política Económica y cambio social–*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Vommaro, G (2015). *–Mundo PRO. Anatomía de un partido fabricado para ganar–*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espejo de la Argentina. Planeta. Ebook.

Vommaro, G (2019). *–De la construcción partidaria al gobierno: PRO-Cambiamos y los límites del –giro a la derecha– en Argentina–*. Colombia Internacional, núm. 99. pp. 91-120. Departamento de Ciencia Política y Centro de Estudios Internacionales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de los Andes.

Tobón, M (1985). *–Una Alternativa Profesional–*. Revista Acción Crítica N° 18. Perú: Publicación del Centro Latinoamericano de Trabajo Social y de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/accioncritica/ac-cr-018-04.pdf>