



Revista
electrónica
de la Secretaría
de Investigación
y Postgrado

FHyCS-UNaM

Nº 12 Julio 2019



► www.larivada.com.ar

La Rivada. Investigaciones en Ciencias Sociales.

Revista electrónica de la Secretaría de Investigación y Postgrado. FHyCS-UNaM

La Rivada es la revista de la Secretaría de Investigación y Postgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Es una publicación semestral en soporte digital y con referato, cuyo objeto es dar a conocer artículos de investigación originales en el campo de las ciencias sociales y humanas, tanto de investigadores de la institución como del ámbito nacional e internacional. Desde la publicación del primer número en diciembre de 2013, la revista se propone un crecimiento continuado mediante los aportes de la comunidad académica y el trabajo de su Comité Editorial.

Editor Responsable: Secretaría de Investigación y Postgrado.

FHyCS-UNaM.
Tucumán 1605. Piso 1.
Posadas, Misiones.
Tel: 054 0376-4430140

ISSN 2347-1085

Contacto: larivada@gmail.com

Artista Invitado

María Blanca Iturralde
mblancai@hotmail.com

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones.

Decana: Mgter. Gisela Spasiuk

Vice Decano: Esp. Cristian Garrido

Secretario de Investigación: Mgter. Froilán Fernández

Secretario de Posgrado: Dr. Alejandro Oviedo

Director: Roberto Carlos Abinzano

(Profesor Emérito/Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Consejo Asesor

- Dra. Ana María Camblong (Profesora Emérita/ Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Dr. Denis Baranger (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Dra. Susana Bandjeri (Universidad Nacional del Comahue/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina)

Equipo Coordinador

- Adriana Carísimo Otero
- Carmen Guadalupe Melo

Comité Editor

- Débora Betrisey Nadali (Universidad Complutense de Madrid, España)
- Zenón Luis Martínez (Universidad de Huelva, España)
- Marcela Rojas Méndez (UNIFA, Punta del Este, Uruguay)
- Guillermo Alfredo Johnson (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
- María Laura Pegoraro (Universidad Nacional del Nordeste, Argentina)
- Alejandra C. Detke (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas)
- Ignacio Mazzola (Universidad de Buenos Aires-Universidad Nacional de La Plata)
- Mariana Godoy (Universidad Nacional de Salta, Argentina)
- Carolina Diez (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina)
- Pablo Molina Ahumada (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)
- Pablo Nemiña (Universidad Nacional de San Martín, Argentina)
- Daniel Gastaldello (Universidad Nacional del Litoral, Argentina)
- Jones Dari Goettert (Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil)
- Jorge Aníbal Sena (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- María Angélica Mateus Mora (Universidad de Tours, Francia)
- Patricia Digilio (Universidad de Buenos Aires, Argentina)
- Mabel Ruiz Barbot (Universidad de la República, Uruguay)
- Ignacio Telesca (Universidad Nacional de Formosa, Argentina)
- Christian N. Giménez (Universidad Nacional de Misiones)
- Froilán Fernández (Universidad Nacional de Misiones)
- Bruno Nicolás Carpinetti (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina)
- María Eugenia de Zan (Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina)
- Juliana Peixoto Batista (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina)

Consejo de Redacción

- Natalia Aldana (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
- Lisandro Rodríguez (Universidad Nacional de Misiones/CONICET)
- Miguel Ávalos (Universidad Nacional de Misiones/CONICET)

Asistente Editorial

Antonella Dujmovic (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)

Apoyo Técnico

Federico Ramírez Domíñiko

Corrector

Juan Ignacio Pérez Campos

Diseño Gráfico

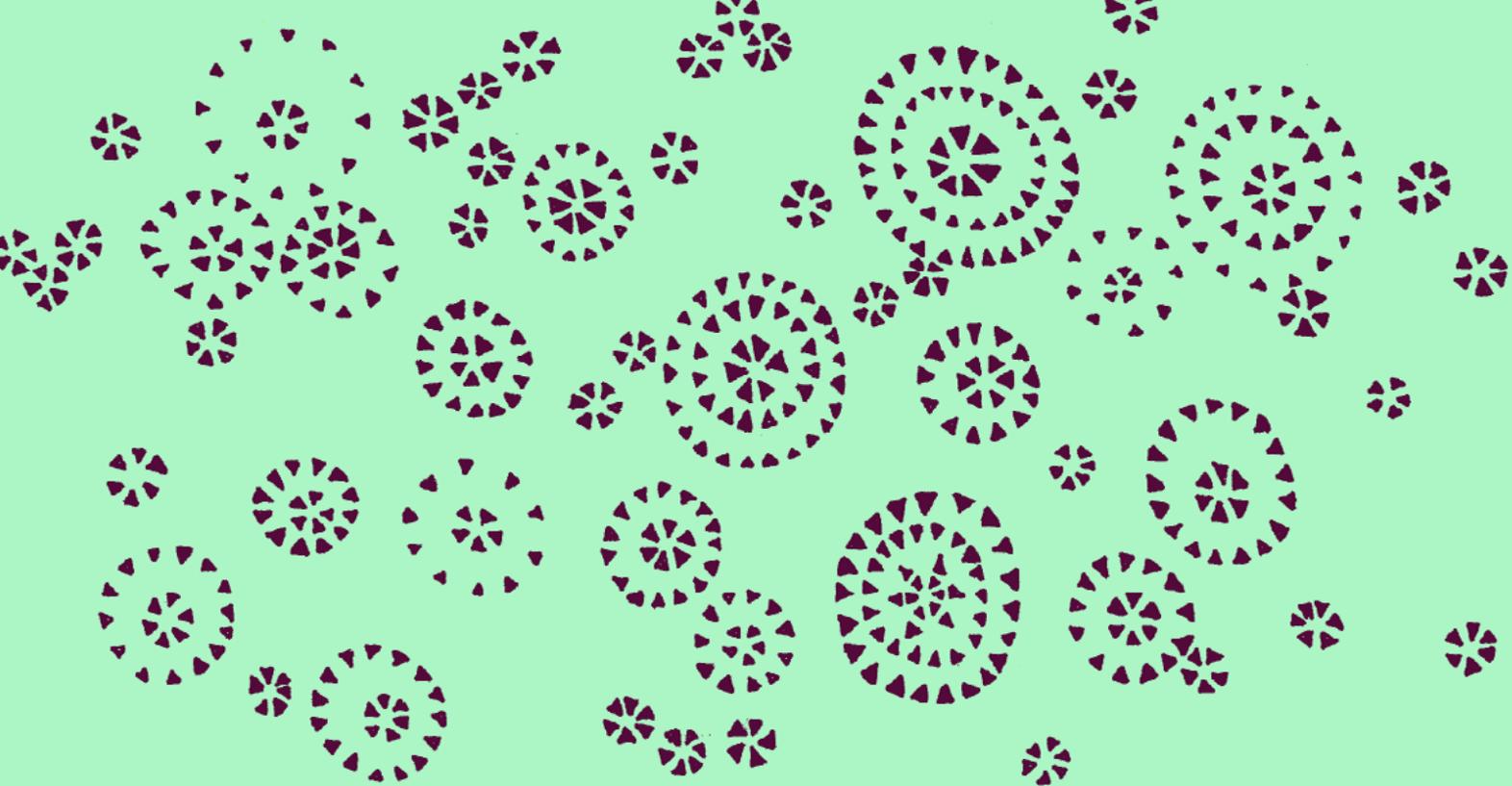
Silvana Diedrich
Diego Pozzi

Diseño Web

Pedro Insfran

Web Master

Santiago Peralta



ENSAYOS

¿Qué puede hacer la literatura?

Los bordes de un dilema

Por Silvia N. Barei

Poesía y resistencia. Notas para pensar
la poesía en la época de las
plataformas sociales

Por Valeria S. Rodríguez y Carolina R. Repetto

Ventanas de oportunidad para una
revisión del Trabajo Social en Salud en
la Argentina, de cara al Siglo XXI

Por Claudia S. Krmpotic

ILUSTRACIONES: **María Blanca Iturralde**

Ventanas de oportunidad para una revisión del trabajo social en salud en la Argentina, de cara al Siglo XXI

Windows of opportunity for a review of Social Work in health in Argentina, facing the XXI century

Claudia S. Krmpotic*

Ingresado: 17/05/19 // Evaluado: 02/07/19 // Aprobado: 18/07/19

Resumen

Este ensayo busca problematizar las intervenciones del Trabajo Social en el sistema sanitario biomédico, en torno de cuatro hitos que constituyen ventanas de oportunidad para componer encuadres y criterios alternos de desempeño profesional, en contextos urbanos y pluriculturales de Argentina. Se recuperan y resumen conceptos y observaciones emergentes de una línea de investigación consolidada desde 2008 a la fecha, a partir de un corpus compuesto por fuentes secundarias y primarias: bibliografía local y extranjera de trabajo social, sociología de las profesiones, medicina y antropología médica, así como programas, planes de servicios sanitarios y entrevistas con profesionales y dolientes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense, Neuquén, Salta y Jujuy. La tensión curar-cuidar, la referencia a los modos somáticos de atención, las diferencias con la clínica, y la salud en plural, conforman los ejes desde los cuales se propone revisar las intervenciones profesionales con efectos en las comunidades de práctica.

Palabras clave: ventanas de oportunidad - trabajo social sanitario - salud - diálogo transcultural



um
Universidad Nacional de Misiones

Abstract

This essay seeks to problematize the interventions of Social Work in the biomedical health system, around four gaps that constitute windows of opportunity to compose frameworks and alternative criteria of professional performance, in urban and pluricultural contexts of Argentina. Recover and summarize concepts and observations emerging from a consolidated line of research from 2008 up to the present, from a corpus composed of secondary and primary sources: local and foreign literature on social work, sociology of the professions, medicine and medical anthropology, as well as programs, plans and interviews with healthcare professionals and suffering in the Autonomous City of Buenos Aires, the Buenos Aires suburbs, Neuquen, Salta and Jujuy. The tension cure-care, the reference to somatic modes of attention, differences with a clinical approach, and health in the plural, are the axes from which to review the professional interventions with effects on communities of practice.

Keywords: windows of opportunity - social work in health - health - crosscultural dialogue



Universidad Nacional de Matanzas

Claudia S. Krmpotic

* *Dra. en Servicio Social (PUC-SP, Brasil), con Postdoctorado Interdisciplinar en Cs. Humanas (UFSC, Brasil), Magister en Ciencia Política (UNSAM, Argentina) y Lic. en Servicio Social (UBA, Argentina). Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina. E-mail: claudia.k@conicet.gov.ar*

Cómo citar este ensayo:

Krmpotic, Claudia S. (2019) "Ventanas de oportunidad para una revisión del trabajo social en salud en la Argentina, de cara al Siglo XXI". Revista La Rivada 7 (12), pp 115-126 <http://larivada.com.ar/index.php/numero-12/ensayos/215-ventanas-de-oportunidad>

Introducción

Este trabajo tiene como objeto plantear una serie de coordenadas que permitan problematizar y resignificar la agenda de desempeño del trabajador social en el sistema sanitario biomédico en la Argentina actual, en un contexto propicio para nuevas aperturas y el desarrollo de controversias tanto en el plano del conocimiento como de la gestión. Abreva en una línea de investigación consolidada de 2008 a la fecha (Krmptotic, 2016 a y b, 2013, 2011, 2010, 2008) que aborda la dinámica de los actores en salud y bienestar en contextos urbanos y pluriculturales, recuperando aspectos significativos de un corpus compuesto por fuentes secundarias y primarias: bibliografía local y extranjera de trabajo social, sociología de las profesiones, medicina y antropología médica, programas y planes de servicios sanitarios, junto al trabajo de campo realizado -tanto propio como de los equipos de investigación en los que se participa- con entrevistas a profesionales y dolientes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Conurbano Bonaerense, Neuquén, Salta y Jujuy, y algunos ejercicios de contraste con ciudades de España, Uruguay y Brasil. Si bien trasuntan elaboraciones que aplican al contexto argentino, muchos de los señalamientos pueden identificarse con tendencias latinoamericanas como globales. Respecto del trabajo social en particular, si bien insistimos en los contextos locales de práctica para poder interpretar los límites y posibilidades del accionar profesional, debemos tener en cuenta que recientemente fue sancionada la Ley Federal del Trabajo Social (Ley 27.072/2014), la que imprime un perfil profesional de carácter nacional y general, anclado en el movimiento internacional sobre los derechos humanos, e indeterminado cuando se trata de regular prácticas específicas; en el caso de la sanidad, la actuación -apenas- como agente de salud (art. 9 sobre incumbencias profesionales).

La línea argumental coloca a la práctica profesional discurrendo en tres dimensiones: los problemas, las políticas y la política. En este ensamblaje -en circunstancias que pueden implicar

acoplamiento, convergencia o divergencia- se abren ventanas de oportunidad para la revisión, la crítica y el cambio. Esta mirada, que se inscribe en el enfoque de las corrientes múltiples en el estudio de políticas públicas (Kingdon, 1995), nos permite reflexionar en torno de una convergencia de problemas, conciencias alternativas y contextos que entendemos son favorables para componer encuadres y criterios alternos del trabajo social en el campo sociosanitario urbano y pluricultural.

A modo de presupuestos iniciales, se describen aspectos de dicho ensamblaje advertidos en las investigaciones realizadas, en los que se plantearon problemas referidos a: a) nuestras propias estructuras mentales; b) la medicina multicultural como aspecto de la globalización; c) las limitaciones de las políticas de salud que aún sostienen programas sanitarios con estructura vertical, sin contacto social y sin considerar la cultura de los grupos poblacionales, a sabiendas de la importancia de la pertinencia intercultural en la atención en salud; d) la fragmentación de la oferta sanitaria y la devaluación del poder médico; e) los actuales requerimientos de atención y cuidado en el marco de la segunda transición epidemiológica; y f) el ejercicio de la política que ya no puede eludir sus responsabilidades en el respeto a la diversidad sociocultural, dados los avances legales conseguidos como en proceso.

A los fines prácticos, la problematización se ordena en torno de cuatro hiatos que se propone examinar. La tensión curar-cuidar, la referencia a los modos somáticos de atención, las diferencias del trabajo social con la clínica, y la salud en plural. Estos ejes nos ofrecen alternativas de revisión de las intervenciones profesionales con efectos en las comunidades de práctica.

Se invita al lector a una reflexión que exige deconstruir el camino signado por el proceso de medicalización de los siglos XIX y XX, dado por la legalización de la biomedicina y su oficialización a través de la política pública sanitaria, y el lugar que en ese proceso instituye la disciplina de Trabajo Social. Explorando en los aspectos más relevantes que interesan destacar, se puntualiza en primer lugar al saber biomédico que redefinió



la enfermedad, sus causas, los síntomas y la terapéutica, desplazando los criterios del *hospice*¹ en el tránsito hacia una medicina curativa. Estableció los límites del padecimiento y la muerte, colocando en el horizonte de tal empresa las nociones de esperanza de vida y calidad de vida como metas del desarrollo. La reelaboración ideológica del cuerpo fue asumida como problema público y de responsabilidad estatal, lo que conllevó una politización de la enfermedad. Así, mediante decisiones de política pública y normas legales, se conformó un derecho a la salud que se operacionaliza en una cobertura sólo garantizada en los casos de aquellas prestaciones que -tras someterse a evaluaciones rigurosas- presentan un pronóstico de eficiencia equivalente a las exigidas por la comunidad científica internacional como nacional. Como contracara excluye tratamientos aún experimentales en tanto prácticas aún no probadas científicamente, las que quedan en la periferia de las ofertas alternativas en salud (Krmptotic, 2011)². En el plano de la filosofía médica, la biomedicina transita en la actualidad del paradigma biológico al bioético (desde la segunda mitad del siglo XX) que estriba en el reconocimiento de valores humanos junto a los hechos científicos en los juicios clínicos y la gestión sanitaria³. El recorrido también nos muestra el giro de la salud como lo normal estadístico (clave moderna), al complejo salud-enfermedad como construcción social y expresión de lo deseable, de lo considerado bueno o malo (clave postmoderna).

Este devenir ha sido consustancial con el origen del Trabajo Social como profesión y disciplina científica. Las primeras producciones teóricas

se sustentaron por dos vías: a) la aplicación de la clínica en la intervención individual-familiar, con la recolección de evidencia social y un proceso de elaboración diagnóstica junto al análisis de las variaciones a partir del medio social, en tanto determinantes sociales de la intervención (Mary Richmond, 1861-1928); y b) del humanismo como revelación del progreso social, ligado como en Jane Addams (1860-1935) a la iglesia primitiva, y a la forma en que aquella concebía el trabajo grupal y comunitario en la resolución de problemas públicos. En Sudamérica, la formación profesional en Trabajo Social se inicia en la década del 30' del siglo XX combinando dicha tradición anglosajona con las prácticas de la religiosidad cristiana (europea) como de las diversas etnias preexistentes a la colonización de estas tierras. Desde entonces, su grado de científicidad ha sido permanentemente interpelada. En lo que atañe al trabajo social sanitario⁴ en sus comienzos, el proceso de tecnificación demarcó las tareas del visitador de higiene como un colaborador del médico en la medicina preventiva y asistencial focalizada en los pobres, en tanto dos de los objetivos básicos de la naciente política sanitaria orientada hacia los problemas del modo de vida urbano e industrial. La necesidad de regular la vida cotidiana de la familia popular motivó las primeras iniciativas en el campo sanitario, lo que en particular se plasmó en una colonización médico-sanitaria del espacio familiar (Mitjavila, 2016; Donzelot, 1990).

Dicho perfil paramédico marcó a fuego una condición identitaria de subalternidad, lo que fue advertido por el movimiento de reconceptualización argentino (la generación de 1965). La desvalorización profesional del trabajador social se amplificó luego -hacia finales del siglo XX- con el uso corriente dado por el colectivo profesional a la noción de modelo médico-hegemónico (Menéndez, 1998). La sobreestimación de prácticas, saberes y teorías generadas por el progreso de la medicina científica, y su asimilación a la medicina

¹ Nos referimos a aquellas 'casas de Dios' que desde el siglo IV dieron refugio a viajeros y extranjeros de paso por las ciudades, y luego cuidado cristiano a los enfermos carentes, sin familia ni hogar.

² Estas limitaciones en tratamientos experimentales se evidencian cuando las demandas se judicializan. Así, las solicitudes de pacientes que reclaman cobertura a determinados tratamientos alegando el derecho a la salud, concluyen negativamente en base a los argumentos expuestos.

³ De considerarse la biomedicina una actividad *value-free* (paradigma biológico), se pasa a una impregnada de valores (*value-laden*). Puede ampliarse en Mainetti, José (2012) *Breviario de filosofía médica*. La Plata, Ed. Quirón.

⁴ Utilizaremos esta expresión para referirnos a la práctica profesional del trabajador social en el marco del sistema sanitario biomédico, sea en establecimientos públicos o privados, como manifestación predominante del ejercicio laboral en el sector de la salud.



oficial, mantuvo a las demás disciplinas del complejo sociosanitario en un estatus de dependencia e inferioridad, junto a otras prácticas y saberes preexistentes, como a los desarrollos alejados del *mainstream* biomédico. Si bien se ha extendido la utilización del concepto, entendemos que debe ser revisado en sus alcances actuales. Las limitaciones provienen de varios aspectos: a) el avance de la tecnociencia; b) las transformaciones en los modos de interpretación y acción médica a través de la noción de un equilibrio inestable en el *continuum* normal salud-enfermedad-cuidado (en lugar de la idea de enfermedad como acontecimiento excepcional); c) el desarrollo de enfoques integrales y humanistas, como de aquellos enroscados en la idea de contingencia tecnológica del cuerpo y en la condición poshumana, en consonancia con la percepción de un sujeto dueño de su cuerpo; y d) las restricciones operativas y simbólicas observadas en los sistemas de atención, así como la pérdida de confianza en los médicos.

Tales criterios científicos legitimados por el Estado argentino a través de sus políticas fundamentalmente nacionales encontraron a un trabajador social contestatario, con escasas habilidades para el trabajo colaborativo en los equipos de salud y más orientado hacia estrategias competitivas en el disputado campo sociosanitario. La crítica quedó circunscripta a una lucha por el poder en la comunidad de práctica, sin avanzar en estudios sistemáticos sobre las condiciones y logros operativos en salud y bienestar, como tampoco en torno de los efectos iatrogénicos o de las intervenciones incapacitantes. Al mismo tiempo, sobre finales del siglo XX se acendrababa la influencia de las recomendaciones de organismos internacionales en la salud oficial, puestas de manifiesto en las agendas de prioridades y en los ajustes en las técnicas de intervención. Por su parte, la ausencia de evaluaciones y sistematizaciones de la labor del trabajo social sanitario coadyuvó en una débil presencia profesional -salvo experiencias excepcionales- a la hora de señalar los desaciertos como desafíos que hoy se nos presentan en materia de sufrimiento, enfermedades y curas.

Descolonizar la salud

Si bien el término descolonizar se emplea en la actualidad de modo recurrente y asociado a un cierto *revival* de posiciones anticapitalistas y antimodernas, asumiendo las veces de un discurso contrahegemónico, aquí se utiliza para enfatizar la necesidad de cambio de las propias estructuras mentales, toda vez que somos parte del *modus operandi* de la modernidad. Con esto se quiere significar que el desarrollo de las ciencias (y muy en particular, las sociales) debe ser visto como un fenómeno constitutivo, no meramente aditivo, de la organización política alrededor de los Estados nación. Al decir de Sousa Santos (2009) no sólo se trata de una matriz política sino -y esto es lo que se recupera- de una relación social, de una mentalidad y forma de sociabilidad autoritaria y discriminatoria. Ello se refleja en algunas cualidades del hacer medicina tanto a nivel oficial como privado, en aspectos como: a) una estructuración jerarquizada de las relaciones técnico-profesionales; b) una tendencia a la centralización y burocratización asentada en una división técnica del trabajo médico y paramédico; c) creciente subordinación de las actividades a controles técnicos y mecánicos, que disminuyen la responsabilidad por los resultados generales de las intervenciones; d) percepción de un paciente que básicamente ignora lo que le ocurre, o es portador de un saber equivocado, colocándolo en un juego de suma cero cuando a la vez, se estimula su participación en el proceso de cura y recuperación. Asimismo, la tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana ancla en la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas en la sustanciación de políticas públicas y su legitimación jurídica.

No obstante, desde finales del siglo XX se constata la relevancia de la complementariedad terapéutica desde el punto de vista de los dolientes, como el reconocimiento de otros saberes y prácticas curativas, lo que erige una cuña incisiva en la compacta medicina alopática y sus imposiciones. Así se reconoce esta variedad bajo la ca-



UNMdP
Universidad Nacional de Mar del Plata

tegoría de medicinas no convencionales, también llamadas alternativas y complementarias por la OMS (2002) o tradicionales, alternativas y religiosas (Idoyaga Molina, 2007). Como señalamos en otro lugar (Krpmotic, 2016b), la medicina occidental, heterodoxa y multicultural constituye -al contrario de lo que muchas veces se supone- un fenómeno de larga duración que acompañó la globalización a partir de la expansión de ultramar de las potencias europeas iniciada en el siglo XVII. Desde entonces, los viajes y las migraciones propiciaron de manera constante el intercambio de saberes curativos entre Europa, Asia y América. Si bien las investigaciones actuales concurren haciendo foco particularmente en la perspectiva de los usuarios, también observamos una ampliación del lente con un creciente interés en el rol de la medicina oficial y los grupos profesionales. La medicina multicultural no es nueva, sólo que la acción oficial ha reducido sus márgenes mediante el rechazo, censura, persecución o domesticación, creando por lo general figuras antagónicas para establecer la línea entre lo aceptable y lo inaceptable o inapropiado (curanderos vs. brujos; biomédicos vs. curanderos) (Krpmotic, 2016b).

Por su parte, podemos conjeturar que las condiciones actuales de fragmentación del sistema de salud oficial y la proletarianización de los profesionales de la salud iniciada con la medicina prepaaga contribuyen a una devaluación del poder médico. Ello se suma a las transformaciones en el mundo de los alimentos y los hábitos de autocuidado, como las actuales formas de la espiritualidad y recuperación de lo sagrado, que acompañan nuevos estilos en las búsquedas de salud y bienestar. Se constata que algunas especialidades médicas como la psiquiatría y otras que atienden problemas crónicos enfatizan la necesidad de incorporar -junto a los somáticos y psíquicos- los aspectos socioculturales y espirituales (Bianchi, 2013). Se sostiene que la necesidad de explorar la cosmovisión de los pacientes es fundamental para la comprensión del otro cultural, objeto de la tarea clínica. Su ausencia limita la ayuda y la empobrece, además de instalar un ejercicio inadecuado del poder profesional (Zapatel, 2013).

Primer hiato: la tensión curar-cuidar

De la mano de Laplantine (1999), recuperamos en perspectiva histórica la práctica médica para advertir que hasta comienzos del siglo XIX aquella se mantuvo estrechamente ligada a la cultura de la época, sin poder liberarse plenamente ni de la superstición religiosa ni de la especulación filosófica. A su entender, sólo a partir de entonces puede reconocerse una ruptura y la diferenciación de la medicina como ciencia objetiva. Sirva como contexto para comprender la diversidad y vitalidad espiritual y religiosa, y -para algunos- esa imagen discordante de finales del siglo XX. Efectivamente, distintas manifestaciones en torno del reconocimiento de la diversidad como riqueza y una ampliación de la definición de salud consolidaron, por un lado, el movimiento *new age* que se inicia regionalmente en los 70' (Carozzi, 2001), y por otro, allanaron el camino para la revalorización de los saberes ancestrales y sus múltiples mestizajes, los cuales han sido incorporados en la atención a la salud y, en algunos países de América, hasta en los textos constitucionales. Avances significativos han sido tematizados respecto de la relación entre espiritualidad y calidad de vida, como la fluidez de la cultura en los modos de vida paralelos que deben ser respetados y protegidos, particularmente a partir del 2000 (Toniol, 2015). Se han visto reflejados en conceptos como prácticas culturalmente sensibles (*culturally sensitive practices*, Dominelli, 2004), prácticas conscientes (*mindful practice*, Sperry y Shafranske, 2005), como en el de prácticas espiritualmente sensibles (*spiritually sensitive practice*, Canda, 2009).

Recordemos que el modelo curativo de atención se ha concentrado en el paciente, y si bien se menciona y apela a la familia, ésta se halla representada por aquel familiar o referente que concurre y asiste al paciente en el centro asistencial. Por lo general, se presta mínima atención a las repercusiones de la enfermedad en el entorno familiar. Perdemos de vista las alteraciones y



ajustes en la vida cotidiana de la familia, en las sobrecargas y reacciones psicológicas de aquéllos, en las pérdidas de bienestar y equilibrio emocional durante la hospitalización como frente a los diversos desenlaces. Asimismo, se ha advertido sobre el potencial iatrogénico de toda tarea clasificatoria en la que se incurre como resultado del diagnóstico. Illich (2002) definió como iatrogenia social el daño médico y social producido por el modo sociopolítico de transmisión: esto es, cuando la burocracia hospitalaria aumenta, el stress de los pacientes multiplica una dependencia incapacitante, genera nuevas necesidades, reduce los niveles de tolerancia al malestar y el dolor, oculta el derecho al autocuidado; y cuando la asistencia se convierte en un ítem estandarizado. Manejos imprudentes y a veces incorrectos, por los que 'María deja de ser María' para ser la paciente de la sala D, diabética, u oncológico terminal, sin familia, o emocionalmente desequilibrada, etc., en un verdadero efecto del significante. Una sustitución metafórica-metonímica por la que se pierde de vista el caso singular y sus particularidades y se clausuran instancias asociadas al cuidado necesariamente personalizado.

En este recorrido de larga duración se han desenvuelto los conflictos institucionales entre el cuidar-curar, los que se reeditan en la actualidad bajo otras circunstancias, en un registro de menor antagonismo y de apelación a una complementariedad entre profesiones y mediadores del cuidado. Es en ese espacio de tensiones donde Trabajo Social -en su lucha por abandonar el sentido de la ayuda para convertirse en ciencia- dirimió y dirime los principios básicos de su trabajo sobre los otros, a partir de la manifestación de necesidades y deseos en el marco de normas y valores compartidos, con el objeto de participar en la socialización de los sujetos y los grupos sociales mediante comportamientos cooperativos, y en el mejoramiento de la seguridad ontológica, capacidad adaptativa y de anticipación (Dubet, 2006).

La tensión curar-cuidar reactualizada constituye una ventana de oportunidad para Trabajo Social, en orden a revisar no sólo aspectos de la cultura organizacional del modelo curativo de atención del que participa, sino también para

advertir el abanico de actividades intra y extramuros que coadyuvan con la propia terapéutica y permiten avanzar efectivamente sobre el cuidado. Anima a ensayar intervenciones para reducir la insatisfacción tanto de pacientes como de los equipos profesionales, y mejorar los resultados.

Segundo hiato: modos somáticos de atención

El padecer y el curar han sido parte de procesos históricos y relacionales en la medida en que la corporalidad -objeto furtivo para el trabajo social- es existencia material y concreta pero también simbólico objeto de representaciones, es decir, toda una red signica que vehiculiza expresiones identitarias. Se recupera en el subtítulo la noción de Csordas (2011) para aludir a un compromiso sensorial articulado en modos culturalmente elaborados de percibir y prestar atención a, y con, el propio cuerpo como el de otros. Remite a la disposición a ocuparnos, preocuparnos, involucrarnos afectivamente o, por el contrario, la tendencia al descuido y la desatención.

El cuerpo constituye la medida de nuestra experiencia, delimita su alcance y da coherencia a los recursos disponibles para la acción. En tanto suelo existencial de la cultura (Csordas, 2011), el cuerpo no es apenas un producto social, sino un generador de significados intersubjetivos desde un lugar activo en la práctica social. En definitiva, un modo de presencia y compromiso con el mundo y lo que nos rodea. En ese sentido, quedan implicados dos aspectos a enfatizar: a) el plano del disciplinamiento corporal: vergüenza, intensidad del llanto o la risa, modos del contacto, distancia corporal, etc.; y b) el plano del padecimiento, de la enfermedad como dependencia o, por el contrario, la enfermedad como camino en el autococimiento personal como intersubjetivo a partir de un desplazamiento de la manifestación corporal del síntoma hacia el plano psíquico (Dethlefsen y Dahlke, 1991).



En este destaque, se abre un conjunto de posibilidades para el trabajador social tanto en la asistencia como en la prevención. Esto incluye desde las elaboraciones más o menos espontáneas como aquellas más estructuradas, en cualquier acto de atención hacia el propio cuerpo o el de otros como en la adquisición de una técnica corporal, incluyendo la atención hacia procesos corporales básicos como la menopausia o el embarazo o, del lado de las patologías, la vigilancia y el control. Asimismo, es en el marco de la experiencia corporizada que se definen umbrales y niveles de sensibilidad erótica, interactiva, moral y estética que nos llevan a reaccionar de tal o cual manera, a distinguir lo bueno y lo malo para la salud, a negociar significados y actuar en consecuencia, aspectos que deben ser aprehendidos por el trabajador social como dimensiones de su diagnóstico y plan de intervención.

Tercer hiato: las diferencias con la clínica

En el escenario de las organizaciones sanitarias “diversos profesionales compiten por delimitar las demandas que se comparten en el proceso de tratamiento” (Jackson, 1970: 13, trad. propia). Diferentes ideologías profesionales contienden por la supremacía en la comprensión de cómo forjar relaciones con los sujetos de sus prácticas. Incluso, a menudo, los profesionales pueden llegar a mostrar más interés en promover la supremacía de su sistema de creencias que en ayudar a los dolientes (MacDonald, 1995). Si bien todos los actores del sistema sociosanitario comparten rasgos de las profesiones de cuidado -donde la vocación y el compromiso con el otro resultan elementos clave- el biomédico arraiga su poder en la clínica. Desde el diagnóstico de los síntomas define y explica el objeto y sentido de su intervención, y observa de manera directa los resultados: en la clínica de una materia, órgano o función.

Recordemos que Foucault (1983) procura rastrear el nacimiento de la clínica identificando el momento en que la modificación semántica y sin-

táctica que produce el lenguaje médico racionaliza y reduce la intervención a los síntomas objetivos. Es el momento en que se abandona el espacio quimérico y las figuras fantasmáticas por el que se comunicaban médicos y enfermos, psicólogos y prácticos hasta la llegada de la medicina positiva. Sin embargo, va a entender que sus vestigios no han desaparecido con la hegemonía de un conocimiento neutralizado, sino más bien han sido desplazados y encerrados en la singularidad del enfermo, en la región de los síntomas subjetivos y mentales. El vínculo entre saber, sufrimiento y las imágenes del dolor, se han redistribuido en el espacio donde se cruzan los cuerpos, la mente, el lenguaje y las miradas, en una intersección de muy difícil aprehensión desde la clínica, como desde las intervenciones profesionales que emulan su accionar.

Mientras el foco en la dimensión objetiva que es recogida en la historia clínica organiza la atención biomédica, deshabilita en cambio al Trabajo Social, en la medida en que excluye la dimensión intersubjetiva y relacional del paciente y su entorno, los aspectos emocionales, las preferencias y deseos que forman parte esencial del cambio como de la relación de trabajo asistencial. Tanto en el caso del biomédico como en el del trabajador social, la confianza es un requisito, aunque en el marco de expectativas bien diferentes: del médico no se espera comprensión de la situación personal, sí rotundamente del trabajador social. Por su parte, los resultados no se reducen a indicadores objetivos: la intervención obedece a una mirada integral, la salud es parte de un ecosistema que integra al paciente y su grupo, y cuyos logros no dependen ni pueden atribuirse exclusivamente al profesional actuante sino que derivan de la co-gestión, es decir, de cambios y ajustes en los comportamientos y actitudes del paciente y su medio a partir de unos recursos (institucionales, programáticos, comunitarios) que se ponen a disposición.

La finalidad en la relación médico-paciente es básicamente de atención médica y podrá ser -en segunda instancia- pedagógica, a la inversa que en el trabajo social. A partir de indicaciones puntuales y acotadas en el tiempo, el biomédico vuelve a



observar clínicamente al sujeto, y sobre esa base adopta la decisión de la continuidad, cambio o cese del tratamiento. Ambas tecnologías varían en el grado de certeza sobre los efectos de las acciones implementadas como en el horizonte temporal del cambio esperado. Ello tendrá incidencia en la posibilidad de estandarización de los procesos asistenciales en los que ambos profesionales participan en los servicios de salud. Las guías de práctica clínica, protocolos, *clinical pathways*, pueden resultar herramientas problemáticas para el trabajador social cuyas incertidumbres no puede encorsetar en fases o condiciones que fijan estándares de cambios los que -generalmente- superan el corto plazo, y que sin un adecuado seguimiento no podrían valorarse en su justa medida.

Convengamos que todo proceso de cura o rehabilitación, de cambio de actitudes y hábitos saludables precisa de la cogestión. La apelación a la salud integral o a un sistema de cuidado integral como se registra hoy día, cuestiona esencialmente la práctica médica, mientras que para Trabajo Social constituye una verdadera oportunidad. Con eje en las necesidades, expectativas y motivaciones de los dolientes, el trabajador social está preparado para operar con el cambio, esto es, para que los sujetos se interesen, preocupen y enrolen en torno de la necesidad de un cambio (en orden a recuperar el equilibrio y el bienestar). Pero eso no basta, los dolientes deben estar convencidos de que es lo mejor aun cuando su costo sea alto; deben ser partícipes del plan de acción, y hacer de ése un compromiso sostenible. Asimismo, un trabajador social colaborativo ampliará la disposición y recursos de cuidado en base al soporte emocional y material de las familias y grupos próximos, como de otros servicios, en intervenciones que quedan muy lejos del mero papel de auxiliar en un tratamiento puntual.

Cuarto hiato: la salud en plural

La relación de poder que estamos analizando -el poder de curar- se articula con la capacidad de imponer del Estado. Este -a través de sus agentes- ha producido una salud oficial mediante censura, domesticación o aceptación de otras medicinas, prácticas y construcciones discursivas (Saizar, 2016). Sin embargo, en los últimos años se ha hecho ostensible el reconocimiento de la diversidad sociocultural con relación a la calidad de vida, y su impacto en los estudios sobre las identidades, las nuevas subjetividades y el bienestar. Parte de ello se ha expresado en la concepción bio-psico-socio-espiritual elaborada por la Organización Mundial de la Salud (1998), en una trama conceptual que ofrece retos y oportunidades para la intervención sociosanitaria.

También se redujo la controversia al pensar la salud como una dimensión fundamental del desarrollo. Al respecto, hay al menos dos aspectos importantes para señalar: el primero alude a las implicancias que tiene la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (París, 2001); el segundo se ve reflejado en las actuales reformulaciones de la clásica noción del bienestar del siglo XX (anclada en una determinación económico-productiva) en torno a la propia noción de calidad de vida, mas también del buen vivir, del vivir bien, de la noción de vida buena, con referencia a modelos alternativos de desarrollo. En este sentido, se retoma una tradición latinoamericana sostenida en la detracción del eurocentrismo y la cosmovisión occidental, ahora actualizada a partir del rol que juega la resistencia de las sociedades marginadas en la producción de nuevos discursos y representaciones asociados al 'buen vivir'⁵. Se trata de aceptar el vínculo entre lo espiritual, lo religioso y las prácticas sanadoras como un legado ancestral de nuestros pueblos originarios como de aquellos afrodescendientes.

⁵ Puede ampliarse en Esteva, Gustavo (2009) "Más allá del desarrollo: la buena vida". *América Latina en movimiento* N° 2.



Trabajo Social debe identificar estas aperturas y resignificarlas en cada contexto local de práctica, así como crear la manera apropiada de incorporar estos criterios a las prácticas sociosanitarias como a las políticas de salud, toda vez que -de manera invisible- tales creencias y percepciones recorren el tejido social en el modo de vida urbano y rural, mixturándose y transformándose en los sucesivos intercambios.

A modo de cierre

Se ha argumentado en torno a la necesidad de debatir nuevos ensamblajes a partir de una co-yuntura propicia que nos ofrece el debate actual sobre el significado de la salud como problema público, las limitaciones de las políticas verticales sin consideración por la pertinencia intercultural, como los requerimientos a los que la política debe responder habida cuenta del movimiento internacional sobre derechos humanos, y de los acuerdos globales por el reconocimiento de la diversidad sociocultural como un valor a preservar.

Frente a cada hiato, destacamos aperturas en el sentido de posibilidades o ventanas de oportunidad para revisar y enriquecer la práctica del trabajador social sanitario desde una línea de base que deberá al menos priorizar dos aspectos que se consideran esenciales: los contextos locales de práctica y el diálogo transcultural. Dado que, para el Trabajo Social, la salud es un campo consolidado de intervención, las rutinas, rigideces burocráticas y mecanismos muy arraigados en el complejo salud-enfermedad-cuidado conforman unos cuellos de botella o atajos sin salida que impiden resolver problemas anclados en la historia profesional de cara a los desafíos del siglo XXI.

Referencias bibliográficas

BIANCHI, Raquel (Dir.) (2013) *Psiquiatría, psicología y espiritualidad*. Buenos Aires, Tribunales Ediciones.

CANDA, Edward R. (2009) *Spiritual Diversity in Social Work Practice: the heart of helping*. New York, Oxford University Press.

CAROZZI, María (2001) *Nueva era y terapias alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires, Ediciones de la Universidad Católica Argentina.

CSORDAS, Thomas (2011) "Modos somáticos de atención". En CITRO, Silvia (Ed.): *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires, Biblos. Pp.83-104.

DETHLEFSEN, Thorwlad y DAHLKE, Rüdiger (1991) *La enfermedad como camino. Una interpretación distinta de la medicina*. Barcelona, Plaza y Janes.

DOMINELLI, Lena (2004) "Culturally competent Social Work: a way toward international anti-racist Social Work?". En GUTIERREZ, Lorraine; ZUNIGA, María y LUM Doman (Eds.): *Education for multicultural social work practice: critical viewpoints and future directions*. Alexandria, Council on Social Work Education. Pp. 281-294.

DONZELOT, Jacques (1990) *La policía de las familias*. Valencia, Pre-Textos.

DUBET, François (2006) *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona, Gedisa.

FOUCAULT, Michel (1983) *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI Editores.



IDOYAGA MOLINA, Anatilde (2007) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad* (Tomo I) Buenos Aires, Centro Argentino de Etnología Americana.

ILLICH, Ivan (2002) *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. London, Marion Boyars Publishers.

JACKSON, James A. (Ed.) (1970) *Professions and Professionalisation*. Cambridge, Cambridge University Press.

KINGDON, John W. (1995) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, New York, Harper Collins.

KRMPOTIC, Claudia (2016a) “La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. Exploraciones conceptuales de una investigación en curso”. *Scripta Ethnologica XXXVIII*, Buenos Aires, CAEA-CONICET. Pp.105-122.

KRMPOTIC, Claudia (2016b) “Cuidar la salud en lo diverso. Medicina multicultural como un fenómeno de larga duración”. En KRMPOTIC, C. y SAIZAR, M. (Coords.): *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa*. Buenos Aires, Espacio Editorial. Pp. 17-24.

KRMPOTIC, Claudia (2011) “Crear en la cura. Eficacia simbólica y control social en las prácticas del Dr. M.”. *Scripta Ethnologica XXXIII*, Buenos Aires, CAEA-CONICET. Pp. 97-116.

KRMPOTIC, Claudia (2010) “Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad. Razones para una refocalización del cuidar”. *Scripta Ethnologica XXXII*, Buenos Aires, CAEA-CONICET. Pp. 29-44.

KRMPOTIC, Claudia, MITJAVILA, Myriam y SAIZAR, María M. (Eds.) (2013) *(Sub) culturas profesionales, poder y prácticas en salud*. Buenos Aires, Miño y Dávila.

KRMPOTIC, Claudia (Comp.) (2008) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

LAPLANTINE, François (1999) *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.

MACDONALD, Keith (1995) *The Sociology of Professions*. London, Sage.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (1998) “Modelo Médico Hegemónico: reproducción técnica y cultural”. *Natura Medicatriz 51*, Barcelona. Pp. 17-22.

MITJAVILA, Myriam R. (2016) “El saber médico y la construcción social de la familia en el Uruguay: del mesianismo moralizador a la gestión de los riesgos”. En KRMPOTIC, Claudia (Coord.): *La protección social sin Estado. De la hospitalidad a la asistencia social*. Buenos Aires, Espacio Editorial. Pp. 151-171.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) *Estrategias para la medicina tradicional 2001-2005*. Génova, Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (2001) *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*. París, Unesco.

SAIZAR, María M. (2016) De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas. En KRMPOTIC, Claudia y SAIZAR, María M.: *Políticas sociosanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa*. Buenos Aires, Espacio. Pp. 25-42.

SOUSA SANTOS, Boaventura de (2009) *Una epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. México, CLACSO y Siglo XXI Editores.

SPERRY, Len y SHAFRANSKE, Edward P. (Eds.) (2005) *Spiritually Oriented Psychotherapy*. Washington, D.C., American Psychological Association Publishing.



TONIOL, Rodrigo (2015) “Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde”. *Sociedad y Religión 43 XXV*, Buenos Aires, CEIL-CONICET. Pp. 110-143.

ZAPATEL, Julián (2013) “Salud mental, antropología y espiritualidad”. En BIANCHI Raquel (Dir.): *Psiquiatría, psicología y espiritualidad*. Buenos Aires, Tribunales Ediciones. Pp. 23-30.





LA RIVADA
investigaciones
en ciencias sociales

► www.larivada.com.ar