



Cuadernos I

*Esfera Pública
y Procesos de Intervención
en Trabajo Social*

Colección Digital
Documentos para el ejercicio
profesional del Trabajador Social

CIS

esfera pública y procesos de intervención en trabajo social

Laura Julieta Rébora
María Sol Romero
María Sofía Russo
(Compiladoras)

Serie Cuadernos

esfera pública y procesos de intervención en trabajo social

Laura Julieta Rébori
María Sol Romero
María Sofía Russo
(Compiladoras)

Cuadernos I

Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social

Comité editorial:

Marina Cappello, Virginia Siede y Andrea Oliva.
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Valeria Redondi
(Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As.)

Coordinación general:

Ximena López

Evaluación:

Liliana Madrid.

Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social / Laura Julieta Rébora ... [et.al.] ;
compilado por Laura Julieta Rébora ; María Sol Romero ; María Sofía Russo. - 1a ed. -
La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos
Aires, 2015.
E-Book.- (Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social. Cuadernos)

ISBN 978-987-45560-4-2

I. Trabajo Social. I. Rébora, Laura Julieta II. Rébora, Laura Julieta , comp. III. Romero, María Sol ,
comp. IV. Russo, María Sofía , comp.
CDD 361.3

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la
fuente. Todos los derechos reservados.

Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

Calle 54 # 742 Piso 3° (1900) La Plata - Bs. As.

Tel-Fax (0221) 427-1589 - E-mail: info@catspba.org.ar - www.catspba.org.ar

Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires

CONSEJO SUPERIOR

Mesa Ejecutiva:

Presidente: VALERIA ANDREA REDONDI
Vicepresidente: LEANDRO JAVIER GAUNA
Secretario: MANUEL WALDEMAR MALLARDI
Tesorero: MARCELO ANÍBAL ECHAZARRETA

Vocales Distrito Azul:

Titular: MARÍA VIRGINIA GARDEY
Suplente: MARÍA CECILIA PEREZ

Vocales Distrito Bahía Blanca:

Titular: NATALIA E. S. ALARCON ITALIANO
Suplente: DIEGO ALEJANDRO MUNICOY

Vocales Distrito Dolores:

Titular: MARISA FERNANDINO
Suplente: -

Vocales Distrito Junín:

Titular: NADIA CELESTE RODRIGUEZ
Suplente: NATALIA PAOLA COPPOLA

Vocales Distrito La Matanza:

Titular: MARÍA CRISTINA
Suplente: -

Vocales Distrito La Plata:

Titular: MIRTA GRACIELA RIVERO
Suplente: MARÍA JOSÉ CANO

Vocales Distrito Lomas de Zamora:

Titular: LEONARDO MARTONE
Suplente: MARIA ROSA MAZZIOTTI SUAREZ

Vocales Distrito Mar del Plata:

Titular: MARCELA PATRICIA MOLEDDA
Suplente: MARIANA SOLEDAD BUSTOS YAÑEZ

Vocales Distrito Mercedes:

Titular: MARÍA DOLORES APRAIZ
Suplente: NANCY MIRIAM ROSANA PEZZATO

Vocales Distrito Moreno-General Rodríguez:

Titular: AZUCENA NOEMÍ GUIZZO
Suplente: GRACIELA CRISTINA BRUNO

Vocales Distrito Morón:

Titular: MARÍA DOLORES ISABEL PEDEMONTE
Suplente: MÓNICA LILIANA FERRARO

Vocales Distrito Necochea:

Titular: MARINA FUENTES
Suplente: -

Vocales Distrito Pergamino:

Titular: MARÍA CECILIA DE LUJÁN OSOVI
Suplente: CARLA MARCELA LAMBRI

Vocales Distrito Quilmes:

Titular: SILVIA FRANCO
Suplente: -

Vocales Distrito San Isidro:

Titular: JORGE GUSTAVO TORRES
Suplente: SERGIO DARÍO CORES

Vocales Distrito San Martín:

Titular: ALICIA DEL CARMEN MASA
Suplente: ARIELA KLIGER

Vocales Distrito San Nicolás:

Titular: MÓNICA BLANCA LAGO
Suplente: CARINA SILVIA CHAVES

Vocales Distrito Trenque Lauquen:

Titular: VICTORIA ALICIA ALVAREZ
Suplente: SONIA ADRIANA FRESNADILLO

Vocales Distrito Zárate-Campana:

Titular: MATÍAS JOSÉ MARTINEZ REINA
Suplente: MARCELA SOLEDAD BEL

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales titulares:
Marina BATTILANA
María Inés PIETRANGELI
Marisa Beatriz SPINA
Viviana Beatriz IBAÑEZ
Claudio Omar ROBLES

Vocales Suplentes:
Ines Cristina LAVOREL
Patricia Susana DE LA MATA
Elizabeth Susana TIRAMONTI
Mariana Ines PEREZ
Bibiana Alicia TRAVI

índice

- 7** **Introducción**
Laura Julieta Rébora, María Sol Romero, María Sofía Russo
- 11** **Estado, sociedad civil y políticas sociales: una discusión en torno del patrón de intervención en el contexto actual**
Adriana E. Rossi
- 26** **Debates sobre la criminalización / Despenalización del aborto**
Andrea D'Atri
- 40** **Aportes del Trabajo Social a los procesos de Externación. Del recorrido de las lógicas manicomiales a la perspectiva de derechos**
Laura Andreoni, Carolina Piris, Yamailen Salvareyes, Laura Sandoval, Jaqueline Torres, Clara Weber Suardiaz
- 51** **Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. La Intervención Social a la luz del Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**
Rubens R. Méndez, Damián A. Wraage, Agustina Palacios, María Angeloni, María Ana Costa, Francisco José Bariffi, Marina Bolgeri, María Laura Serra, Natalia Fainburg, María Celeste Camou, María Victoria Martinucci
- 73** **Intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la oncología**
María Sol Romero
- 84** **Formación de Posgrado: la Residencia como ámbito de formación, debate y confluencia de miradas**
Cecilia Ayala, Marcela Darget, Natalia Lizarraga, Julia Medina, Omar Pesolano, Cecilia Ramírez, Romina Villafañe
- 99** **Ramón Carrillo: Bosquejo de una biografía**
Olga Paez
- 117** **Educación y pobreza. Instituciones “estalladas”**
Mario Villarreal
- 127** **Trabajo Social y Escuela Rural. Elementos teóricos para la intervención profesional de los trabajadores sociales en la educación rural.**
Diego Bermeo, Natalia Bonavita

introducción

La presente publicación forma parte de la colección Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social impulsada por el ICEP-CATSPBA (Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires). En tal sentido, entendemos que la importancia que posee el lanzamiento de esta colección, radica en la decisión política tendiente a promover la circulación de producciones, que posibiliten la reflexión y estudio entre los colegas.

Los artículos que esta compilación contiene, refieren al ámbito de la Salud y Educación, habiendo sido presentados en el Congreso de Trabajo Social de carácter Latinoamericano desarrollado en la ciudad de Tandil, en noviembre del 2011, y en las VIII Jornadas de Trabajo Social, realizadas en Bahía Blanca en julio del mismo año.

A partir de la presente publicación, se abre la posibilidad de socializar aquellas producciones que se gestaron en diferentes espacios, en el seno de las luchas y disputas por el avance de los derechos sociales, el propio ejercicio profesional del Trabajo Social, como así también, proyectos de investigación que se desarrollan en el ámbito académico.

En este sentido, y en virtud de la divulgación de sus contenidos, se ha realizado un trabajo articulado entre el comité de la Revista Plaza Pública y el Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales del Colegio de Asistentes y Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (ICEP- CATSPBA) a fin de llevar a cabo la organización y publicación de las producciones presentadas en ambos encuentros del ámbito profesional. Consecuentemente, desde la Revista virtual Plaza Pública, a partir del número correspondiente al mes de Diciembre de 2011, se han venido difundiendo trabajos presentados en el primero de estos encuentros. Asimismo, en el transcurso del año 2012 se conformaron los equipos compiladores y evaluadores encargados de seleccionar los trabajos que finalmente forman parte de la presente publicación.

El primer artículo que abre el sendero a los aportes que se irán realizando a lo largo de esta presentación, es el de Adriana Rossi. En éste, la autora aborda el análisis de las tendencias de las políticas sociales, recuperando las particularidades en el período neoliberal y sus continuidades actuales.

Por su parte, Andrea D’Atri introduce el debate en torno a la criminalización/despenalización del aborto y las luchas que los movimientos feministas vienen dando en virtud del avance en los derechos humanos, sexuales y reproductivos. En este sentido, la autora considera que esta demanda se sostiene a través de los años, ya que la práctica de abortos clandestinos sigue ocupando los primeros lugares entre las causas de mortalidad materna en el continente. El artículo propone así, un recorrido histórico en el que se plantean las disputas políticas y las luchas que se han dado en América latina, dando cuenta de la importancia que posee la organización colectiva para la conquista de derechos, provocándonos, en este sentido, con la frase de la feminista Julieta Lanteri: “*los derechos no se mendigan, ¡se conquistan!*”

Laura Andreoni, Carolina Piris, Yamailen Salvareyes, Laura Sandoval, Jaqueline Torres, Clara Weber Suardiaz, nos proponen reflexionar acerca del trabajo que se viene desarrollando en los dispositivos de externación dependientes del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn. En el artículo se plantea cómo, con la sanción de la Nueva Ley de Salud Mental que objetiva un nuevo paradigma en la atención, se ha generado un campo propicio para reflexionar acerca de las prácticas de intervención en salud mental. Las autoras consideran que este escenario posibilita una transformación en las prácticas, en las formas de abordaje, en la política pública y también en la legislación vigente. Según plantean, esta transformación es un gran desafío para los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud. En este sentido, sugieren que los trabajadores del campo de la salud mental deben intervenir y pensar sus objetivos profesionales poniendo en cuestión las lógicas manicomiales y los instituidos de la locura; entendiendo a la salud como un derecho desde marcos no tutelares.

Rubens R. Méndez, Damián A. Wraage, Agustina Palacios, María Angeloni, María Ana Costa, Francisco José Bariffi, Marina Bolgeri, María Laura Serra, Natalia Fainburg, María Celeste Camou, María Victoria Martinucci, desarrollan, explican y analizan un proyecto de investigación del cual forman parte. Los autores pretenden analizar cuáles son las prácticas del trabajador social orientadas hacia la restitución de autonomía, de la capacidad jurídica y de la ciudadanía, de las personas portadoras de padecimiento mental. El marco a partir del cual realizan este análisis se basa en los principios promulgados por la Nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fundamentalmente en el Artículo N° 12, que propone un modelo de “apoyo en la toma de decisiones”, reemplazando al anterior modelo de “sustitución en la toma de decisiones”. Este artículo no sólo reconoce que los sujetos portadores de padecimiento mental gozan de capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas, sino que además establece que los Estados deben garantizar ciertas medidas de apoyo a quienes lo requieran, para el ejercicio de dicha capacidad jurídica. La sanción de la Nueva Ley de Salud Mental, que incorpora en nuestro país la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas

con Discapacidad, genera movimientos y cambios no sólo en las instituciones, sino también en las prácticas y en las formas de abordaje del Trabajo Social en este campo, legitimando el cambio de paradigma.

El texto que nos ofrece María Sol Romero es una investigación orientada a analizar y problematizar acerca de la particularidad de la intervención del Trabajo Social en el campo de la oncología en la ciudad de Tandil. Realiza una aproximación crítica, en la que plantea tres dimensiones de análisis que determinan/condicionan la práctica de los trabajadores sociales: las creencias, estigmas sociales y prácticas culturales sobre la enfermedad de cáncer; la política de salud pública de atención al enfermo oncológico y su entorno vincular; y el componente histórico de la intervención del Trabajo Social en el campo de la oncología. La autora realiza un análisis de cada una de estas dimensiones y reflexiona críticamente acerca de la política pública de salud, que, según plantea, está diseñada desde una concepción bio-médica, dejando de lado las condiciones concretas de existencia de los sujetos con los cuales se trabaja. Esto condiciona el ejercicio del trabajador social, el cual requiere plantear la intervención de manera integral frente al proceso de salud-enfermedad-atención. El artículo plantea así, un gran desafío para los trabajadores sociales orientado a luchar por la reivindicación de la asistencia en tanto derecho social, ampliando la oferta y calidad de las prestaciones, hoy deficientes.

El artículo elaborado por Cecilia Ayala, Marcela Darget, Natalia Lizarraga, Julia Medina, Omar Pesolano, Cecilia Ramírez, Romina Villafañe, pretende reflexionar y analizar la construcción de un perfil profesional en atención primaria de la Salud, contextualizando el ámbito institucional en el que se desarrollan los procesos de intervención y las características particulares del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) del municipio de Moreno, donde se desarrolla la experiencia. Los autores reflexionan acerca de los proyectos profesionales en sus tres dimensiones: teórico-metodológica; ético-política y operativo-instrumental, buscando analizar las mismas desde el campo en particular estudiado. Analizan las condiciones socio-laborales en que se desarrolla la práctica de formación en servicio. Finalmente se reflexiona en relación a las concepciones de salud, en estrecha vinculación con la construcción del perfil profesional.

El artículo presentado por Olga Paez, sintetiza la vida y obra de Ramón Carrillo. En él, además de realizar un recuento de su infancia y adolescencia, se brindan elementos que dan cuenta de su brillante desempeño en el mundo científico y académico, como así también, sus legados hasta la actualidad. La autora recupera las influencias de Carrillo en dirección a las transformaciones de la época impulsadas en torno al concepto de Salud; tanto como, los rasgos fundamentales y los cambios producidos, frente al contexto socio-sanitario del período, en relación a la política de salud pública en Argentina a partir de su desempeño como funcionario público durante el denominado Estado de Bienestar.

Mario Villarreal propone analizar el escenario escolar como un espacio particular de ejecución de políticas sociales en el cual se manifiesta la cuestión social. El autor realiza un análisis acerca de las políticas sociales para luego interrogarse acerca de sus implicancias en el seno de la educación formal,

considerando que se constituye en un espacio de manifestación de la cuestión social. El artículo da cuenta de los primeros recorridos teóricos de la investigación denominada “Impacto de las políticas sociales en el Proyecto Institucional de las escuelas públicas cordobesas” desarrollada por el equipo de cátedra del cual forma parte el autor, y que cuenta con el antecedente de un proceso de cuatro años de investigación en instituciones educativas.

Finalmente, Diego Bermeo y Natalia Bonavita con su artículo, se proponen analizar algunas de las conceptualizaciones sobre la educación rural y su influencia en la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito de la educación formal de la provincia de Buenos Aires, particularmente en el ámbito rural. Partiendo de la interpelación que les genera el intercambio de inquietudes que surgen en el proceso de formación de posgrado, realizan aportes acerca de la intervención en el ámbito educativo. En este sentido, consideran la escuela como espacio de diversidad cultural en el que las intervenciones profesionales deben partir del análisis de sus fundamentos políticos e ideológicos, como así también, del reconocimiento de las manifestaciones de la cuestión social de modo que las estrategias de intervención no se desarrollen acríticamente.

Esfera pública y Procesos de intervención en Trabajo Social, se constituye en el fruto del trabajo colectivo que han realizado profesionales de diferentes disciplinas de las ciencias sociales, y brinda importantes elementos de discusión al interior de la disciplina del Trabajo Social, a la vez que permite visualizar algunos de los desafíos que debe afrontar nuestra profesión en la contemporaneidad. De esta manera, los artículos que conforman la presente publicación, se constituyen en valiosos aportes para la reflexión y el debate.

*Laura Julieta Rébora, María Sol Romero y María Sofía Russo
Tandil, 2013*

estado, sociedad civil y políticas sociales: una discusión en torno del patrón de intervención en el contexto actual

Adriana E. Rossi¹

El presente trabajo pretende constituirse en un aporte a las discusiones relativas al patrón de intervención del Estado y la Sociedad Civil, a través de sus organizaciones, poniendo el acento en particular en la época del denominado auge del modelo neoliberal e intentando señalar algunas tendencias para los últimos años. En este sentido, se colocan como cuestiones a debatir las modificaciones operadas en las políticas sociales, la “redefinición” de la esfera pública en las orientaciones o directrices impuestas a las políticas y la ciudadanía como base de argumentación de estas últimas, por sobre la categoría clase social.

Interesa discutir, a lo largo del presente, los discursos hegemónicos que ha sabido instalar el neoliberalismo, preconizando y enfatizando la lógica de gestión gerencial que se continúa privilegiando en la actualidad para las políticas sociales y la auto-responsabilización de los sujetos, bajo el fundamento de la ampliación de la esfera pública, la ciudadanía activa y la solidaridad de una pretendida sociedad armónica, en un evidente proceso de terciarización y de asistencialización de la política social.

En esa línea, importa considerar las cuestiones más generales que hacen a las modificaciones operadas en relación a la intervención del Estado y de la Sociedad Civil sobre las manifestaciones de la “cuestión social”, en un escenario de marcada desigualdad, pretendidamente encubierta bajo la intencionalidad discursiva de la inclusión de la ciudadanía.

Finalmente, resulta necesario resaltar la importancia de considerar estos debates al interior del Trabajo Social, partiendo de la comprensión de la categoría profesional como un instrumento de la política social, entendiendo con ello que cualquier modificación en las mismas, impacta directamente en el espacio funcional laboral.

¹ Licenciada en Trabajo Social y Master en Sociología y Ciencias Políticas. Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA). Profesora adjunta en la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, con sede en Tandil. Miembro del Centro de Estudios Interdisciplinarios en Problemáticas Internacionales y Locales (CEIPIIL) de la mencionada universidad.

I. Acerca del contexto de análisis: Cuestión Social, liberalismo/desigualdad

En principio hemos de señalar que la ‘cuestión social’² en cada momento histórico se expresa como un conjunto de problemas o secuelas sociales, que requieren ser atendidos y cuya imposición en la *agenda pública* se encuentra directamente relacionada con el posicionamiento de los distintos sectores sociales coexistentes.

En este sentido, la política social, entendida como intervención gubernamental en las relaciones sociales, se dirige a la atención de esas secuelas de la “cuestión social”, en tanto y como señala Netto la intervención se realiza fragmentando y parcializando dicha cuestión social, actuando sobre sus refracciones, por lo que “la política social debe constituirse necesariamente en políticas sociales” (1997: 22)

En esta línea, las políticas sociales en el capitalismo actual, reconocerán un conjunto de problemas a ser atendidos o sobre los cuales intervenir, aislados unos de otros, construyendo beneficiarios diferentes según se trate, constituyéndose en consecuencia los servicios sociales en elementos que participan en la producción y reproducción de las relaciones sociales vigentes, garantizando con ello la reproducción cotidiana de las personas.

Coinciden varios autores en señalar que los cambios producidos sobre todo a partir de los años ‘70, van a colocar “en jaque” al Estado Interventor que se instala en la Argentina a partir de 1930, cuando se hace evidente el agotamiento del modelo de crecimiento y de redistribución, proceso que trae aparejadas las denominadas medidas de ajuste estructural, que impactarán directamente en el mercado de trabajo y consecuentemente, en el sistema de protección social. Estas medidas vendrán a argumentar que no se trata de un problema de falta de recursos, sino de administración de los mismos, con lo cual y desde la perspectiva liberal-gerencialista, se trata de un problema de buena administración o de gestión, para lo cual se instala la necesidad de “combatir” la pobreza, otorgando diferentes responsabilidades a lo que, desde dicha perspectiva, se consideran los tres Sectores involucrados: Estado, Mercado y Sociedad Civil.

Para el caso Argentino, existe coincidencia en varios autores que analizan la estructura social en señalar que, especialmente para la década considerada de auge del modelo denominado neoliberal, los cambios operados a propósito de la implantación de este modelo han modificado sustantivamente dicha estructura.

De esta manera, Kessler & Espinoza señalan que “desde mediados de los años ‘70, la clase media inicia un proceso de empobrecimiento (en tanto) en los años ‘90 se produce un aumento de la pobreza, el desempleo y de la desigualdad inéditos” (2011: 259), alcanzando el punto más álgido hacia el 2001, época de mayor crisis y con los niveles más elevados de pobreza.

² Grassi sostiene que por cuestión social “se hace referencia a la puesta en escena de esa falla estructural del capitalismo moderno cuya emergencia, expresada en términos del problema del pauperismo, los especialistas ubican en el siglo XIX, cuando los conflictos toman una forma tal que ya no pueden ser resueltos por la vieja filantropía” (Grassi, 2003: 21) Por su parte, Pereyra agrega que “cuestión social” no es “sinónimo de la contradicción entre capital y trabajo y entre fuerzas productivas y relaciones de producción –que generan desigualdades, pobreza, desempleo y necesidades sociales– sino de conflicto político, determinado por esas contradicciones” (Pereyra, 2003: 76).

Lo más preocupante, de acuerdo a estos autores, es que para 2006, los niveles de precariedad y de desigualdad resultan superiores a la década de los '90, donde “el correlato social de la reestructuración del modelo de acumulación con eje en la especulación financiera, fue la consolidación de una gran masa marginada de los circuitos de consumo” (Chavez Molina & Gutiérrez Ageitos, 2008: 685).

Frente a ello y en términos de las políticas sociales como respuestas a la “cuestión social”, la implicancia del modelo neoliberal significó, según Laurell, la implantación de una política sustentada en cuatro estrategias: recorte del gasto social, privatización, focalización del gasto social público en programas selectivos contra la pobreza y descentralización, en donde el “elemento articulador de estas estrategias es la privatización que responde al objetivo económico de abrir todas las actividades económicas rentables a los privados con el fin de ampliar los ámbitos de acumulación y al objetivo político-ideológico de re-mercantilizar el bienestar social.” (2004: 248). En este sentido, las políticas sociales entendidas como mediaciones entre el Estado y las clases sociales, son alteradas sustantivamente en su orientación y en su funcionalidad.

Acompañaron estas estrategias, la mercantilización de servicios públicos estatales y la supresión de la noción de derechos sociales. Tal como señala Kessler (2011) la categoría exclusión para significar el grueso de población que se encuentra en situación de desventaja y de desigualdad por imposibilidad de acceso a la distribución del producto social, es reemplazada por la contracara, la de la inclusión y la noción de derechos se transmuta en la del beneficio. Estamos en presencia de lo que Fleury denomina *ciudadanía invertida*, “representada por las acciones asistenciales destinadas a aquellos excluidos por el mercado y por el patrón corporativo de institucionalización de las políticas sociales” (1999: 63).

Estudios realizados por Chávez Molina y Kessler, entre otros, coinciden en señalar que aún pese a la morigeración en la desigualdad de ingresos en los últimos años en la Argentina, se mantienen los niveles de desarticulación social, resultando una sociedad fragmentada y polarizada, entre sectores que mantienen “los privilegios”, en tanto profundizan la acumulación, y quienes deben recurrir a estrategias que permitan su reproducción, recayendo en la necesidad permanente de la asistencia pública o apelando a organizaciones o redes de la “sociedad civil” para acceder a los recursos necesarios para su reproducción.

En este sentido, se apela a dos procesos que direccionan las políticas sociales actuales: la individualización y la comunitarización (Lopez, 2011), donde el primero se relaciona a que el acceso a los bienes y/o servicios dependen de la capacidad de pago de los individuos/familia. En otros términos, el principio de individualización se define por la auto-protección que los individuos y las familias establecen en el acceso a bienes y servicios en donde prima la mercantilización de los mismos. El segundo, la comunitarización, responde a que si bien el Estado otorga ciertos recursos cristalizados en bienes y/o servicios es asignada la responsabilidad del bienestar a la familia y/o comunidad.

Por otra parte y como se anticipaba, el paradigma dominante en esta materia, remite a la búsqueda de la eficacia y la eficiencia, a través de la complementariedad entre política social y organizaciones de la Sociedad Civil (García Delgado, 2002), focalizando, conteniendo, individualizando las manifestaciones

de la “cuestión social”. Consecuentemente, el discurso hegemónico legitima la desigualdad, intentando como explicación que la misma tiene que ver con el “talento” o las capacidades de las personas, inclusive con sus ambiciones, estableciendo con ello posiciones “meritocráticas”. De igual manera, estas posiciones conservadoras argumentan que la caridad o el bienestar impiden que el pobre se ayude a sí mismo (Crompton, 1994) y, por lo tanto, responsabilizan a los individuos por su posición dentro de la estructura, ligada a la auto-responsabilización y a las aptitudes.

Tal como señala Crompton (1994), la desigualdad sería un rasgo característico de toda sociedad compleja, por lo tanto y desde una perspectiva funcionalista, no necesariamente negativo. Este es el ancla en el cual se posiciona el discurso liberal para explicar la desigualdad y, consecuentemente, para generar las respuestas o atribuir las responsabilidades.

Tratándose de un modelo económico “excluyente” que se expresa en altos niveles de desigualdad, la creación de mecanismos de integración social, definida como «la capacidad de la sociedad para construir ciudadanía activa, eliminar las barreras discriminatorias en el mercado y diseminar una cultura de solidaridad», es nuevamente posicionada en el escenario político (Fleury, 1999).

Por otra parte, el discurso neoliberal asocia bienestar y necesidades humanas como necesidades individuales y, por lo tanto, su satisfacción será entendida, como se señaló, dependiendo del esfuerzo de cada uno, resultando el mercado como el medio más adecuado y democrático para su resolución. Aquello que pueda resolverse por la vía del mercado, será a través de la asistencia (limitada, selectiva) estatal o prioritariamente, a través de mecanismos que “empoderen” a los sujetos para que sean los propios “artífices” de la resolución de “sus” problemas.

Resulta por lo menos limitado, no reconocer que la política ha dejado de ser focalizada. Pero tampoco es posible considerar que se ha vuelto universal, cuestión inviable en el modo de producción capitalista. Si es necesario reconocer la ampliación tanto en la “tematización” como en los niveles de cobertura. Sin embargo, también debe reconocerse un claro y evidente proceso de asistencialización de la política social en los últimos años. En este aspecto, Grassi señala que

“...definimos como asistencialista al orden político-institucional que resultó de la orientación neoliberal y de las correspondientes políticas de ajuste estructural, impuestas como “solución” a la crisis del modelo de sustitución de importaciones y del Estado desarrollista vigentes, en Argentina, hasta los años ’70 (...) el conjunto de las acciones sociales del Estado se tiñó de un tinte asistencialista, al menos porque conducía a distinguir a los más débiles, de aquellos que estarían en condiciones de realizar sus intereses y procurarse el bienestar (...) vía el mercado; y porque la calidad de los satisfactores cada vez dependió más de la capacidad de compra del propio individuo” (Grassi, 2003: 226-227).

Reforzando lo antedicho, hemos de subrayar que las reformas mencionadas para la época de lo que se consideró de auge del modelo neoliberal, trajeron como consecuencia un contingente de “excluidos”, cuya atención se derivó

al ámbito de lo privado y de la responsabilidad individual. De manera que se traslada la legitimación del orden vigente desde el espacio del Estado hacia la Sociedad Civil y/o mercado, surgiendo dos nuevas lógicas: de la **competencia** y de la **solidaridad**. De este modo, se “promueve el *pasaje de las ‘cuestiones económicas’ (‘despolitizadas’) del Estado para el mercado, las cuestiones sociales se volcarían del Estado para el llamado ‘tercer sector’,* manteniendo en el espacio estatal los procesos ‘políticos formales’ y algún nivel de intervención social (‘des-economizados’).” (Montaño, 2003: 112).

En esta línea, las directrices emanadas de los Organismos financieristas de la política social, resultan claros en este aspecto, respecto de las “bondades” de las organizaciones de la Sociedad Civil hacia la cual “apuestan”. En este sentido, Rabotnikof (2001), señala que:

“... en casi todos los programas compensatorios las ONGs aparecen como los interiores más sólidos y confiables, como efectivas y eficientes para el reparto de servicios en las comunidades marginales y se las valora para promover la autosuficiencia y el “empowerment”, la participación y el desarrollo de los grupos de base. Los bancos parecen estar convencidos que los proyectos llevados a cabo por este tipo de organizaciones serán menos costosos y tendrán una cobertura universal”.

Para finalizar, son las políticas sociales, en este modelo neoliberal, instrumentos que estarían dirigidos a incluir los excluidos, integrar los desintegrados, corregir las anomalías o disfuncionalidades: desde este lugar, se naturalizan las desigualdades y se refuerza la comprensión de la igualdad formal por la condición misma de ciudadanos y el Estado como un árbitro neutro que persigue el bien común (Montaño, 2000: 10).

Se neutraliza con ello la idea de clases sociales y de desigualdad política y económica, propia del modo de producción capitalista, reafirmando, en esa búsqueda del bien común, co-responsabilidad de una sociedad civil que aparece armónica, homogénea, indiferenciada, una sociedad de consumidores en la que se prioriza la ciudadanía como igualdad formal y la democracia por sobre las clases y luchas de clases sociales.

2. Algunas discusiones en torno de la ampliación de la esfera pública y la intervención de las Organizaciones de la Sociedad Civil en la atención de la “cuestión social”

Señala Montaño que:

“A medida que amplios sectores de la población quedaran descubiertos por la asistencia estatal (precaria, focalizada y descentralizada o sea ausente en ciertos municipios y regiones y sin cobertura para significativos grupos poblacionales) y tampoco tendrán condiciones de acceso a los servicios privados, se transfiere hacia la órbita de la sociedad civil la iniciativa de asistirla mediante prácticas voluntarias, filantrópicas y caritativas de ayuda mutua o autoayuda. En ese espacio

es que surgirá lo que se llama Tercer Sector, atendiendo a la población excluida o parcialmente integrada. Un casi no ciudadano. Esto cae como guante en la mano del proyecto neoliberal” (2005: 253).

En las últimas décadas, además de la “clásica” intervención estatal sobre la “cuestión social”, caracterizada como se anticipó, por la implementación continua de políticas sociales específicas y parcializadas que atienden los conflictos de manera fragmentada (Netto, 1997), se produce un proceso que transfiere responsabilidades desde el Estado hacia la Sociedad Civil, afectando tanto a las prestaciones como a las lógicas que subyacen a las mismas (Montaño, 2003). Al respecto Marilda lamamoto (2007) afirma que en la actualidad se produce la tensión entre la defensa de los derechos sociales universales y la mercantilización y re-filantropización de la atención de las necesidades sociales. Se produce entonces, la transferencia de la prestación de los servicios sociales a distintos segmentos de la sociedad civil, mientras que aquellos que pueden generar ganancia son transferidos al mercado.

Por su parte Salvia (2007) advierte que en el marco del deterioro en distintas esferas de la vida económica, laboral y social, lo cual constituye una importante fuente de tensión y conflicto en el campo de la integración social, las microempresas familiares, los emprendimientos vecinales, las empresas recuperadas por los trabajadores, entre otras experiencias, son expresiones sociales de este proceso. Estrategias éstas de carácter solidario, “expresión del capital social de los pobres”, en definitiva como *estrategias de reproducción defensiva*, frente a lo que Salvia define como marginalidad económica.³

En definitiva, las medidas propuestas, acordadas y sintetizadas en el Consenso de Washington, colocaron a la Sociedad civil como corresponsable para dar respuesta, legitimando la opción del voluntario para dar ayuda y el no derecho de los ciudadanos pobres para recibirla.

En esta línea, los principales defensores argumentan que el objetivo final de los activistas sociales, tiene que ser una sociedad construida, reforzada y consolidada como medio y fin de la democracia política (Fernández, 1998). Y en este sentido, se estaría en presencia de la construcción de una esfera social pública, integrada por las Organizaciones y movimientos que, teniendo un origen privado, persiguen una finalidad pública.

Sin embargo, y como se adelantó, bajo esta óptica la Sociedad Civil cobra un sentido particular, apareciendo como un todo homogéneo, despolitizado, sin distinción de clases ni de intereses de clase, con una pretendida neutralidad y como espacio aglutinador de diferentes clases o sectores de clase, las cuales quedarían “disimuladas” bajo la idea de intereses colectivos, a la vez que específicos, que trascienden las propias clases y acciones de clase. En este sentido se agrupan los intereses de género, edad, medio ambiente, derechos humanos en general.

³ Sin pretensiones de abundar en el análisis de los tipos de marginalidad a que se da lugar en estos procesos, interesa resaltar la perspectiva sostenida por este autor, con base en el materialismo, la cual sostiene y entiende a la marginalidad económica remitiendo a “una totalidad estructurada/estructurante que hace posible el fenómeno social de estar afuera del sector de acumulación hegemónico”. A tal efecto, interesa considerar esta distinción en principio y genéricamente para dar cuenta de la población-el ciudadano pobre- que queda bajo la esfera de la protección desde las Organizaciones la Sociedad Civil.

Refuerza en esta línea, la argumentación que realiza De Piero (año) al referirse a la construcción de la esfera pública en el contexto neoliberal, cuando subraya que

“... pareciera que la relación entre lo público y lo político se ha diluido, en donde lo público no implica que necesariamente se convierta en **cosa política** (...) la defensa del espacio público en los primeros años de la nueva democracia significaba básicamente la recuperación del Estado de derecho y de las libertades públicas, por una parte y el recupero del poder decisional por parte de los partidos y otros actores políticos (...). Con el desplazamiento de la centralidad del conflicto hacia lo económico-social, la heterogeneidad que hoy compone lo público es muy alta”.

Y avanzan en el mismo sentido otros autores, como Vieira (1998) que afirma que

“La construcción de esta esfera social pública, en cuanto a participación social y política de los ciudadanos, pasa por la existencia de entidades y movimientos no gubernamentales, no mercantiles, no corporativos y no partidarios. Tales entidades y movimientos son privados por su origen, pero públicos por su finalidad. Ellos promueven la articulación entre esfera pública y ámbito privado, como una nueva forma de representación, buscando alternativas de desenvolvimiento democrático para la sociedad”.

En esta línea de análisis que se viene mencionando, se justifica considerar la ampliación o redefinición de la esfera pública, a partir de la “eclosión” de las denominadas Organizaciones del Tercer Sector o de la Sociedad Civil, lo cual obligaría a hablar de dos esferas dentro de “lo público”. El argumento que sustenta el análisis de este lugar, subraya el incremento de la intervención de entidades de origen privado con fines públicos, que hacen su aporte a la construcción de la esfera pública no estatal. Consecuentemente, cuando se hace referencia a la delimitación de dos esferas que integran lo público, la estatal y no estatal, se alude a la consideración de lo público ligado al bien común o relacionado con el interés compartido. En este sentido se corresponde con la perspectiva republicana cívica donde las personas dejan de lado sus intereses particulares para atender a los intereses públicos o comunes.

Sin embargo y analizando estos planteos, Grassi afirma que el corpus teórico sobre el tercer sector generado en la década de 1990 retoma la noción de “sociedad civil” como espacio, conjuntamente con el mercado, a-político:

“lo ‘público no estatal’ en la fundamentación discursiva del Tercer Sector y en el lugar reservado a las organizaciones resultaba, así, ‘público no político’; la política quedaba recluida en el sistema de partidos y en el Estado (...) (y) la sociedad civil, por su parte, resultaba asimilada a un agregado de organizaciones de buena voluntad y de reciprocidad” (Grassi, 2003: 294).

En la última década, aun cuando se mantengan estas características, pareciera que las primeras tendencias muestran que las organizaciones de la Sociedad Civil son colocadas como “necesarias y complementarias” para hacer posible

el cambio, enfatizándose en los procesos colectivos y cooperativos, pero sin descuidar y aun por el contrario, enfatizando, en la noción funcionalista de una ciudadanía que debe “empoderarse” para poder realizarse y donde el Estado, asimilado en este sentido al gobierno, se coloca apenas como un mediador o un instrumento que hace posible ese proceso. Sin embargo, y por otro lado, resulta innegable que a la vez que formulativamente se apela a la consideración de estos actores como sujetos políticos y se facilitarían su empoderamiento, por otro lado se desfinancian progresivamente los programas que son implementados por estas organizaciones, terciarizados desde la instancia estatal.

Avanzando en este sentido y considerando los rasgos que se resaltan de las denominadas Organizaciones que integran el Tercer Sector, cabe mencionar que desde la retórica son consideradas predominantemente como espacios de participación ciudadana, que persiguen el bien común y fortalecen la democracia y son ubicadas en una pretendida sociedad armónica, por lo cual, la consecuencia directa es que la categoría clase social aparece subsumida bajo el concepto de ciudadanía y democracia, intentando neutralizar los contenidos clasistas de las prácticas que ocurren en el ámbito de la Sociedad Civil y por tanto, despolitizando esta esfera.

De manera que, si el acento se coloca en estas dos cuestiones, participación y democracia la materialización de los derechos pasaría a ser de esta manera la resultante de un pacto colaboracionista entre clases, guiadas por el interés del bien común, antes que por su propia identidad y diferenciación.

Esta perspectiva neopositivista, funcionalista y liberal, tal como señala Montañón (2005) responde a un recorte que aísla y autonomiza la dinámica de los tres sectores: Estado, Mercado y Sociedad Civil y atribuye lo político a la esfera estatal, lo económico al mercado y lo social a la Sociedad Civil. La resultante es que debe fortalecerse la sociedad civil para robustecer la democracia y la ciudadanía. Como consecuencia, se traslada la discusión Capital/Trabajo a Estado vs. Sociedad Civil o a Igualdad vs. libertad.

De esta manera, la lucha de clases queda subsumida bajo las actividades de ayuda mutua, financiadas y pergeñadas en muchas de las veces por el propio Estado, consecuentemente expresando toda la funcionalidad hacia el modelo, y se instala el Tercer Sector como el espacio por excelencia para la realización de la ciudadanía invocando una ciudadanía “activa”. Este último punto merece un análisis en particular:

Hemos recuperado del análisis que realiza Crompton (1994) que la ciudadanía implica, en principio, derechos y obligaciones. Y agrega esta autora que la gran contribución de Marshall a la atenuación de las clases sociales, reside en la dimensión social, al incorporar los derechos sociales al status de ciudadano.⁴

Sin embargo, la lógica de derecho que impulsa el modelo y el abordaje que se hace del “Tercer Sector”, en correlato con el mismo, instalan bajo la pretendida idea fuerza de participación y democratización un modelo de ciudadanía activa a seguir. En este sentido, se apela a la responsabilidad de los ciudadanos y por lo tanto se traslada la responsabilidad al ámbito de lo privado, lo cual deriva en un

⁴ Agrega la autora que “crea un derecho universal a un ingreso real que no es proporcional al valor del mercado que lo reclama (...) el derecho a la ciudadanía social hace una contribución fundamental al moderno impulso hacia la igualdad social”.

desentendimiento en parte del Estado como proveedor de servicios sociales y en parte se coloca como “facilitador” de los procesos colectivos, constituyéndose en ese movimiento la ciudadanía social que propone Marshall.

Por otra parte, se refuerza esta idea de las organizaciones ciudadanas como si fueran representativas de los más diversos intereses de clase, siendo que en la mayoría de los casos el aglutinamiento tiene que ver con temas puntuales y específicos, no por ello menos contradictorios, pero que pueden resultar por su grado de diseminación y fragmentación casi inocuos frente a una estructura tan desigual y polarizada.

Resolver la cuestión hasta aquí planteada, objetivada en la consideración de tres sectores autónomos, en donde la Sociedad Civil o Tercer Sector es visto como una esfera autónoma y a la vez homogénea y, por su intervención, como una “parte” de lo público, nos obliga a instalar una perspectiva que permita salir de la visión tramposa de la solidaridad entre clases y los pactos colaboracionistas guiados por el bien común y la inexistencia del conflicto en esta esfera.

En este sentido, los planteos que formula Gramsci resultan adecuados para complejizar el debate. Así, es posible decir que reducir el Estado a la sociedad política, implica la identificación del Estado con el gobierno, mientras que ampliación de la ciudadanía política y social, con el consecuente aumento del número de personas que comenzaron a participar en el ‘hacer de la política’, remite a un Estado ampliado, donde el mismo se encuentra compuesto por la sociedad política más la sociedad civil (Gramsci, 2003). Al respecto, Coutinho (1997) explica la necesidad de reconocer una sociedad que se asocia y hace política, y por lo tanto multiplica los polos de representación y organización de los intereses, frecuentemente contrarios a aquellos representados en y por el Estado. Esta ampliación del Estado incorpora este fenómeno nuevo situado entre la economía y el gobierno, el cual sin ser gobierno incide sobre el Estado, ya que en su interior se producen y reproducen relaciones de poder.

Considerando que los denominados “aparatos privados de hegemonía” componen lo que Gramsci nombra como “sociedad civil”, en esta concepción la misma es una dimensión del Estado ampliado, con relativa autonomía de la sociedad política aunque no se desvincula ni del Estado ni del mercado, en tanto su base material es distinta, y que, además, se encuentra caracterizada por la lucha por la hegemonía (de Souza Filho, 2001)

Por otro lado, frente a la tendencia homogeneizadora de las distintas perspectivas analíticas sobre la Sociedad Civil, los aportes gramscianos garantizan su heterogeneidad, en tanto espacio de lucha por hegemonía trabada por las organizaciones privadas, permitiendo una concepción articulada de las diferentes lógicas y valores de la sociedad que se expresan en la sociedad civil (de Souza Filho, 2005)⁵

Valga entonces señalar que el pensamiento de Antonio Gramsci permite superar la dicotomía Estado/Sociedad Civil y “desarticular” en algún punto la pretendida “docilidad” de la Sociedad Civil, al entender que, en verdad, “...la

⁵ Montaña refuerza la idea gramsciana, señalando que “... la sociedad civil pasa a ser considerada como lo que es, una dimensión, una esfera, un espacio de la totalidad social, por lo tanto, necesariamente articulada a otras esferas particulares de lo universal. Ya no puede ser vista como identidad, sino como complejidad, diversidad, antagonismo, conformada por sectores de clase” (2005: 356).

Sociedad Civil se torna un momento del propio Estado, ahora concebido de modo ampliado”. (Countinho, en Montaña 2005).

Por lo tanto, la visión que queremos sostener, refuta el consenso neoliberal de una sociedad civil con rasgos igualitarios y bondadosos que se enfrenta a un Estado “demonizado” y que tiene que ampliarse, sobre todo en su intervención, como garantía de democratización social.

Desde este lugar, entonces, se desactiva la idea de luchas entre esferas, para pasar a la lucha entre actores, sujetos, individuales o colectivos que forman parte de una clase y representan, por lo tanto, intereses de clase.

3. Acerca de la intervención profesional en el contexto actual: Algunos debates para pensar la tensión asistencia-derechos

Hemos adelantado como procesos que han venido sucediéndose en torno a las modificaciones operadas en el campo de las políticas sociales, la individualización y la comunitarización. En ese sentido, se ha colocado el énfasis en la “búsqueda” de la ciudadanía, conjuntamente entre las organizaciones estatales y las de la Sociedad Civil, cuya comprensión prevaleciente se ha descrito.

Sin embargo, resulta necesario develar algunas cuestiones que se consideran importantes y de debate actual y que es la idea “automática” de derecho asociada a una intención voluntarista de concreción de los mismos, más que a la resultante de la lucha de clases.

En este sentido, Fleury abona esto último cuando señala que

“La ciudadanía es un presupuesto, una hipótesis jurídico-política igualitaria, inscrita como necesaria en la sociedad -cuyas relaciones se basan en el intercambio de equivalentes- pero su concretización material es producto de las relaciones de lucha entre las clases y actores sociales”.

Por lo tanto, aún pese al supuesto y al enunciado de universalidad y de reconocimiento de derechos sociales que atraviesan las políticas sociales actuales, las mismas continúan siendo selectivas a partir de criterios (fundamentalmente materiales) que vendrán a “justificar” el acceso a las prestaciones derivadas de esas políticas.

Pero y por otra parte, si nos remitimos a los considerandos que efectúa Fleury, pensar el acceso o la concreción de la ciudadanía inscripto en la lucha de clases, obliga a entender que las políticas sociales (en su triple funcionalidad política, económica y social) son, por lo tanto, expresiones de esa lucha de clases y no un movimiento unidireccional y discrecional del Estado hacia la sociedad y/o de las Organizaciones de la Sociedad Civil (en el proceso de terciarización) hacia sus integrantes.

Sin embargo, es inocultable otro rasgo que atraviesa a las políticas sociales actuales y que se funda en lo que Baráibar Ribero (2011) denomina como la “desmaterialización de la pobreza”, apelando a la minimización del factor económico y a identificar las capacidades de las personas. Por lo tanto, lo

que desencadena es la asistencia individualizada para individuos que no son reconocidos como ciudadanos sino como carentes, individuos pobres hacia quienes se produce el doble movimiento de “asistir” (en menor medida) y “empoderar” (fundamentalmente), en la lucha contra la pobreza.

Desde este lugar, la asistencia podría interpretarse como dádiva o caridad. Sin embargo, reconocerlo desde este lugar, es colocar el énfasis en la relación carencia- demanda-recurso, negando el origen de la necesidad que se expresa en demanda y que es la desigualdad generada en la propia sociedad capitalista.

En este punto, no se puede pasar por alto que la caridad resulta una característica específica en muchas de las denominadas organizaciones de la Sociedad Civil, donde se produce el doble discurso de apelar a la defensa de derechos, pero “cerrando” el cerco en el acceso ligado a la voluntad de quien tiene que dar. En este sentido, la caridad en sí, tiene un claro carácter clasista y conservador. Argumentamos, aunque pueda resultar obvio, no es lo mismo quien practica la caridad (para el caso directivos e integrantes de estas organizaciones), que quienes deben necesariamente apelar a la caridad para poder garantizar mínimamente su reproducción. La propia demanda tiene un nítido carácter de clase que es inocultable, sea desde el sector que provenga. Por lo que resulta entonces por lo menos endeble el argumento que apela a las relaciones que se dan al interior de estas organizaciones como “expresiones ciudadanas”. Apelamos nuevamente entonces al debate que se instala en cuanto a cómo es posible la ciudadanía si no hay posibilidad de acceso igualitario.

Por otra parte, es posible sostener que el argumento de la propia caridad que direcciona la intervención de este tipo de organizaciones, las revela como conservadoras de un orden instituido, en el que la acción transcurre sobre los parámetros de lo individual ante la demanda puntual por carencias directas y donde los cambios esperables apenas pueden remitirse a una mejora (mínima y transitoria) de una situación emergencial concreta.

Si bien se ha colocado el énfasis en las Organizaciones de la Sociedad Civil, no se puede negar el “asistencialismo” que caracteriza mucha de las intervenciones que provienen de las organizaciones del Estado, y en este sentido, no es privativo de unas u otras.

No obstante ello, resulta necesario considerar que la refilantropización a la que se hacía alusión al inicio, implica instalar como parte de este modelo, la co-responsabilidad de estas organizaciones de la Sociedad Civil, mayoritariamente filantrópicas, caritativas y voluntarias, como actores relevantes para la política social.

Sin embargo, la creación de espacios ocupacionales en el ámbito del “Tercer Sector”, no significa, tal como señala Montaña (2005), que el Trabajo Social evolucione hacia la filantropía, sino que, en todo caso, puede tenderse a ser reemplazado por intervenciones filantrópicas.

Ahora bien, afirmar lo anterior supone entender que el Trabajador Social es en verdad un instrumento de la política social, por lo que los cambios en las mismas afectarán necesariamente en el espacio socio ocupacional.

Resulta en este sentido más que relevante lo que establece Montaña (2005)

cuando reflexiona:

“Si el asistente social *depende* de la política social -como el trabajador moderno depende de la máquina-, si ésta constituye la “base de sustentación” que dota de funcionalidad y legitimidad y que crea el espacio laboral para la inserción profesional y si las políticas sociales que ya nacieron sectorializadas, ahora están siendo recortadas, precarizadas, focalizadas, etc., en esta interpretación de la relación Servicio Social/ política social, las transformaciones en las funciones y responsabilidades sociales del Estado, por la vía de alteraciones en las políticas sociales, repercuten directa y radicalmente en la columna vertebral de la profesión: en el tipo y la cantidad de demanda dirigida al profesional, en las condiciones de trabajo del asistente social, en la modalidad de intervención, en la eventual tendencia al aumento del desempleo y subempleo profesional, en la descaracterización de la profesión”.

En este registro y siguiendo la línea de pensamiento de Montaña, considerar que la política social resulta un instrumento para el Trabajador Social y que la “ineficacia e ineficiencia de un modelo de Estado (de Bienestar), las precarización y la focalización de las políticas sociales derivan en la necesidad de “confiar” en los nuevos espacios ocupacionales - para el caso las organizaciones de la Sociedad Civil - “rechazando”, negativizando la acción del Estado, implica convalidar con ello el orden instituido y legitimado por el discurso neoliberal, obscureciendo la génesis de las desigualdades y las implicancias del modelo neoliberal.

Y más, pensar que las organizaciones de la Sociedad Civil pueden ser el espacio posible para “intervenir desde la perspectiva de derechos”, supone retirar del análisis la necesaria comprensión de nuestra profesión inserta en la lucha de clases y retomar la idea de una Sociedad Civil armónica, cuyo objetivo y fundamento es la búsqueda del bien común.

No se trata con lo antedicho, de negar la intervención de los trabajadores Sociales en las denominadas organizaciones de la Sociedad Civil, sino en todo caso, no “celebrar” estos nuevos espacios como algo naturalmente dado, sino como consecuencia de la ofensiva neoliberal, que muestra claramente un patrón nuevo de intervención sobre la “cuestión social”, el cual impacta directamente en el espacio ocupacional de los trabajadores sociales.

4. Algunas consideraciones finales

Se ha procurado a lo largo del trabajo, dar cuenta como el modelo neoliberal, particularmente para el caso argentino, ha provocado profundas transformaciones en la estructura social, generando una importante masa de excluidos, a quienes desde el discurso de la política social vigente, aún desde la directriz de la inclusión, se los continúa considerando como beneficiarios y por lo tanto, no ciudadanos.

Asimismo se ha llamado la atención sobre el proceso de des-responsabilización del Estado como garante de los derechos de la ciudadanía para el período señalado como de auge del modelo neoliberal, perdiéndose de esta manera las protecciones sociales garantizadas en la sociedad industrial, a pro-

pósito de las modificaciones operadas en el mundo del trabajo, caracterizado por una profunda flexibilidad, precarización e informalidad. Y se ha señalado, asimismo, un proceso de redimensionamiento en la intervención estatal en la última década, produciendo modificaciones en la política social, sin que ello altere sustantivamente la perspectiva gerencial, asistencial e individualizadora de las prestaciones que de ellas devienen, aún reconociendo la ampliación en términos de la cobertura y del “reconocimiento formal” de algunos derechos.

En el proceso de relacionamiento Estado-Sociedad Civil, se intentó dar cuenta de un camino de transferencia de responsabilidades desde el primero a la segunda, bajo la pretensión de una Sociedad Civil autónoma y homogénea y una ampliación en este sentido de la esfera pública, conformada por nuevos actores sociales (organizaciones del Tercer Sector) y se ha procurado desmitificar la comprensión homogénea y hasta casi “romántica” del “sector” de la Sociedad Civil, apelando a los planteos que formula Antonio Gramsci para comprender el Estado y la Sociedad Civil como un momento del mismo. Y en este sentido, se ha distinguido una tendencia muy actual que coloca el acento en el “empoderamiento” de la ciudadanía, sobre todo la ciudadanía organizada, que se materializa en procesos colectivos y cooperativos “para superar la pobreza” y donde el Estado, asimilado a gobierno, resulta ser un medio que promueve estos procesos, pero que de ninguna manera erradica el problema estructural que los genera.

Se ha tratado asimismo brindar elementos para problematizar el “reemplazo” del concepto de clase para entender los procesos sociales, por el de ciudadanía, construido desde el liberalismo bajo la idea de una ampliación de la participación (en la direccionalidad de la responsabilidad individual que refuerza los deberes de los ciudadanos), y suponiendo la profundización de la democratización social. En este sentido, se ha instalado el interrogante en cuanto a cómo es posible conciliar el ejercicio de la ciudadanía cuando los derechos han sido conculcados y mayoritariamente trasladados al plano privado, para resolver las condiciones de desigualdad, a lo que contribuyen las organizaciones de la Sociedad Civil funcionales al modelo, reafirmando la lógica de la solidaridad y la competencia y justificando con ello “la desarticulación del patrón de respuesta estatal a las secuelas de la cuestión social desarrollado a partir de la lucha de clases en el Welfare State”(Montaño, 2005: 362).

Por otro lado, se ha intentado discutir la tensión asistencia-derechos, reconociendo la necesidad de discutir los mismos en los procesos de lucha, antes que en una acción unidireccional y discrecional de parte del Estado. No obstante ello, se ha considerado que la asistencia, como caridad, es abonada en buena proporción por la intervención de las organizaciones filantrópicas que integran la Sociedad Civil en la actualidad.

En este registro, se ha intentado descorrer el manto que oculta las disputas y contradicciones de clase dentro del concepto de Tercer Sector, que constituiría desde esa perspectiva la Sociedad Civil, y que propone la comprensión de esta esfera como un campo de cooperación, entendimiento y búsqueda compartida del bien común, enfatizando en la consideración que la concepción de las organizaciones que la integran como “organizaciones ciudadanas”, encubre las diferencias de clase al interior de las propias organizaciones y tiende a viciar el análisis de la estructura bajo el concepto de “todos iguales” o “todos por el bien común”.

En este sentido, se ha reafirmado, al contrario de la perspectiva neoliberal que la objetiva en un “Tercer Sector”, que la Sociedad Civil es un campo privilegiado de disputa y de confrontación.

Finalmente hemos apelado a analizar cómo las transformaciones en las políticas sociales, de las cuales el Trabajador Social es un actor clave para su implementación, impactan directamente en el espacio socio ocupacional de la categoría profesional, reconociendo en ello la necesidad de volver a colocar el análisis de la intervención en los procesos sociales y por tanto, en la lucha de clases.

Bibliografía

- BARÁIBAR RIBERO, X. (2011).** *Acerca de los procesos de desmaterialización de la pobreza.* En: Revista Fronteras. Dpto. de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Uruguay.
- CHÁVEZ MOLINA, EDUARDO Y GUTIÉRREZ AGEITOS, PABLO (2008).** *Nosotros los de antes ya no somos los mismos. Pobreza y desigualdad en la Argentina pos crisis.* En: Espacio Abierto. Cuaderno venezolano de sociología, Venezuela.
- COUTINHO, CARLOS N. (1997).** *Notas sobre ciudadanía e modernidade.* Em: Praia Vermelha N° 1 – Escola de Serviço Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- CROMPTON, ROSEMARY (1994).** “La explicación de la desigualdad”. En: *Clase y estratificación, una introducción a los debates actuales.* Editorial Tecnos, Madrid.
- DE SOUZA FILHO, RODRIGO (2001).** *Sociedade Civil: Gramsci e o debate contemporâneo de inspiração habermasiana.* Em: Praia Vermelha N° 4 – Escola de Serviço Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
- FILGUEIRA, CARLOS (2007).** “Actualidad de las viejas temáticas: clase, estratificación y movilidad social en América Latina”. En: Franco, R., León, A y Atria, R.(Coord). *Estratificación y movilidad social en América Latina. Transformaciones estructurales de un cuarto de siglo.* LOM-CEPAL-GTZ, Santiago.
- FLEURY, SONIA (1997).** *Estado sin ciudadanos.* Lugar Editorial, Buenos Aires.
- FLEURY, SONIA (2004).** *Ciudadanía, exclusión y democracia.* En: Revista Nueva Sociedad N° 193.
- GARCÍA DELGADO, DANIEL (1994).** *Estado y Sociedad.* FLACSO. Editorial Norma, Buenos Aires
- GRASSI, ESTELA (2003).** *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame.* Espacio Editorial, Buenos Aires.
- IAMAMOTO, MARILDA (2007).** *Serviço social em tempo de capital fetiche. Capital financeiro, trabalho e questão social.* Cortez Editora, Brasil.
- KESSLER, GABRIEL (2011).** *Exclusión social y desigualdad. ¿Nociones útiles para pensar la estructura social argentina?.* Revista laboratorio N° 24. Editorial Suárez.
- LAURELL, A. CRISTINA (1999).** “Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo”. En: Borgjanni y Montañó (Org.). *La política social hoy.* Editorial Cortez, San Pablo.
- LÓPEZ, XIMENA (2011).** *Transformaciones Societales y reconfiguración de las Políticas Sociales en la Argentina contemporánea: Asistencia vs derechos.* Mimeo.
- MARSHALL T. H. Y BOTTOMORE, T. (1998).** *Ciudadanía y clase social.* Editorial Losada, Buenos Aires.
- MARX, KARL (1991).** *Las clases. El Capital.* Siglo XXI Editores, México.
- MOLINA, MARÍA LORENA (2011).** *Protección social (asistencia y seguridad social) Justi-*

- cia Social. Los fundamentos ético políticos de la protección y la (des)protección social.* Uruguay.
- MONTAÑO, CARLOS (2003)** “De las lógicas del Estado a las lógicas de la sociedad civil y del Mercado” Crítica al “tercer sector” y al nuevo trato a la “cuestión social”. En: Montaña, Borgianni y Guerra. (orgs.) *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional.* Editorial Cortez, San Pablo.
- MONTAÑO, CARLOS (2000).** “La política social: espacio de inserción laboral y objeto de reflexión del Servicio Social”. En: Borgianni, E y Montaña, C (org.). *La Política Social hoy.* Cortez Editora, San Pablo.
- MONTAÑO, CARLOS (2005).** *Tercer Sector y cuestión social. Crítica al patrón emergente de intervención social.* Cortez Editorial, Brasil.
- NETTO, J. P. (1997).** *Capitalismo Monopolista y Servicio Social.* Cortez Editorial, Brasil.
- PEREYRA, POTYARA (2000).** “La política social en el contexto de la seguridad social y del Welfare State: la particularidad de la asistencia social” En: Borgianni E. y Montaña, C.: *La Política Social Hoy.* Cortez Editorial, Brasil.
- PORTTES, ALEJANDRO Y HOFFMAN, KELLY (2007).** “Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios en la época neoliberal”. En Franco, L; León, A y Atria, R. (Coord). *Estratificación y movilidad social en América Latina Transformaciones estructurales de un cuarto de siglo.* LOM-CEPAL-GTZ. Santiago.
- RABOTNIKOF, NORA (2001).** *La caracterización de la Sociedad Civil. Perspectiva de los bancos multilaterales de desarrollo.* En: Revista Nueva Sociedad N° 171.
- ROSSI, ADRIANA Y MALLARDI, MANUEL (2009).** “Esfera pública, cuestión social y Organizaciones de la Sociedad Civil”. En. Araya, J. M. (Comp). *Sociedad, Economía y política en la Argentina contemporánea.* Grafikart.
- SALVIA, AGUSTÍN (2007).** “Consideraciones sobre la transición a la modernidad, la exclusión social y la marginalidad”. En: *Sombras de una marginalidad fragmentada.* Miño y Dávila Editorial, Buenos Aires.
- VIEIRA, L. (1998).** “Ciudadanía y control social”. En: Bresser Pereira y Cunill Grau (Eds). *Lo público no estatal en la reforma del Estado.* Editorial Paidós, Buenos Aires.

debates sobre la criminalización/ despenalización del aborto¹

Andrea D'Atri²

Durante la última década, el feminismo estableció una compleja red de alianzas con instituciones estatales y académicas, organizaciones no gubernamentales, partidos políticos y otros movimientos sociales que lo reconfiguraron como un movimiento diverso en el reclamo de derechos civiles, pero también en la disputa cultural de sentidos. Después de su irrupción, durante la década del '70, centrado en un discurso antipatriarcal fuertemente cuestionador del orden establecido –en diálogo y controversia con los movimientos anticapitalistas y la izquierda política–, el feminismo reemergió a mediados de los '80, vinculado a la agenda de los derechos humanos.

A diferencia del movimiento europeo o norteamericano, en la mayoría de los países de América Latina, el feminismo sufrió el corte histórico y generacional propiciado por el enfrentamiento entre revolución y contrarrevolución de América Central y las dictaduras militares genocidas del Cono Sur. Estas experiencias históricas tiñeron la práctica feminista de los años posteriores, vinculada a los procesos de democratización y pacificación, reconvirtiendo su espíritu contestatario en esfuerzo de institucionalización. Las demandas propias de la agenda feminista se trasvasaron en el nuevo lenguaje continental de los derechos humanos, al tiempo que la nueva situación política permitió, a partir de 1981, los Encuentros Feministas de Latinoamérica y el Caribe.

Para los años '90, la otrora delgada separación entre centros de trabajo y estudio, por un lado, y movimiento militante, por otro, se profundizó y dio lugar a la polarización entre las especialistas –que conformaron lo que dio en llamarse una tecnocracia de género– y las activistas –fracción minoritaria que tomó la bandera de la autonomía como diferenciación específica al interior del movimiento. Al mismo tiempo, la internacionalización del movimiento se profundizaba bajo los cánones impuestos por el sistema onusino de conferencias

¹ La ponencia en el IIIº Congreso Nacional de Trabajo Social y IIº Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social (Universidad Nacional del Centro, Tandil) se basó en un fragmento del artículo de mi autoría "2000-2010: Una década de luchas feministas. Logros y deudas pendientes con las mujeres latinoamericanas en los albores del siglo XXI", publicado en OSAL, año XII, N° 30, CLACSO, Bs. As., 2011. En esta ocasión, presentamos una versión modificada y ampliada de dicha ponencia.

² Licenciada en Psicología (UBA) y especialista en Estudios de la Mujer. Es dirigente nacional del Partido de los Trabajadores Socialistas (PTS), y fundadora de la agrupación de mujeres Pan y Rosas.

mundiales que, lentamente, fue reconfigurando el carácter de las ONG's, convirtiéndolas en organizaciones profesionalizadas y despolitizadas, exigidas de atender las necesidades de mujeres de sectores populares, como mediadoras entre agencias de financiamiento, gobiernos y "beneficiarias", en competencia con sus pares, lo que fragmentó aun más al movimiento. Mientras los estados privatizaban los servicios públicos y los recursos nacionales, las ONG's se iban transformando en "pequeñas empresas" cuyo capital radicaba en la experticia de sus planteles profesionales, para la atención de aquellas necesidades que el estado desatendía. El feminismo autónomo englobó a pequeños colectivos anarco-feministas, autonomistas propiamente dichas, socialistas, etc. que, en medio de la marea neoliberal, asumieron el riesgo de mantenerse al margen de la tendencia mayoritaria, al costo de construirse de un modo autorreferencial, centrado en la crítica cultural y, en cierto sentido, también vaciando el carácter político de las reivindicaciones en un ensimismamiento sectario.

Pero en la última década, signada en sus albores por la crisis del modelo neoliberal y las movilizaciones de masas en diversos puntos del continente, el feminismo se plantó en la escena latinoamericana con una joven generación que aportó nuevas fuerzas y también nuevas formas de activismo. Los levantamientos en Ecuador y Bolivia, las jornadas de diciembre de 2001 en Argentina, la movilización popular que derrocó el intento de golpe de Estado en Venezuela en 2002, las movilizaciones en México de 2006 -como el plantón de un millón de personas contra el fraude político en el centro del Distrito Federal o la gesta de la Comuna de Oaxaca-, pusieron a las masas en el centro de una nueva escena política donde las mujeres tuvieron un papel destacado. Ese protagonismo de mujeres trabajadoras, desocupadas, de pueblos originarios, propició la reactivación de una cierta militancia feminista que recobró viejas banderas y las reactualizó, asumiéndolas junto a nuevas inquietudes y reclamos.

Tres aspectos nos resultan significativos de la experiencia feminista de la última década: a) la "repolitización" de esta nueva militancia feminista que surge al calor de la crisis que, primeramente en Argentina, signó los albores de la nueva década; b) las nuevas experiencias de solidaridad feminista internacional, originada en esfuerzos independientes de los encuentros o conferencias internacionales institucionalizados, que surgieron ante el golpe de estado en Honduras (2009) y el terremoto en Haití (2010) y c) la persistencia de la lucha por el derecho al aborto en la agenda de las feministas de todo el continente y su relación controvertida con los nuevos gobiernos post-neoliberales.

I. La construcción de un reclamo

El reclamo por la despenalización del aborto es, quizás, el más persistente y extendido de la agenda feminista latinoamericana de la última década ya que, en la mayoría de los países de nuestro continente, el aborto sigue siendo una práctica clandestina. La causa fundamental por la que esta demanda se sostiene a través de los años radica en que la práctica de abortos clandestinos sigue ocupando los primeros lugares entre las causas de mortalidad materna en el continente. Sin embargo, a pesar de que la legalización del aborto es respaldada por diversos instrumentos jurídicos internacionales sobre derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, tanto los gobiernos de distintos

signos políticos, como la Iglesia Católica y otras instituciones siguen resistiendo al reclamo de millones de mujeres latinoamericanas.

Lo distintivo de la última década fue que, con la eclosión del modelo neoliberal de los años '90, el movimiento feminista no sólo profundizó la movilización y la lucha por este reclamo, conquistando fuertes simpatías y adhesiones, sino que prontamente depositó expectativas en los nuevos gobiernos postneoliberales, en la búsqueda de un consenso para avanzar en una agenda común, reduciendo la propia capacidad de movilización alcanzada en aras de privilegiar el cabildeo y las negociaciones “por arriba”. Sin embargo, a pesar de las esperanzas depositadas en los nuevos regímenes y gobiernos, los cambios han sido mínimos, cuando no ha habido marcados retrocesos.

En gran parte del continente, las feministas de distintas tendencias y orígenes de lo más diversos han establecido coaliciones amplias, limando asperezas y sobreponiéndose a las diferencias políticas, para pelear por el derecho al aborto. En ocasiones, estas alianzas surgieron en el esfuerzo por diseñar estrategias que permitieran avanzar en la legalización del aborto; otras veces, fueron la resultante de verse obligadas a actuar defensivamente, frente a la avanzada de sectores reaccionarios y fundamentalistas que empujaron a establecer estas coaliciones de resistencia. En todos los casos, la última década estuvo signada por una visibilización nunca antes alcanzada de este derecho que aún le es negado a millones de mujeres latinoamericanas, gracias a la persistencia del movimiento feminista de la región. ¿Cuáles fueron los logros? ¿Cuáles son las perspectivas? Todavía es un debate abierto, pero algunos ejemplos de lo que sucedió —en esta última década— en algunos países del continente evidencia que el derecho al aborto es aún un tema de profundos debates en el que la Iglesia Católica —con fuerte raigambre en la región— y otros sectores fundamentalistas y conservadores no están dispuestos a ceder fácilmente, presionando a gobiernos y persiguiendo judicialmente a las mujeres afectadas y las feministas.

En El Salvador, después de muchos años de gobiernos del derechista ARENA (Alianza Republicana Nacionalista), que había prohibido el aborto en 1998 —cuando derogó el artículo del Código Penal de 1973 que permitía el aborto terapéutico—, las mujeres esperaron un cambio con la llegada al poder del opositor FMLN (Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional). Sin embargo, estos cambios no se produjeron: la situación legal del aborto no fue modificada. Recientemente, ante la iniciativa de la directora del ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer) de revisar la legislación sobre aborto, el presidente Mauricio Funes salió al cruce de las versiones periodísticas, aclarando que no había orden procedente del poder ejecutivo. “Yo no he dado ninguna orden, ni he dado ninguna instrucción, para que se proceda a revisar la legislación, en materia de aborto”, manifestó Funes, al tiempo que desautorizó a la directora del ISDEMU por la firma de declaraciones en tal sentido, realizadas en el marco de una reunión internacional.

En Nicaragua, durante la campaña electoral por el que sería su segundo mandato después de tres derrotas electorales, Daniel Ortega, del FSLN (Frente Sandinista de Liberación Nacional), pactó con la derecha encabezada por el obispo Obando —vinculado a los sectores más reaccionarios de la sociedad

nicaragüense- el apoyo de la Iglesia Católica a su candidatura a cambio de que su partido votara la penalización del aborto terapéutico, un derecho que existía en el país desde 1891. Y así se aprobó en el parlamento, en 2006, con la unanimidad conseguida por los votos del FSLN y la derecha, antes de las elecciones presidenciales en las que triunfó Ortega. Durante la campaña electoral, el FSLN fue el único partido que publicó un comunicado sobre el tema, titulado “Sí a la vida, no al aborto” y, además, participó de una movilización contra el derecho al aborto convocada por la Iglesia Católica, apoyada por el entonces gobierno conservador de Bolaños. Una vez en la presidencia, Daniel Ortega se pronunció contra los movimientos feministas y quienes luchan por el derecho al aborto en su país, llegando incluso a la persecución y la amenaza con perder la personería jurídica a las ONG’s que defienden este derecho. Nueve mujeres reconocidas del movimiento feminista fueron acusadas de “apología del delito” ante la justicia nicaragüense por haber colaborado en la interrupción del embarazo de una niña abusada, en tiempos en que el aborto terapéutico era legal. Estas medidas provocaron la solidaridad y la movilización inmediata de las feministas en distintos países. Desde Honduras hasta Paraguay, cada visita oficial de Daniel Ortega fue respondida por agrupaciones feministas locales que rechazaron su presencia.

En Chile, el aborto es ilegal en todos los casos, desde que la dictadura de Pinochet derogó el aborto terapéutico y esto no ha sido modificado bajo el gobierno de Michelle Bachelet, la primera mujer en llegar al más alto cargo del poder ejecutivo. En Uruguay, las activistas feministas se encontraron con una sorpresa dada por el primer presidente del Frente Amplio, que había asumido en un clima de gran alegría y expectativa. El parlamento uruguayo había aprobado, en 2008, un proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva que incluía la despenalización del aborto siempre que la mujer lo realizara antes de las doce semanas de gestación y, más allá de este plazo, también se permitía cuando el embarazo implicara riesgo de vida o de salud de la mujer o cuando se previera la malformación fetal incompatible con la vida extrauterina. Esta medida, que había sido presentada ante las feministas del Cono Sur como un ejemplo a seguir, en la lucha por el derecho al aborto, pronto quedó sin efecto. Porque, para que se transformara en ley, definitivamente, necesitaba ser aprobada por el presidente, el médico Tabaré Vázquez, quien la vetó con el aval de la ministra de Salud, mientras la Iglesia Católica amenazaba con excomulgar a todos los funcionarios que la apoyaran.

En Brasil, las contradicciones entre las expectativas generadas por el gobierno del PT (Partido dos Trabalhadores) y su compromiso real con el derecho al aborto han sido similares. Después de la visita oficial del Papa Ratzinger, en 2007, el gobierno de Lula Da Silva apoyó oficialmente una campaña coordinada por la Conferencia Episcopal que tenía como lema la defensa del derecho a la vida desde la concepción y finalmente, en 2008, firmó el acuerdo Brasil-Vaticano, que consolida la enseñanza religiosa en las escuelas públicas y fortalece las posiciones religiosas en contra del derecho al aborto, entre otras cuestiones. En el contexto de las elecciones presidenciales de 2010, ante la presión de sectores fundamentalistas y derechistas, la candidata del PT y actual presidenta, Dilma Rousseff, se vio obligada a pronunciarse explícitamente en contra del derecho al aborto para no perder el voto de vastos sectores cristianos. En

medio de la campaña, la candidata en la que se afirmaban las expectativas de las feministas brasileñas, prometió mantener la legislación sobre aborto y no innovar en otros aspectos que modificaran la legislación sobre la familia.

México ha sido, quizás, la única excepción durante este período. Después de muchos años de lucha del movimiento feminista, a principios de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal de México aprobó la reforma de las cláusulas del Código Penal que penalizaban el aborto. Esta reforma, propiciada por el PRD (Partido de la Revolución Democrática), la fórmula de centroizquierda que gobierna el distrito, permite abortar hasta las doce semanas de gestación, ampliando la legislación preexistente que sólo autorizaba la interrupción del embarazo en caso de violación, de que hubiera malformaciones graves del feto o si la vida de la mujer corría peligro. A la propuesta del PRD se plegaron otros partidos, con la sola oposición del conservador PAN (Partido Acción Nacional), el partido del presidente. Sin embargo, esta batalla legislativa no se ganó sencillamente. La innovación legislativa fue recusada inmediatamente por sectores fundamentalistas y religiosos y fue, finalmente, la Corte Suprema de Justicia la que dictaminó su constitucionalidad. Además, una vez aprobada la reforma y como reacción a esta decisión adoptada por el Distrito Federal, en numerosos estados mexicanos se endureció la legislación con respecto al aborto, con reformas promovidas por la Iglesia Católica en connivencia con el PAN y organizaciones antiabortistas. Esto llevó a que en algunas legislaciones se contemple, actualmente, al óvulo fertilizado como una persona legal, aumentando la criminalización de las mujeres.

II. Argentina: un reclamo mayoritario que no encuentra eco institucional³

Si bien desde la caída de la dictadura militar, la lucha por el derecho al aborto volvió a estar presente en el nuevo escenario de los Encuentros Nacionales de Mujeres y los diversos encuentros feministas que se realizaron en el país, fueron las jornadas de diciembre de 2001 -en las que cayó el gobierno del presidente De la Rúa, mientras la represión provocaba más de 30 muertes en las calles del país- las que le dieron un nuevo impulso a este reclamo, que traspasó las fronteras del movimiento de mujeres, recorrió asambleas vecinales, fábricas ocupadas y movimientos sociales de lo más diversos, llegando a la primera plana de los diarios y finalmente, ingresando al Congreso a través de un proyecto de ley consensuado colectivamente, que surgió de esta activa militancia.

Paradójicamente, cuando se cumplieron diez años de aquellas jornadas de diciembre de 2001, nos encontramos con la cerrada negativa del bloque de diputados y diputadas oficialistas a debatir la legalización del aborto. El proyecto de ley que la coalición de organizaciones sociales que integra la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto presentó ya en dos ocasiones, volvió a

³ Sobre la lucha por el derecho al aborto en Argentina, ver D'Atri, A. (2011): "La construcción de un reclamo: Vaivenes de una década de lucha por el derecho al aborto" en AA.VV.: *¿Que se vayan todos? A 10 años del 19 y 20 de diciembre de 2001*, Coop. Gráfica El Río Suena, Bs. As.

⁴ Después de haber recabado la firma de más de cincuenta diputados y diputadas de todos los bloques en su segunda presentación al Congreso, el proyecto no consiguió el dictamen reglamentario de las tres comisiones parlamentarias interesadas y, nuevamente, debió ser postergada su presentación, debiendo recomenzar el trámite desde el inicio en este nuevo año de sesiones.

foja cero.⁴ Pero a pesar de esta derrota parcial en el terreno legislativo, en los últimos años, el derecho al aborto logró el mayor índice de aprobación social de todos los tiempos. Y esto obedece, fundamentalmente, a una larga historia de lucha del movimiento de mujeres en Argentina; pero también, a los redoblados esfuerzos de esta última década, por poner el derecho al aborto en el primer plano de la agenda pública.

a) Derecho al aborto en tiempos asamblearios

Diciembre de 2001 despertó un espíritu asambleario que se propagó no sólo en los movimientos de desocupados y desocupadas, en las fábricas tomadas por sus trabajadores y trabajadoras, sino también entre vecinos y vecinas de la ciudad de Buenos Aires. Reunidos en plazas, universidades, fábricas tomadas o predios abandonados que se reconvirtieron en centros sociales y culturales, vecinos y vecinas debatieron desde los problemas más acuciantes de su barrio, hasta las formas de gobierno que se querían para el país. En esas asambleas, viejas feministas que tenían una larga trayectoria de lucha por el derecho al aborto —entre otras demandas del movimiento de mujeres—, colaron sus peticiones y reclamos que, por primera vez, se empezaron a debatir en espacios públicos con tanta concurrencia.

Aquella experiencia dio origen a la Asamblea por el Derecho al Aborto, un espacio de mujeres dispuestas a luchar por este derecho, que comenzó a funcionar en el año 2002, en el mismo local donde se reunía la asamblea del barrio de San Cristóbal, de la Ciudad de Buenos Aires. La pequeña asamblea de mujeres que allí se convocaba, semana tras semana, creció en participación a medida que se acercaba el XVIII^o Encuentro Nacional de Mujeres, que se realizaría en la ciudad de Rosario en agosto de 2003. A sabiendas de que la Iglesia preparaba sus ataques contra el Encuentro, distintas mujeres independientes, viejas militantes feministas y otras de agrupaciones feministas autonomistas jóvenes creadas al calor del diciembre de 2001, junto con un puñado de militantes de los partidos de izquierda, comenzamos a prepararnos para llevar la lucha por el derecho al aborto a Rosario.

Este XXVIII^o Encuentro Nacional de Mujeres de 2003 fue distinto a los anteriores. En cada uno de los talleres donde participaban miles de mujeres de todo el país, se convocó a participar, a la salida, de una Asamblea Nacional por el Derecho al Aborto que reunió a algunos centenares de mujeres. La Iglesia Católica, como ya lo hacía en los últimos años, había preparado a un grupo de mujeres catequistas con el propósito de que irrumpieran en los talleres

⁵ En esta asamblea participaron las mujeres que integraban la Comisión por el Derecho al Aborto, el Foro por los Derechos Reproductivos, Católicas por el Derecho a Decidir, activistas de Acción Política LGT-TTB, sindicalistas de la CTA, las mujeres desocupadas de la Red de Mujeres Solidarias y el Polo Obrero, activistas y académicas del Área de Estudios Queer y una Comisión de Mujeres impulsada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, reconocidas dirigentes del movimiento de fábricas ocupadas —como Celia Martínez de la textil Brukman—, mujeres de distintos movimientos sociales y militantes del Partido de los Trabajadores Socialistas (PTS). Una vieja y querida militante feminista, la legendaria Dora Coledesky —que ya en la década del '80 había formado la Coordinadora por el Derecho al Aborto— junto a María Chaves —de la nueva generación de jóvenes feministas que había surgido al calor de las jornadas de diciembre de 2001— coordinaban la asamblea: un verdadero símbolo de las distintas generaciones que se reunían allí para continuar con esta lucha de las mujeres por nuestro derecho a decidir.

donde se debatía el derecho al aborto, no centralmente para presentar sus argumentaciones en contra, sino para impedir que este debate pudiera tener lugar. Eso aglutinó a quienes defendíamos el derecho al aborto, las que, en la propuesta de la asamblea, encontramos una solución a ese atolladero al que las fundamentalistas católicas conducían al debate en los talleres.⁵ La asamblea votó un plan de lucha nacional por la despenalización y legalización del aborto que comenzaría con una marcha a realizarse en el Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe y la convocatoria a un encuentro nacional para debatir estrategias para la legalización del aborto.

El 26 de setiembre, se publicó una solicitada con centenares de adhesiones. Luego, la marcha tuvo una repercusión asombrosa. Fue la primera vez que la movilización por el derecho al aborto reunía a miles de mujeres en distintas ciudades del país, detrás de la consigna “*Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir.*”⁶ Simultáneamente, el entonces presidente Néstor Kirchner se declaraba hijo de las Madres de Plaza de Mayo. La Asamblea por el Derecho al Aborto que funcionaba en el barrio de San Cristóbal empezó a desgranarse, lentamente, ante las diferencias que suscitaban los nuevos alineamientos políticos frente a un gobierno que con gestos como éste, intentaba ganar la simpatía de los sectores progresistas de las clases medias. Por un lado, crecían las expectativas en el gobierno nacional, en un sector dispuesto a subordinar la movilización y la lucha a la estrategia de presión sobre los funcionarios y el *lobby* parlamentario. Por otro lado, los grupos autonomistas se inclinaban más bien por negarse a reclamar la legalización del aborto considerándolo una intromisión del Estado en las decisiones de las mujeres. Finalmente, tras largas y a veces estériles discusiones, la Asamblea por el Derecho al Aborto se disolvió⁷.

b) Derecho al aborto en tiempos institucionales

En mayo de 2004, como resultado de este proceso desencadenado el año anterior, se realizaba el Iº Encuentro Nacional sobre Estrategias por el Derecho al Aborto, para debatir y poner en ejecución estrategias jurídico-legislativas, en el sistema de salud y comunicacionales. Entre otras medidas, se decidió exigir la reglamentación de los casos de abortos no punibles ya contemplados en el Código Penal, al tiempo de propiciar una interpretación amplia de las excepciones de punibilidad en lo que se refiere a los casos de violación, entendiendo que la salud mental de la mujer es puesta en riesgo, tanto por el ataque a su integridad corporal, como por las consecuencias de una maternidad forzada. En este encuentro, también se inició la elaboración de un proyecto de ley para la interrupción voluntaria del embarazo en las primeras doce semanas y se conformó un grupo de periodistas que se comprometían a promover el debate en la agenda

⁶ Desde el Congreso hasta la Plaza de Mayo marcharon más de 7 mil mujeres y, ya frente a la Casa Rosada, se entregó un petitorio al gobierno nacional.

⁷ La mayoría de sus integrantes avanzaron en la construcción de lo que luego fue la coalición de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. Otras, como quienes conformamos la agrupación de mujeres Pan y Rosas, seguimos acompañando su reclamo unitariamente, sin compartir y criticando abiertamente sus alineamientos políticos y los intentos de reducir su estrategia al parlamentarismo. La mayor parte de los pequeños grupos autonomistas que habían surgido al calor de las jornadas de diciembre de 2001 fueron desintegrándose; sus militantes tomaron diversos caminos, incorporándose a otros movimientos sociales, integrándose al Estado, fortaleciendo su propia institucionalización como organizaciones de mujeres o abandonando la militancia.

de los medios. Por último, se contemplaba el intento de formar un bloque de legisladores por el derecho al aborto. Empezaba así a delinarse lo que luego sería la principal estrategia asumida por el movimiento: la del *lobby* parlamentario.

Néstor Kirchner ya llevaba un año en el gobierno nacional. El 24 de marzo, en un nuevo aniversario del golpe genocida de 1976, se inauguraba el Museo de la Memoria en la ESMA (Escuela Superior de Mecánica de la Armada) donde había funcionado un centro clandestino de detención; se designaba a la jueza Carmen Argibay –cuestionada por la Iglesia y sectores derechistas por sus declaraciones favorables a la despenalización del aborto– como integrante de la Corte Suprema de la Nación, y el ministro de Salud, Ginés González García, se mostraba favorable a la despenalización. Hacía poco se había aprobado la Ley Nacional de Salud Reproductiva, largamente postergada. A pesar de las expectativas que estos gestos provenientes del gobierno generaban en numerosas mujeres del movimiento, señalábamos

Con el gobierno de Kirchner, muchas mujeres nuevamente se ilusionaron con que sus derechos serían reconocidos. Pero el ‘progresista’ Dr. K se apropió de las demandas de las mujeres y las utilizó en su discurso y su política de maquillaje del mismo régimen que las mujeres salimos a repudiar con cacerolas y cortes de rutas y puentes dos años atrás. (...). Como si no fuera suficiente, el gobierno en boca del jefe de Gabinete, Alberto Fernández, le ha repetido al Vaticano que ‘ha hecho muchas cosas para evitar el aborto’ y que ‘jamás ha promovido su despenalización’ (D’Atri, 2004: 12).

Al ciclo ascendente de la economía propiciado por la brutal devaluación que realizó el anterior gobierno de Duhalde, se sumaba el alza de los precios internacionales de las materias primas que favorecían a la Argentina. La alianza que había marcado las movilizaciones de diciembre de 2001, de las clases medias urbanas –afectadas por el “corralito” a sus depósitos– con los trabajadores desocupados y los que tomaban fábricas, se fue disgregando ante la reactivación económica y la política de recomposición del orden institucional quebrado por las jornadas de 2001. Mientras la derecha y los medios demonizaban a los “piqueteros”, la clase media urbana exigía una política de “orden” y “normalización”.

En este año 2004, el Encuentro Nacional de Mujeres se trasladó a la ciudad de Mendoza, donde la Iglesia volvió a arremeter contra el derecho al aborto. Allí, en el taller de Estrategias para la Legalización del Aborto, se propuso la realización de una campaña a iniciarse el 28 de mayo del año siguiente, en el Día de Acción por la Salud de las Mujeres. En el mes de octubre, los ministros de salud provinciales firman un compromiso para la reducción de los índices de mortalidad materna donde se establece “*Que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos. Garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los hospitales públicos, dando cumplimiento a lo estipulado en el Código Penal.*”⁸

⁸ “Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en Argentina”, Consejo Federal de Salud, 6 de octubre de 2004. Ministerio de Salud de la Nación.

⁹ Esa amenaza no era ingenua, viniendo de un obispo que prestaba sus servicios en las Fuerzas Armadas responsables de haber eliminado a miles de personas con este mismo método –conocido como los vuelos de la muerte–, en los años de la sangrienta dictadura.

c) Derecho al aborto en tiempos de campañas

El año 2005 se inició con un furibundo ataque de la Iglesia al ministro de Salud de la Nación, por sus declaraciones favorables a la despenalización del aborto. El obispo castrense propuso colgar una piedra al cuello del ministro y arrojarlo al mar.⁹ En este marco, uniendo la lucha por el derecho al aborto con la lucha por los derechos humanos, surge la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, bajo la consigna “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Las encuestas señalaban que el 44% de la población acordaba con la despenalización del aborto y que ese porcentaje ascendía notablemente si se preguntaba por la aceptación de la despenalización en determinados casos (violación, riesgo de salud de la gestante, malformaciones del feto). La Campaña se inicia, entonces, lanzando un petitorio que reunió miles de firmas de apoyo al siguiente texto: “Apoyamos la despenalización y legalización del aborto para que toda mujer que decida interrumpir su embarazo pueda acceder al aborto legal, seguro y gratuito en los hospitales públicos y en las obras sociales de todo el país.” Se trazó el objetivo de difundir esta campaña en todo el país y entregar las firmas recolectadas el 25 de noviembre, Día de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres, en una marcha que confluyera en el Congreso Nacional. En su lanzamiento, la Campaña logró reunir a decenas de organizaciones y centenares de mujeres que la tomaron en sus manos, impulsando diversas actividades de difusión y recolección de firmas en numerosas ciudades del país¹⁰.

Atravesábamos una coyuntura marcada por las elecciones legislativas. Las clases medias habían recuperado niveles de consumo similares a los momentos del auge de la convertibilidad y las zonas agrícolas vieron mejorar su rentabilidad, lo que fomentaba el conservadurismo de amplias franjas de la población. Por otra parte, si bien la clase obrera recobraba protagonismo con huelgas en distintos sectores por reclamos salariales, Moyano se consolidaba al frente de la CGT, de la mano del gobierno kirchnerista que relegaba, nuevamente, el reconocimiento largamente esperado de la CTA. Mientras tanto, la política de cooptación directa e indirecta de los movimientos de desocupados –algunos de los cuales se integraron directamente al gobierno–, como la criminalización de la protesta y la reducción de planes y beneficios para los movimientos piqueteros opositores, dieron lugar a la crisis y posterior decadencia del movimiento que había tenido sus momentos de expansión y protagonismo en la crisis de 2001.

Durante la campaña para las elecciones legislativas, todos los medios señalaron que nunca antes había habido tantas candidatas mujeres.¹¹ Ninguna de

¹⁰ Pan y Rosas, la agrupación de la cual soy integrante y fundadora, apoyó críticamente el lanzamiento de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, considerando que el petitorio y las actividades de difusión debían ser el puntapié para retomar la organización de un poderoso movimiento que expresara su voluntad de lucha con la movilización, con independencia del Estado y sus instituciones. Insistíamos en el peligro de generar expectativas en que, dejando en manos de algunas expertas el cabildeo parlamentario, íbamos a conquistar el derecho al aborto. Al mismo tiempo debatíamos contra el sectarismo de otras compañeras de la izquierda, que se negaban a impulsar el petitorio desde la perspectiva que proponíamos, organizando comités de base que apoyaran esta lucha en las facultades, escuelas, fábricas y establecimientos.

¹¹ Se presentaban Cristina Kirchner, Elisa Carrió, Hilda “Chiche” Duhalde, María José Lubertino, Vilma Ripoll y otras, entre las que también me encontraba como integrante del frente de izquierda conformado por el Partido de los Trabajadores Socialistas y el MAS. Como en todas las campañas electorales en las que participamos, el Partido de los Trabajadores Socialistas levantó mi candidatura a legisladora bajo la consigna “Que la Iglesia no decida por nosotras. Derecho al aborto legal, seguro y gratuito”.

las candidatas más reconocidas levantaba abiertamente, en su campaña, el derecho al aborto. Incluso, el 28 de setiembre, pocas semanas antes de las elecciones y en el Día de Lucha por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, la candidata Cristina Kirchner visitaba la Basílica de Luján en señal de acercamiento a la jerarquía eclesiástica. Mientras tanto, miles de mujeres, nuevamente, se movilizaron por el derecho al aborto.

Esa marcha fue, relativamente, un punto de inflexión. Un bloque encabezado por la consigna “*Bajo el gobierno de Kirchner las mujeres seguimos muriendo por aborto clandestino*”, reunió a las feministas autonomistas, diversas agrupaciones de feministas lesbianas y agrupaciones vinculadas a la izquierda que marchaban unitariamente hacia el Congreso, pero, al mismo tiempo, confrontaban con la dirección y el rumbo que había tomado la Campaña. De ahí en adelante, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto logró mayor repercusión y reconocimiento en diversos ámbitos, consolidó un grupo reducido de militantes que siguieron adelante con sus iniciativas y consiguió instalar el tema en la agenda política y mediática. Sin embargo, su propio poder de convocatoria en movilizaciones, marchas y otros actos públicos empezó a declinar. Al año siguiente, un grupo ya más reducido de organizaciones y figuras públicas de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, organizaron su relanzamiento con una visita al Ministerio de Salud de la Nación, donde entregaron un petitorio en el que se exigía la aplicación efectiva de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cumplimiento del compromiso para la reducción de la mortalidad materna y el protocolo de asistencia humanitaria del post-aborto y la reglamentación de los casos de aborto no punibles en hospitales públicos sin intervención judicial. Poco tiempo después, nuevamente la despenalización del aborto ocupaba las primeras planas de los diarios, ante la judicialización de dos casos de abortos no punibles.

El 28 de setiembre de 2006, ya no hubo una movilización unitaria por la legalización del aborto, como había sido hasta entonces.¹² Sin embargo, a pesar de estas diferencias, el 28 de mayo de 2007, cuando la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto decidió presentar su proyecto de ley en el Congreso de la Nación, fue acompañada por activistas feministas y militantes de las agrupaciones y partidos de izquierda. Mientras tanto, en Santa Fe, moría Ana María Acevedo, una joven mujer con tres hijos que cursaba su cuarto embarazo y atravesaba una grave enfermedad. Había solicitado un aborto terapéutico que le permitiera avanzar con sus tratamientos médicos para salvar su vida; sin embargo, el Tribunal de Bioética del hospital donde había sido intervenida por un cáncer en el maxilar, denegó su pedido. El caso de Ana María se convirtió en

¹² La dirección de la Campaña con aproximadamente 300 mujeres, se movilizó desde el Ministerio de Salud hasta el Congreso. Mientras tanto, una movilización de un millar de mujeres de las agrupaciones y partidos de izquierda, marchó desde Plaza de Mayo hasta el Congreso con dos banderas visibles en la cabecera: una que sostenía la consigna histórica de la lucha por el derecho al aborto, “*Anticonceptivos para no abortar, aborto legal y gratuito para no morir*” y otra que marcaba nuestra diferencia, “*Kirchner y la Iglesia son responsables de las muertes por abortos clandestinos*”. Al ingresar esta columna a la plaza del Congreso, la otra columna, integrada por las referentes de la Campaña, se retiró.

¹³ Mientras sus anuncios de que se venía “el siglo de las mujeres” entusiasmaban a gran parte del movimiento, Pan y Rosas denunciaba que la candidata se había pronunciado, sin ambigüedades, en contra de avanzar en la despenalización del aborto.

una bandera que, nuevamente, permitió que la lucha por el derecho al aborto tuviera mayor repercusión y sumara adhesiones.

Otra vez cursábamos un año electoral: en octubre de 2007 era electa presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner.¹³ A partir de entonces, los Encuentros Nacionales de Mujeres empezaron a contar con mucha menor participación; la Campaña –como ya señalamos- adquiriría mayor presencia mediática y lograba la simpatía de miles de mujeres que, sin embargo no se organizaban ni se movilizaban bajo su convocatoria.

d) Derecho al aborto en tiempos de maniobras

El 16 de marzo de 2010, con más de treinta firmas de diputados y diputadas de los distintos bloques parlamentarios, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto volvía a presentar el proyecto de ley que se había dejado caer en el Congreso, sin darle tratamiento. El kirchnerismo, que ya no contaba con mayoría automática, había manifestado en diversas ocasiones la negativa presidencial a tratar el asunto, aunque algunos de sus legisladores apoyaban el proyecto. Sin embargo, la aprobación social de la despenalización iba en aumento, según lo indicaban las encuestas. Los medios también reflejaban este cambio, promoviendo el debate sobre el aborto y con periodistas y otras figuras reconocidas que manifestaban su aprobación de la despenalización abiertamente.

Mientras tanto, apenas iniciado el año legislativo, se planteó el tratamiento de la ley de matrimonio igualitario que, anunciado a finales de 2009, quedó postergado por la decisión del kirchnerismo ya que -según aseguraron fuentes oficiales- arruinaría la visita al Vaticano que tenía prevista la presidenta. La diputada de fe evangélica, Cynthia Hotton, organizó una movilización para oponerse al proyecto de ley en cuestión. La devota Elisa Carrió, por su parte, aclaró que cuando se tratara la ley y se dijera la palabra “matrimonio”, se retiraría del recinto, porque consideraba que el matrimonio es algo sagrado y no soportaría semejante sacrilegio. Pero, en esta segunda oportunidad, el kirchnerismo optó nuevamente por no dar *quórum*. Esta maniobra dilatoria, fortaleció a la reacción que pasó a la ofensiva: la Iglesia envió una carta a los diputados y diputadas donde les presentaban, sucintamente, los argumentos con los cuales tenían que oponerse al “matrimonio gay”. Mientras tanto, prepararon movilizaciones en todas las provincias y en la misma Ciudad de Buenos Aires, algunas de las cuales fueron acompañadas por gobernadores y diputados kirchneristas, para oponerse a la aprobación del proyecto, condenando a lesbianas y homosexuales. Pero la cúpula eclesiástica cometió el error no sólo de no medir que el proyecto tenía amplia aprobación social, sino que además, apuntó sus ataques contra el gobierno nacional que, hasta entonces, no había tenido mayor papel en la preparación de este proyecto surgido de bloques de la centroizquierda. Fue entonces que el oficialismo cambió su estrategia y el entonces diputado Néstor Kirchner y la presidenta lo tomaron como una bandera propia en su “batalla cultural” contra las reaccionarias corporaciones.

Fue así como el proyecto de matrimonio igualitario tuvo un viraje y fue tratado en la cámara de diputados donde, recibió media sanción con 125 votos a favor, 109 en contra, 6 abstenciones y 16 ausencias. Finalmente, el 14 de

julio, después de una larguísima jornada de debate seguida por millones de personas en directo por televisión, se aprobó la ley en la cámara de senadores, con un escaso margen que hizo peligrar el resultado minuto a minuto. El kirchnerismo, raudamente capitalizó el triunfo de una ley que no había sido propuesta por el bloque, que se negaron a tratar en dos oportunidades, que fue rechazada por gran parte de sus diputados y diputadas y que, sin embargo, contaba con el 70% de aprobación social, según las encuestas.

La maniobra recreó las expectativas de que, de la mano del kirchnerismo, era posible conquistar derechos democráticos largamente postergados, como el derecho al aborto. Al poco tiempo, el ministerio de Salud publicó una guía para la realización de abortos no punibles. Sin embargo, la esperanza duró poco. Alarmada por las noticias que daban cuenta de esta publicación con carácter oficial, la presidenta instruyó al ministro de Salud para que se retrocediera inmediatamente.

Para la lucha por el derecho al aborto, el año terminó con la primera audiencia pública en la Comisión de Legislación Penal de la cámara de diputados, presidida por el diputado opositor Juan Carlos Vega, que invitó a debatir a una especialista de la organización internacional *Human Rights Watch*. El debate siguió abierto para continuar con las nuevas sesiones parlamentarias en 2011.

El año legislativo fue inaugurado por la presidenta Cristina Kirchner con un discurso en el que, entre otros anuncios, presentó la extensión de la Asignación Universal por Hijo, para las mujeres embarazadas. Sus palabras en el recinto parlamentario recordaron los viejos argumentos clericales “*viendo las estadísticas hemos decidido seguir apostando a la vida. (...) Con esta asignación universal por hijo, que significará inscribirse en el Plan Nacer y controlar a todas las madres, con todos los controles médicos y a la criatura con las mismas condiciones, estamos haciendo una muy fuerte apuesta a la vida.*” La Iglesia agradeció lo que consideraba una concesión a sus reclamos y se abrió un debate en el movimiento de mujeres acerca de cómo interpretar los dichos de la presidenta.

Mientras tanto, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto juntaba firmas para una solicitada que exigía la aprobación de su proyecto de ley en el Congreso, fundamentando que la legalización del aborto es “*una deuda de la democracia*”, pero evitando confrontar con el gobierno que ya mostraba, más claramente que nunca, cuáles eran sus intenciones en esta materia. El siguiente episodio ocurrió cuando se acercaba la conmemoración del Día de Lucha por la Despenalización del Aborto, cuando el diputado Juan Carlos Vega de la Comisión de Legislación Penal planteó que volvería a abrir el debate sobre los proyectos de despenalización y legalización del aborto. Se trataba de una nueva maniobra de la oposición derechista que había sido recientemente derrotada en las elecciones primarias. El diputado proponía debatir el proyecto presentado por la Campaña y otros similares junto al que, subrepticamente, había incluido a último momento: un proyecto de su autoría que proponía modificar más restrictivamente el artículo 86 del Código Penal que regula los abortos no punibles. Esto provocó la reacción de la Campaña, pero también de todos los bloques que no quisieron poner en evidencia sus posiciones so-

¹⁴ Versión taquigráfica oficial de la reunión de la Comisión de Legislación Penal.

bre la legalización del aborto en plena campaña electoral. Por diversos motivos, unas y otros confluyeron en la decisión de impedir este debate y lo consiguieron. El presidente de la Comisión de Legislación Penal se comprometió a postergarlo hasta después de las elecciones presidenciales del 23 de octubre.

Finalmente, el martes 1° de noviembre, la comisión inició el debate parlamentario sobre el derecho al aborto. El oficialismo brilló por su ausencia, sólo la diputada Diana Conti participó en la comisión donde declaró que “éste no es un debate que esté en la agenda del Poder Ejecutivo nacional. Tenemos un Poder Ejecutivo fuerte: cuando quiere poner un tema en la agenda envía su propio proyecto, y no es éste el caso.”¹⁴ Lo mismo señaló el ministro de Justicia, aclarando que tampoco forma parte de la agenda para el año entrante. El dictamen, que parecía aprobado por un escaso margen en una sesión que funcionó con una escasa minoría de integrantes, se diluyó 48 horas más tarde, cuando diputados de la oposición derechista reclamaron su impugnación, alegando tantas irregularidades. El proyecto de ley de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto fue nuevamente, a parar al cajón. Este año en curso, debió presentarse nuevamente, partiendo de foja cero.

Lo que las maniobras no pudieron evitar, sin embargo, es que el derecho al aborto ganara las planas de los diarios, se debatiera en todos los canales de televisión y que el apoyo social a la despenalización creciera y siga en aumento.

III. Algunas conclusiones provisorias

Nuestra visión del feminismo latinoamericano de la última década no es aséptica. Fuimos parte de esta experiencia, de manera activa. Desde ese compromiso entendemos también la necesidad de ahondar en la reflexión sobre nuestras prácticas y nuestras perspectivas, con el propósito de no recaer en las estrategias que han conducido al feminismo a los callejones sin salida de la cooptación o la marginalidad. Contamos con esta última década de nuevas y fructíferas experiencias que han dejado lecciones, aportando creativamente nuevas formas de activismo, nuevas alianzas, nuevos horizontes.

No alcanza con este apoyo pasivo de la población y tampoco fue conducente depositar confianza en las negociaciones parlamentarias. El creciente apoyo social que tiene la legalización del aborto debe transformarse en un movimiento activo, de lucha, donde participen los centros de estudiantes, las comisiones internas antiburocráticas y los sindicatos –especialmente aquellos donde las mujeres son la mayoría, como docentes, salud, alimentación-, las organizaciones sociales y políticas que firmaron el proyecto y todas las agrupaciones del movimiento de mujeres, para arrancarle al Congreso nuestro derecho a elegir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas.

Ése es el camino que queda planteado: independencia del poder del Estado, pero no para recluirse ensimismadamente en la creación de una contracultura, sino para enfrentar, exigir y conquistar nuestros derechos sin compromisos; la construcción de movimientos amplios que incluyan a las mujeres trabajadoras y de los sectores populares como protagonistas y sujetos políticos de sus pro-

pías reivindicaciones y no como meras beneficiarias de las políticas diseñadas por las expertas; como la lucha y la movilización son algunas conclusiones de la última década transcurrida, que deben permitirnos avanzar en la conquista de nuestros derechos. En el balance de esta última década, donde –con acuerdos y divergencias- el movimiento de mujeres ha sabido construir un masivo apoyo para este antiguo reclamo, hagamos nuestras aquellas palabras de la feminista Julieta Lanteri “*los derechos no se mendigan, ¡se conquistan!*”.

Bibliografía

D’ATRI, ANDREA (2004) *Con militares, peronistas o radicales, seguimos muriendo en abortos clandestinos*. La Verdad Obrera (136), 12.

trabajo social en el campo de la salud mental. la intervención social a la luz del artículo 12 de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Laura Andreoni¹
Carolina Piris Godoy²
Yamailen Salvareyes³
Laura Sandoval⁴
Jaqueline Torres⁵
Clara Weber Suardiaz⁶

Durante la última década, el feminismo estableció una compleja red de alianzas con instituciones estatales y académicas, organizaciones no gubernamentales, partidos políticos y otros movimientos sociales que lo reconfiguraron como un movimiento diverso en el reclamo de derechos civiles, pero también en la disputa cultural de sentidos. Después de su irrupción, durante la década del '70, centrado en un discurso antipatriarcal fuertemente cuestionador del orden establecido –en diálogo y controversia con los movimientos anticapitalistas y la izquierda política–, el feminismo reemergió a mediados de los '80, vinculado a la agenda de los derechos humanos.

¹ Lic. en Trabajo Social. Docente Investigadora en la Facultad de Trabajo Social-UNLP. Ex Residente de Trabajo Social del Hospital de Niños “Sor María Ludovica de La Plata”. Trabajadora Social del Centro de Día Pichón Riviere. Servicio de Externación. HIEAyC. Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero.

² Lic. en Trabajo Social. Ex Residente de Trabajo Social del HIEAyC Dr. Alejandro Korn. Trabajadora Social - Coordinadora del Consejo Local para las personas con discapacidad de la ciudad de Catriel. Río Negro.

³ Lic. en Trabajo Social. Ex Residente de Trabajo Social del Hospital Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano” de San Martín. Trabajadora Social del Centro de Salud Mental Comunitaria Franco Basaglia. Servicio de Externación. HIEAyC. Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero

⁴ Lic. en Trabajo Social. Ex Residente de Trabajo Social del HIEAyC Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero. Trabajadora Social y Coordinadora del área Social en una residencia de adultos mayores en la ciudad de La Plata.

⁵ Lic. en Trabajo Social. Docente en la Facultad de Trabajo Social-UNLP. Jefa de Unidad de Residentes de Trabajo Social del HIEAyC Dr. Alejandro Korn. Alumna de la Maestría en Derechos Humanos de la UNLP-Instituto de Derechos Humanos de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

⁶ Lic. en Trabajo Social. Docente Investigadora en la Facultad de Trabajo Social-UNLP y la UNLu. Trabajadora Social de la Casa de Pre-Alta. Servicio de Externación. HIEAyC. Dr. Alejandro Korn.

A diferencia del movimiento europeo o norteamericano, en la mayoría de los países de América Latina, el feminismo sufrió el corte histórico y generacional propiciado por el enfrentamiento entre revolución y contrarrevolución de América Central y las dictaduras militares genocidas del Cono Sur. Estas experiencias históricas tiñeron la práctica feminista de los años posteriores, vinculada a los procesos de democratización y pacificación, reconvirtiendo su espíritu contestatario en esfuerzo de institucionalización. Las demandas propias de la agenda feminista se trasvasaron en el nuevo lenguaje continental de los derechos humanos, al tiempo que la nueva situación política permitió, a partir de 1981, los Encuentros Feministas de Latinoamérica y el Caribe.

Para los años '90, la otrora delgada separación entre centros de trabajo y estudio, por un lado, y movimiento militante, por otro, se profundizó y dio lugar a la polarización entre las especialistas –que conformaron lo que dio en llamarse una tecnocracia de género– y las activistas –fracción minoritaria que tomó la bandera de la autonomía como diferenciación específica al interior del movimiento. Al mismo tiempo, la internacio discusiones se comienzan a visibilizar las tensiones y los actores en disputa, por una forma distinta de pensar y abordar la salud mental.

Nos encontramos en momentos de definiciones tanto políticas como teórico metodológicas, que como trabajadoras del campo de la salud, implican la posibilidad de construir objetivos profesionales que permitan trabajar el acceso a la salud como derecho y desde marcos no tutelares.

Estas prácticas no constituyen algo novedoso en sí, hace años que el colectivo profesional y distintos actores vienen bregando por una atención en salud mental que no esté centrada en la figura del médico, en lo farmacológico y en la lógica manicomial. Lo que sí es nuevo, es el escenario propicio para disputarlo y consolidar prácticas más autónomas y emancipadoras que permitan a los sujetos portadores de padecimiento mental, acceder al ejercicio de sus derechos.

En este marco, esbozaremos algunos puntos de análisis a la hora de trabajar el proceso de externación. Asimismo proponemos claves de análisis para pensar el escenario actual de la salud mental y las propuestas desde donde intentamos fundamentar nuestro trabajo.

Este recorrido analítico lo desarrollaremos desde tres ejes conceptuales: la salud mental como campo; la rehabilitación como un proceso político; y la concepción compleja de lo social para pensar los procesos de salud.

El objetivo de esta presentación apunta principalmente a analizar la construcción de estrategias metodológicas, de objetivos disciplinares e interdisciplinares que pongan en cuestión las lógicas manicomiales y los instituidos de la locura. En un intento de construir una praxis que resitúe una respuesta sanitaria respetuosa de los derechos humanos y las capacidades de los Sujetos Portadores de Padecimiento Mental.

Algunas consideraciones sobre los procesos de externación y los dispositivos de Base Comunitaria

Los principios fundamentales que organizan nuestro trabajo ligados a los objetivos institucionales apuntan a que los sujetos con padecimientos mentales (SPM) pueden ser tratados fuera de los hospitales Neuropsiquiátricos (incluso en sus momentos de crisis). La atención en un centro de base comunitaria - diferente al manicomio- modifica la recuperación del SPM, limita su cronicidad y potencia sus posibilidades de “rehabilitación”. Esto supone una concepción de sujeto, capaz de implicarse y de responsabilizarse⁷ de sí mismo (no sólo como objeto de atención- alienado) comprendiéndolo desde sus demandas particulares donde pueda tomar decisiones que le conciernen. Sin embargo, no alcanza con que el dispositivo funcione físicamente alejado del hospital, sino que supone que el funcionamiento y las lógicas sean teórica y políticamente diferentes a las lógicas asilares y de tutela.

La modalidad de asistencia de los dispositivos de base comunitaria se centran en trabajar estrategias de externación de los sujetos a partir del uso de las instituciones sociales, sea a través de sus prestaciones o los servicios asistenciales, de acuerdo a la singularidad de los usuarios. Se intenta evaluar desde el equipo interdisciplinario, los proyectos de externación en función de aquello que la persona quiere y puede⁸, es decir que los mismos apunten a la individualidad de cada cual, tomando en cuenta los tiempos, las posibilidades y los recursos asequibles (Demo y Torres, 2011).

El eje del trabajo interdisciplinario es fundamental pero no desde una perspectiva de ideal. Sino con la posibilidad de poder trabajar con lo nuevo y con lo que los usuarios presentan como relevante.

Intentando articular el “para todos” de las reglas, de las leyes con el particular del “para cada sujeto” en las instituciones. Al decir de Eric Laurent:

¿Qué es entonces un procedimiento y su aplicación? (...) lo que debe permitirnos resolver situaciones nuevas, disfuncionamientos, incluso las crisis que socorren las diversas instituciones(...) no hay una regla sin una práctica viviente de la interpretación de las reglas(...) la particularidad no se alcanza solamente respetando los derechos de

⁷ Aquí planteamos la responsabilidad subjetiva en tanto el sujeto es y puede responsabilizarse de aquellas decisiones que toma. Donde el riesgo por las decisiones tomadas no es entendido negativamente, sino que es estructural a las relaciones sociales establecidas en la sociedad. Se propicia ofrecer los apoyos necesarios para la toma de decisiones de los usuarios y no la sustitución.

⁸ Reconocer el derecho a ejercer la capacidad de decidir de una persona respecto de su persona, plantea el desafío de democratizar las prácticas en salud. Contrariamente a lo que suele creerse, ello no dispensa de responsabilidad ni de rigurosidad o calidad en la atención. Enfrenta a encrucijadas éticas y políticas donde la legislación y la perspectiva de derechos humanos ofrecen una directriz válida para la construcción diaria del derecho a la salud (Frías et al, 2011: 20)

⁹ La reunión de equipo es una herramienta fundamental para el trabajo que apunta a abordar cada una de las problemáticas que los distintos casos plantean, en un trabajo de varios. Se recibe la diferencia de cada uno, con la posibilidad de inventar y encontrar de qué manera con sus síntomas y malestar pueden inscribirse en lo social. En esto se reconoce la dimensión de elección subjetiva y por lo tanto no se trata de ortopedias socializantes. Se puede entender al lazo social como conjunto de significantes que permiten compartir referencias comunes, un lenguaje común. Conjunto cuyo sentido es sostenido por la rutina y el sentimiento de cada uno de participar de este mundo. Los dispositivos de Externación intentan propiciar un lugar donde esta demanda del mundo social pueda alojarse.

las personas, lo que es una cuestión previa necesaria, sino dejando hablar al sujeto, en principio es necesario no hablarle o sujetarlo a la regla aunque sea la mejor (Laurent, 2007: 142)

Se intenta partir de una concepción de trabajo en equipo⁹ que no sea ingenua, ya que si hablamos de un modo de trabajar con otro en escenarios complejos, no hay que perder de vista que el equipo opera siempre desde una posición, a lo que hay que agregar los cálculos posibles de todos los actores involucrados en las situaciones, por lo tanto no puede reproducirse una misma estrategia cada vez.

Desde el equipo interdisciplinario cada situación no se define desde un modo acabado o unívoco, se produce el encuentro de varios saberes disciplinares al delimitar conjuntamente la “situación problemática”, este encuentro evidencia el carácter limitado de cada saber disciplinar. Pero, sólo es posible esta construcción colectiva en el encuentro entre profesionales y otros actores. Esta forma de trabajo no resulta un ideal o modelo sino que se hace necesario para ciertas situaciones; lo que interesa subrayar es que establecer la existencia de diferentes modalidades permite identificar ante cuáles circunstancias resulta relevante cada una de las estrategias.

En este sentido se podría decir que no se plantea el trabajo desde el ideal de la inserción comunitaria ó familiar, es decir que “lo comunitario” reducido al ámbito territorial no es pensado como un recurso homogéneo, aprehensible sin mediaciones en el proceso de externación, lo mismo ocurre con “la familia”. Estos constructos, por sí solos no alojan, por sí solos no están dados, sino que es necesario trabajar para constituirlos como apoyo en la externación, acorde a cada situación particular.

De esta manera se intenta trabajar desde una concepción donde el Estado garantice el acceso al mercado de trabajo formal, a la educación, a la vivienda y a la asistencia de salud. De lo contrario en el fracaso o éxito de la externación aparecería como responsable “la comunidad” o la familia, quedando desdibujada la figura del Estado.

Si entendemos a la salud, como un proceso de salud enfermedad atención, será necesario situar la externación de SPM, no como un acto, sino como un proceso que debe sostenerse en el tiempo. Es decir que, la externación no es igual a Alta médica. Para el sostenimiento de la misma las distintas disciplinas trabajarán sobre tres elementos fundamentales: recursos materiales; lazo social; y tratamiento psicoterapéutico de acuerdo a la singularidad de cada situación.

El trabajo de externación se liga al “acceso real” de los derechos ciudadanos y la capacidad de practicarlos. Pero hablar de accesibilidad en salud únicamente haciendo referencia a que tengan un lugar donde atenderse (ej. Existencias de centros de salud comunitarios, dispositivos específicos, etc.) invisibiliza el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Es decir la accesibilidad no sólo es un problema de oferta sino de que las prácticas de vida y salud de los usuarios sean considerados por los servicios en cada estrategia para mejorar la accesibilidad a la salud.

En este sentido retomamos lo planteado por Frías, López y otros:

En síntesis, se trata de efectivizar cotidianamente una concepción respecto de la salud, los usuarios y los equipos, radicalmente distinta, repensar cotidianamente el lugar asignado y asumido, desmitificando el automático de que “sabemos lo que es mejor para el otro”. Se torna necesario resituar la responsabilidad y competencia técnica pues no se trata de decidir por el otro sino de brindar en forma rigurosa y adecuada todas las alternativas posibles a fin de posibilitar la toma de decisiones sobre la propia vida (Frías et al, 2011:18).

En el proceso de externación se imprime un cotidiano diferente al encierro, el cual trae aparejado dificultades del vivir en lo comunitario, problemas que no siempre los usuarios pueden solucionar por sí solos, y es ahí donde los equipos intervienen a los fines de poder acompañar a los usuarios a encontrar una respuesta que tenga que ver con la posibilidad de responsabilizarse y poder elegir qué hacer y de qué modo. En este sentido, el equipo funciona como “organizador” de esta nueva cotidianidad que imprime el “afuera”, y opera como referente, constituyéndose en lazo social para los sujetos con padecimiento mental.

La Salud Mental como campo complejo: Vestigios del manicomio

Los recorridos y trayectorias institucionales de los SPM son tenidos en cuenta a la hora de pensar estrategias profesionales ya que la internación manicomial potencia y duplica las situaciones de conflicto o de padecimiento que tenían antes de internarse. Las situaciones previas del sujeto son *complementadas* por la lógica manicomial y hacen que trabajar la externación, sea un proceso complejo que involucra diversos actores (“pacientes”, profesionales, técnicos, grupo vincular, poder judicial, instituciones intermedias, instituciones educativas, etc).

Hablar de la Externación está íntimamente vinculado a pensar en los motivos de ingreso al Hospital psiquiátrico y cómo esto funciona. El hospital y los dispositivos de externación, alternativamente, aparecen en este punto como sostenes desde lógicas diferentes.

Lo manicomial, lo entendemos como una práctica orientada por la lógica de lo universal, del para todos igual, que borra las diferencias y los recursos subjetivos, que no da lugar a la emergencia de un sujeto capaz de responder por aquello que le sucede.

En esta dirección nos encontramos con que los tratamientos prolongados son directamente proporcionales a la pérdida de los objetivos terapéuticos (se establece un vínculo entre manicomio y locura donde una refuerza a la otra).

Es allí que intentamos desde las prácticas profesionales situar un sentido que promueva la separación de esta complementación y permita pensar la externación de aquellos que están internados.

En ese sentido el concepto de alta articulado a la externación es particular, ya que no responde estrictamente a los modelos estándar en Salud. La propuesta que sostenemos es la de realizar un tratamiento posible, que permita *sostener la externación*, que incluye las condiciones que en cada caso, dieron origen a la internación.

Desde el equipo se trabaja en la reconstrucción de sus internaciones previas, a partir de los motivos que generaron dicha internación, en las condiciones del tratamiento propuesto al alta, en la identificación de referentes significativos para el sujeto.

Este movimiento, permite aportar una nueva referencia, que precisamente invierta la lógica manicomial, es decir que, los dispositivos se adecúen en función de las coyunturas que dieron origen a la intervención Institucional, para elaborar allí nuevas estrategias, para intentar construir una nueva respuesta. Así entendido, cada situación trabajada renueva la apuesta de un tratamiento Posible, pero en el contexto de las exigencias “del Mundo” para ese sujeto.

Mientras haya objetivos a trabajar, la posibilidad de seguir el tratamiento está presente. El “alta” de estos dispositivos queda más del lado del sujeto. Puede ser que encuentre otras inscripciones o modalidades de tratar sus síntomas, su malestar y entonces deje el dispositivo, o que esto no suceda y los dispositivos sigan funcionando como su referencia. Eric Laurent dice al respecto: “*La cronicidad no es un problema de duración. La duración de un tratamiento de un sujeto con un trastorno mental tiene como perspectiva toda la vida. La cronicidad se produce cuando ya no quedan objetivos terapéuticos*” (Laurent, 2000: 37).

La propuesta de trabajo, entonces sugiere, en este contexto, evaluar en forma singular cada situación para formular estrategias que permitan: priorizar problemas; identificar actores y fuerzas sociales; detectar contingencias y condiciones a tener en cuenta y realizar un análisis situacional, coyuntural, tendencial.

Sin embargo, la respuesta asistencial manicomial y homogénea no se instala sólo en la institución manicomial, sino que existe como perspectiva de análisis y abordaje de la locura en toda la sociedad. Es así que persiste una modalidad de abordaje tutelar en el campo de la salud mental, bajo el auspicio del poder judicial. En términos generales esta lógica dificulta pensar en respuestas singulares frente al padecimiento.

En este punto nos interesa remarcar que esta perspectiva desresponsabiliza al sujeto en todos sus ámbitos; con lo cual se observa luego de varios años de internación una institucionalización, cronicidad y dependencia a la institución, aunque la enfermedad no esté presente.

Hablamos de escenarios complejos donde el campo de la salud mental se encuentra atravesado por el manicomio más allá de la institución formal. Donde los vestigios de lo manicomial existen en los resquicios de todos los dispositivos y las perspectivas de los profesionales, la comunidad, y los mismos “usuarios”.

Asimismo, es fundamental mencionar que las dificultades cotidianas de los sujetos externados no se reducen sólo a las necesidades materiales, sino que también tienen que ver con el hacer uso de las prestaciones y servicios institucionales que les permiten la construcción de lazos sociales que no se relacionan únicamente con el ámbito de la salud.

En este sentido, entendemos que las dificultades que se presentan en el proceso de externación no siempre están vinculadas con las patologías de base, sino fundamentalmente a las trayectorias de clase en el acceso desigual al capital social producido socialmente.

Construcción de una perspectiva de derechos

A partir de problematizar el trabajo cotidiano, entendemos que los lazos sociales de los sujetos con los cuales trabajamos no se reducen a un espacio territorial o vínculos consanguíneos, sino que por el contrario los lazos se construyen a partir de la inserción al mercado de trabajo, la participación en dispositivos institucionales o por ser usuarios de instituciones de salud, jurídicas o educativas. Compartimos la perspectiva de Franco Rotelli (1994) en relación a pensar la “rehabilitación”, ligada al acceso real de los derechos ciudadanos y al ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos, de actuarlos, y la capacidad de practicarlos. El derecho a la ciudadanía es un derecho político, jurídico y social. Los señalamientos del autor contribuyen a pensar la rehabilitación como un proceso político en el campo de la salud mental.

En este sentido el autor propone situar a la rehabilitación como un proceso activo de actuación sobre tres niveles:

- “La modificación de las legislaciones (sobre los lugares de tratamiento, los lugares de la cura, sobre los derechos de los usuarios, sobre las intervenciones sanitarias, sobre las intervenciones sociales etc.) representa un terreno esencial de las estrategias de rehabilitación” (Ibíd.).

- La disponibilidad efectiva de recursos y el derecho reconocido a acceder ellos. “La acción habilitativa debe consistir en producir en la persona la capacidad de ejercitar sus derechos plenamente” (Ibíd). Es decir, construir estrategias para la disponibilidad de esos recursos.

- La producción de capacidad de acceso a los valores sobre todo a través de la formación e información que fortalezcan la construcción de prácticas colectivas en salud a favor de acciones que habiliten derechos de los usuarios que han sido negados.

Nos encontramos en un momento político y estratégico propicio, donde se ha llevado adelante el primer nivel mencionado por Rotelli y donde las prácticas mencionadas pueden consolidarse jurídica e institucionalmente.

En 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que promueve la adecuación de la legislación interna en consonancia con las normativas internacionales¹⁰ de derechos humanos incorporadas a nuestro ordenamiento jurídico.

Esta nueva ley objetiva un “nuevo”¹¹ paradigma en la atención de la salud mental, diferente al que se ha consolidado en los últimos siglos como modelo hegemónico manicomial y asilar. El nuevo ordenamiento jurídico plantea a la salud como un proceso integral, postula la protección de los sujetos con padecimiento mental/usuarios, promueve la interdisciplina, la intersectorialidad y la promoción

¹⁰ Convención Internacional de los derechos de las personas con Discapacidad (Ley 26378), Ley 26529 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA 1999), Principios para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU 1991), Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (OEA 2008) entre otras.

¹¹ El encomillado responde a que el paradigma no es precisamente nuevo, sus prácticas se vienen llevando adelante hace muchos años por diversos actores, sin embargo lo que sí es nuevo es su incorporación a un cuerpo normativo.

de dispositivos alternativos al encierro y principalmente sostiene la prohibición de la apertura de nuevos hospitales monovalentes, es decir, *manicomios*.

Desde la perspectiva de la nueva ley se establecen intervenciones en relación a operar sobre la concepción lineal que iguala el diagnóstico de un problema de salud mental a la declaración jurídica de inhabilitación o de insanía, acciones que se sustentan en el paradigma tutelar.

Este aspecto pone en tensión diferentes perspectivas de los actores que intervienen en el campo de la salud mental y de los propios usuarios de los servicios en los que estas definiciones han operado como determinaciones en la construcción de su subjetividad, en las identidades construidas socialmente y en la conformación de sus vínculos con otros.

Por lo cual, se presenta la oportunidad de desterrar las lógicas manicomiales del sistema de salud a partir de consolidar prácticas profesionales instituyentes, intersectoriales e interdisciplinarias que tiendan a desandar la fragmentación que estructura la respuesta estatal y opera sobre los usuarios y sus condiciones de vida.

Una aclaración importante respecto a la discusión sobre los derechos de las personas con padecimiento mental es que no se limite al cierre de las instituciones manicomiales. Sino que supone considerar que la forma en que una sociedad garantiza los derechos a la salud mental es el elemento emergente de una compleja situación que involucra, entre otras cosas, una mayor autonomía, la posibilidad del ejercicio de la libertad personal, las relaciones con los otros, la vida en su comunidad, el acceso al trabajo y a la educación, etc.

En relación a este apartado quisiéramos hacer algunas advertencias que aporten al escenario complejo donde se intenta concretizar este paradigma.

Las legislaciones internacionales en salud mental en el contexto de los derechos humanos, centran la discusión en el derecho de las personas con padecimiento mental a vivir en su comunidad. (Esta interpretación prevalece en los documentos y propuestas de la Organización Mundial de la Salud). En dichas propuestas “la familia” se convierte en la responsable del cuidado de la salud mental de sus miembros y de promoción y defensa de sus derechos.

Al Estado en tanto le corresponde establecer una política de salud mental acorde a las declaraciones de Derechos Humanos orientada a la atención de la salud mental comunitaria. Aquí es necesario subrayar que se parte del supuesto implícito de que “la familia”, naturalmente, asumirá las responsabilidades que se atribuyen y sabrá cómo hacer para preservar la salud mental de sus miembros.

Es necesario pensar los nuevos marcos normativos en perspectiva de interrelación con los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. Todas las normativas destacan la responsabilidad del Estado de proteger, respetar y garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental.

En consecuencia, la importancia de estas declaraciones y recomendaciones legislativas es señalar la obligación de los Estados en adoptar medidas legislativas, jurídicas, administrativas y educativas para alcanzar la “plena inclusión” de las personas con padecimiento mental.

Por ejemplo la CIDPD (2007) señala que al Estado le corresponde realizar campañas de sensibilización de la población para reducir el estigma como así también brindar a las familias el apoyo y la orientación necesaria para que estas puedan cuidar de las personas con padecimiento mental responsablemente. Se reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos y se incentiva su participación y la de sus familias en los asuntos que le incumben.

En síntesis, entendemos que hay una transformación en la perspectiva del Estado¹² donde se observa fundamentalmente la puesta en marcha de distintas estrategias orientadas a sensibilizar acerca de los derechos humanos de los SPM.

La Ley Nacional de Salud Mental si bien plantea la transferencia de la responsabilidad del cuidado de las personas con padecimiento mental a sus familias, a las comunidades, pero prevé brindarles el apoyo necesario. Consideramos estos postulados normativos como avances que plantean los desafíos de concretarlos en políticas públicas que sostengan esta perspectiva. Y es preciso señalar que aún quedan pendientes cuestiones relativas a los derechos de las personas con padecimiento mental como ser: el derecho al trabajo, a la educación, a una vivienda digna, etc.

Entendemos que la letra de la ley queda inmóvil si no dinamiza desde la discusión, la crítica del trabajo cotidiano, desde la lectura de particularidades.

Los derechos a la salud mental se fragilizan, si las instituciones actúan de manera aislada una de la otra para alcanzar sus objetivos y la(s) familia(s) y las comunidades quedan como únicas responsables de coordinar los esfuerzos y recursos de las instituciones para proteger a las personas con padecimiento mental. No se puede garantizar los derechos a la salud mental, si las instituciones y los actores¹³ encargados de diseñar e implementar las políticas de Salud Mental no reconocen y articulan los esfuerzos que realizan la(s) familia(s), los equipos profesionales y las instituciones públicas y privadas encargadas de proteger a las personas con padecimiento mental.

Esta transformación, sintéticamente descripta, avanza en garantizar la obligatoriedad de la presencia de nuestra disciplina en los equipos de salud a la hora de tomar decisiones, evaluar y elaborar informes, respecto a situaciones problemáticas de salud mental; lo cual nos permite problematizar nuestras herramientas teórico – metodológicas disciplinares, a partir de ubicarnos en un plano de igualdad en las decisiones de los equipos interdisciplinarios, y del sentido que les damos a nuestras prácticas. Implica la posibilidad de introducir la conceptualización de lo social como complejo para pensar cómo se constituyen los procesos de salud y no como un objeto particular, como contexto, como condición externa que influye en las manifestaciones del padecimiento.

En este sentido, entendemos como necesario la revisión de las nuevas legislaciones locales e internacionales que permitan pensar al sujeto desde una perspectiva diferente, no deficitaria.

Un punto de partida puede ser comenzar a revisar las actuales prácticas

¹² El Estado, entendido conceptualmente, en un sentido amplio desde la perspectiva Gramsciana.

¹³ Entre muchos, también el Trabajo Social.

de abordaje del padecimiento mental, las políticas focalizadas¹⁴ que, independientemente de los idearios de reforma que puedan adoptar para su implementación, por su condición de “focalizadas” replican muchas veces procesos estigmatizantes¹⁵ basados en el déficit de la “enfermedad mental”. Subrayando la condición social del paciente psiquiátrico pobre, desempleado, excluido, para lograr la inclusión de estos sujetos dentro de los programas que materializan esas políticas. Es decir, como profesionales de la salud frente a nuevos marcos normativos, podemos analizar muchas de las prácticas que se llevan adelante con los SPM, aún cuando se trata de prácticas enmarcadas en experiencias fuera del manicomio, se sostiene en una lógica de victimización (deficitaria del sujeto) la cual continua reforzando una perspectiva de locura. Con lo cual revisar y caracterizar los dispositivos de poder que sostienen las prácticas asistenciales (dentro y fuera del manicomio) nos permite situarnos en una perspectiva de derechos.

Pensar las legislaciones como herramienta política para el avance respecto a la garantía y defensa de los derechos sociales de los usuarios del sistema de salud mental, sobre todo el “derecho a vivir en comunidad”, identificando tensiones, potencialidades y límites de las perspectivas actuales. Este planteo se constituye en una herramienta fundamental para pensar proyectos de externación y a fin de promover la responsabilidad subjetiva de cada usuario.

Desde este “nuevo” paradigma resulta fundamental que la salud:

sea entendida como resultado de las condiciones de vida. Es decir que la salud no es conseguida sólo con asistencia médica, sino principalmente por el acceso de las personas al empleo, con salario justo, a la educación, a buenas condiciones de habitación y saneamiento del medio ambiente, al transporte adecuado, a una buena alimentación, la cultura, y al ocio; además, evidentemente del acceso a un sistema de salud digno, de calidad y que resuelva los problemas de atención de las personas cuando necesiten (Rodrigues Neto *apud* Bisneto, 2005:s/d).

La demanda por los derechos sociales de los usuarios es un fuerte vector presionando por una perspectiva que contemple las cuestiones sociales.

Sostenemos que el trabajo de externación de los usuarios internados, implica una revisión de las propias prácticas, de las prácticas que construimos con otros (usuarios, profesionales, familiares, etc.), de la lógica manicomial y deficitaria del padecimiento mental y de la configuración del escenario actual donde se desarrollan las reformas a la modalidad de atención.

¹⁴ Nos referimos al Programa “Vuelta a Casa” (Ministerio de Desarrollo Social); subsidios de la COA y varios por discapacidad; Pensiones por Discapacidad; pases de Transporte, taller protegidos, etc.

¹⁵ El padecimiento mental no parece ser estigmatizante en sí, sino su modo de abordarlo; al regular las prácticas en salud mental, la ley puede permitir que esto se modifique y es preciso trabajar en su interpretación e implementación.

Consideraciones Finales

El nuevo escenario legislativo plantea un marco a las prácticas que varios actores veníamos llevando adelante. Es decir, propiciar prácticas no manicomiales que promuevan la autonomía y la independencia de los sujetos.

Pensar prácticas autónomas, es pensar en poder decidir. Supone establecer nuevas relaciones que superen el plano individual y que incluyan al Otro como sujeto. Concretamente, como plantea la ley nacional, revisando los diagnósticos, acordando los tratamientos, evaluando las estrategias más adecuadas en cada caso para el padecimiento mental. Entendemos, que en este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias, la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental.

Resultando un espacio fructífero para situar nuestras prácticas en un campo donde se disputan horizontes de sentido, donde se juega la posibilidad de fundar nuevas hegemonías, permite poner en evidencia la dimensión política como constitutiva de nuestro que-hacer profesional en el campo de la salud.

Bibliografía

- BISNIETO J. A.** (2005) *Un análisis de la práctica del Servicio Social en Salud Mental.* En Revista *Seviço Social y Sociedad*. N° 82. Año XXVI junio. Ed. Cortez. San Pablo.
- CELS /MDRI** (2007) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.* Buenos Aires. En <http://www.cels.org.ar>
- DEMO, M. Y TORRES J.** (2010) *Pensando la legislación en Salud Mental como herramienta política de la práctica profesional.* Ponencia de las Jornadas Provinciales de Salud Mental. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- (2010) *Informe final de rotación.* Casa de Pre-Alta. Servicio de Externación. HIEAyC Dr. Alejandro Korn.
- FRÍAS, J. LÓPEZ, N. Y POVILAITIS A.** (2011) *El consentimiento informado y la atención en salud mental.* Ponencia en Jornadas Salud y Población. Gino Germani. UBA. Agosto 2011.
- LAURENT, E.** (2000) *Psicoanálisis y Salud Mental.* Tres Haches. Bs. As.
- ROTELLI F.** (1994) *Re-habilitar la rehabilitación. Per la normalità.* Edizioni e Trieste.
- SMUCK Y SERRA** (2009) *Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos.* Jornadas Provinciales de Salud Mental. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.

trabajo social en el campo de la salud mental. la intervención social a la luz del artículo 12 de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Rubens R. Méndez¹ - Damián A. Wraage²
Agustina Palacios³ - María Angeloni⁴
María Ana Costa⁵ - Francisco José Bariffi⁶
Marina Bolgeri⁷ - María Laura Serra⁸
Natalia Fainburg⁹ - María Celeste Camou¹⁰
María Victoria Martinucci¹¹

¹Lic. en Servicio Social. Docente de la U.N.M.d.P. Director del Equipo de Investigación EIEM.

²Lic. en Servicio Social. Máster en Ciencias Sociales. Docente de la U.N.M.d.P. Codirector de Proyectos de Investigación del Equipo de Investigación EIEM.

³Abogada. Doctora en Derecho. Docente de la U.N.M.D.P y de posgrado en diferentes Universidades de Latinoamérica y España.

⁴Lic. en Servicio Social. Docente en la U.N.M.d.P. Miembro Investigador EIEM.

⁵Lic. en Servicio Social. Docente de la U.N.M.d.P. Miembro Investigador EIEM.

⁶Abogado. Máster en Derecho. Docente de la U.N.M.d.P. Codirector del Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos de la Facultad de Derecho, U.N.M.d.P.

⁷Profesora en Filosofía. Miembro Investigador EIEM. Docente de Pregrado.

⁸Abogada. Miembro del Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos "Alicia Moreau", área Discapacidad. Facultad de Derecho. UNMdP

⁹Esp. en Organizaciones sin Fines de Lucro (Udesa, 2013). Lic. en Servicio Social (UNMdP, 2010). Coord. Programa de Becas Universitarias y Coord. Centro Familias y Mayores Fundación Tzedaká.

¹⁰Lic. en Servicio Social. Miembro Investigador EIEM.

¹¹Lic. en Servicio Social. Miembro Investigador EIEM.

Origen, antecedentes de la investigación. Antecedentes:

El Equipo de Investigación en Epistemología y Metodología del Servicio Social (OCS 584/93 y OCA 052/96) creado desde el año 1993 a través de la realización de sus proyectos de investigación, todos ellos con evaluación satisfactoria, ha podido establecerse como un referente consolidado dentro de la comunidad académica y profesional nacional e internacional, por medio de sus libros publicados, artículos en publicaciones del país y del extranjero, cursos y seminarios de formación.

Toda esta producción diversa por sus autores y diversa por sus temáticas, sin embargo, es el resultado de haber sostenido una invarianza hacia el interior de dichos proyectos. Esta invarianza está plasmada en dos sentidos:

-Una de ellas, en la continua revisión de los aspectos teóricos que estructuran los modelos metodológicos de intervención y que se relacionan con los diferentes discursos que desde las teorías sociales y filosóficas se presentan para dar cuenta del marco social existente. Y otra, sobre la posibilidad de aportar a nuestra teoría de la acción social profesional, nuestra práctica, procesos que den respuestas a las demandas sociales que la profesión recibe cotidianamente. Toda esta actividad en el nivel teórico es la que se ha visto plasmada en las numerosas publicaciones del Equipo y en las presentaciones en congresos nacionales e internacionales.

-Otra de ellas es en el nivel empírico, donde se han realizado diversas actividades de transferencia concreta en el medio social. “Nosotros ponemos todas nuestras confianzas en la reconstrucción social que se basa en un sujeto social asumido como ciudadano y consciente de sus derechos y deberes. Un ciudadano que pueda orientar la evaluación y las respuestas a sus necesidades en términos de lo efectivamente posible en una comunidad histórica”.

Esta confianza teórica e ideológica del Equipo en el sujeto social para asumir la agencia del cambio social que le compete, que por otra parte es una expectativa de base de la profesión del trabajo social, ha sido plasmada en todos los proyectos anteriores de investigación que hemos desarrollado. Por ello creemos que el Equipo, a partir de su trabajo investigativo, a podido contrastar el hecho de que el sujeto social participante, haciendo uso de ese saber social que lo constituye, puede activar, poner en “acción” y hacer preformativas a las instituciones sociales donde participa.

Durante el período 2007-08 llevamos adelante el Proyecto de Investigación denominado: “El Trabajo Social y las Ciencias Sociales. La intervención en el espacio microsocioal. Resistencias a los discursos de poder en la construcción de política y ciudadanía”, donde presentamos la idea de observar en la práctica cotidiana de la profesión, las resistencias que los sujetos y los grupos humanos realizaban frente a la forma normatizada que se les proponen desde el discurso de poder que ejercen las instituciones. Es por ello que para ese momento pos-

tulábamos la hipótesis de que *enfocar la mirada sobre los intereses de los sujetos en sus asuntos comunes no es entronizar a la particularidad, sino identificar el lugar político donde se establece la lucha y la discusión por lo común. Entendiendo a esta lucha como el combate por el sentido y las interpretaciones de lo que posteriormente se instalará como lo “común – real”*. Para ello establecimos el estudio y la discusión con autores como C. Castoriadis, M. Foucault, G. Mead, J. Dewey, T. Abraham, P. Bourdieu; estableciendo también algunas correlaciones y diálogos entre ellos.

Posteriormente en 2009-10 con el proyecto de investigación denominado: “El Trabajo Social y las Ciencias Sociales en la práctica cotidiana. La intervención en el espacio microsocioal. La conformación del discurso específico del Trabajo Social: Contenido y forma de exponer-documentar el material existencial de intervención-conocimiento disciplinar”, tratamos de mostrar cómo a partir de las formas de registro de la tarea del trabajador social y su práctica se podía hacer visible la existencia de otros discursos, otros saberes, que son catalogados como: “... saberes bajos, de estos saberes no cualificados, sin rodeos, descalificados (del psiquiatrizado, del enfermo, del médico) –el saber paralelo y marginal respecto al de la medicina-, saberes que llamaré de la gente...” (Foucault, 1980: 129). Es decir, el Trabajo Social se desarrolla a través de la puesta en común y por lo tanto pública, de las situaciones que ocurren en la vida de las personas y los grupos, en el espacio microsocioal de la vida cotidiana. Problematiza las construcciones en las que se asientan las distintas formas de administración de la vida y las distintas instituciones que forman parte de esa administración, en una palabra, las formas en que se constituye una biopolítica en este presente. Y estas problematizaciones son las que tienden o intentan desplazar los discursos ya establecidos.

En este Proyecto y continuando con lo planteado por los anteriores, queremos observar cómo a partir de la Intervención Social que el Trabajo Social realiza se puede modificar la administración de los cuerpos y la forma en que se propone o articula el bio-poder (Foucault, Agamben) en un campo determinado, como es el de la Salud Mental.

Para ello proponemos utilizar los principios promulgados por la Nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) creada por Naciones Unidas en el año 2006, e incorporada a la Constitución Nacional como ley Nacional 26.378 en mayo de 2008. Esta normativa expresa el propósito de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, suscitando el respeto de su dignidad inherente”.

Nosotros consideramos que el reconocimiento de la nueva Convención y su aplicación, permite abrir debate “sobre el trabajo que las personas con padecimiento mental realizan sobre las condiciones económicas y sociales, sobre la libertad que poseen y sobre la invalidación de la cual son objeto. Trabajo que se suma a la construcción de la sociedad en la que viven. Y es en este trabajo que el servicio social ocupa un lugar privilegiado que le permite dar visibilidad a su intervención” (Méndez, 2006: 4).

Definición del problema y estado de la cuestión:

La intervención social en el campo de la Salud Mental fue uno de las primeras prácticas que realizó el Trabajo Social desde sus orígenes ya que como planteaba Mary Richmond en *Social Diagnosis* (1917: 434) "...la insanía y la debilidad mental, nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente", por ello la necesidad de la participación del Trabajo Social.

Los trabajadores sociales estamos cotidianamente vinculados con las personas con padecimiento mental precisamente en este ámbito de la experiencia, donde se dialoga y se discute sobre la experiencia que ellos hacen, que ellos tienen, de su propia existencia. Esto significa que es nuestra práctica la que nos pone dentro de la discusión sobre las capacidades que poseen las personas con padecimiento mental, o deberíamos decir, las capacidades que tienen, aún con padecimiento mental. Y este lugar no es cualquier lugar, ya que es el lugar donde la persona trata de afrontar la realidad de significar al mundo, su presente y sus obras. Donde más allá de tomarla a esta realidad desde una forma limitada o incompleta, es la forma que esta persona utiliza para comunicarse con el mundo y para comunicar -al mundo-, lo que esa persona es, proyecta y hace (Méndez, 2006: 43).

Baudrillard adelantaba que en esta era el sistema se reproducía a través de la imposición de un código que era el que establecía una "estrategia hecha de distinciones, separaciones, discriminaciones, oposiciones estructurales y jerarquizadas" (Baudrillard, 1984: 31) que "licenciaba categorías enteras de la sociedad". Por ello expresaba que la lucha no se basaba solamente por la apropiación de la plusvalía, sino en las formas que toma el código. Sin duda si esta forma de comprensión era propuesta para toda la sociedad, entenderemos que el impacto es mucho más concreto en el segmento poblacional que padece alguna discapacidad.

En forma pertinaz y obstinada la sociedad sigue presentando actores que una y otra vez reclaman una parte impensada y no consensuada previamente de participación, de existencia, en lo ya instituido como lo común. Actores colectivos que establecen una disrupción en el paisaje social, que proponen la distorsión; en este caso las personas o los grupos que trabajan en la discapacidad son parte de esta dramatización. Estas personas o grupos con su aparición preguntan al Estado si la condición de discapacitados los priva de la condición de ciudadanía. Si las condiciones de igualdad que da la ciudadanía existen realmente para las personas con discapacidad. Si el derecho de las personas con discapacidad es el mismo derecho que tienen los ciudadanos que no lo son. En resumen: las personas con discapacidad o los grupos que trabajan en la discapacidad traen el litigio de la diferencia en la inscripción ante la ley, mostrando que existen grandes espacios donde la desigualdad es la ley.

De esta manera lo que estos movimientos sociales traen a la superficie social, es el hecho de que existen grandes sectores poblacionales para los cuales es difícil comprometerse o cumplir con lo que las instituciones o el marco legal, les impone, si se sienten cotidianamente fuera de ese marco legal; o lo que es peor, si creen que ese marco legal les produce mayor sufrimiento. Sobre estas

cuestiones Roberto Gargarella (2005) como hombre del derecho, ofrece algunas consideraciones. Si bien el autor trabaja sobre el horizonte de la pobreza que castiga a grandes sectores poblacionales y por ello trata de construir una grilla de comprensión sobre la posibilidad legítima, que esos sectores tienen para plantear la resistencia al derecho. En nuestro caso nos parece importante explorar el concepto que propone Gargarella y que es el de “alienación legal”.

Para el autor, la falta del cumplimiento de derechos humanos básicos por parte de la autoridad Estatal o de las instituciones que lo componen, significa la instauración para amplios sectores de la población de una alienación legal; que a su vez habilita a estos sectores para resistir al derecho. Sin embargo, cuando el autor comienza a profundizar el concepto de alienación legal, nos dice que elige el término alineación para rescatar el hecho de que esos sectores sociales “viven” a las normas como extrañas a ellos, porque las sufren o son afectados por su aplicación y porque fueron ajenos a su formulación. Es decir, que en este último párrafo, Gargarella parece reconocer que no es la alienación legal, sólo la falta o la inexistencia de un adecuado marco legal que proteja a estos sectores; sino que también es alienación en tanto y en cuanto esos sectores son víctimas de la existencia de “normas ajenas” a ellos.

Entonces, la pregunta es: ¿hay segmentos de nuestra población que están privados de un adecuado marco legal que los proteja y por ello están expuestos a la violencia, o en realidad esos sectores sufren un marco legal, que es aquel que los violenta?

Es Agamben (2007) cuando expresa su concepto de “estado de excepción” el que pone bajo la lupa el tema de los momentos en los cuales se suspende el derecho, pero precisamente, para garantizar su existencia y su permanencia.

Para el autor este estado que debería ser provisorio, se ha convertido a través del siglo XX en la forma permanente y “paradigmática” de gobierno.

Las democracias se han vuelto más dependientes de lo que sus “ejecutivos” deciden y menos parlamentarias (en nuestro país esto se puede ver claramente en la utilización de los denominados “super poderes” que quedan librados a la discrecionalidad del Poder Ejecutivo). En este sentido, Agamben expresa que no es la confusión de los poderes lo que le interesa sobre el estado de excepción, sino “el aislamiento de la “fuerza-de-ley”, de la ley. Él define un “estado de la ley” en el cual, por un lado, la norma está vigente pero no se aplica (no tiene “fuerza”) y, por otro, actos que no tienen valor de ley adquieren la “fuerza” (en el caso de la discapacidad en su conjunto, es cotidiana la observación de la “no aplicación de la ley”, muchas veces por la “aplicación” de reglamentos u normas menores que sí tienen “fuerza de ley”).

Judith Butler, específicamente en sus obras: *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia.* (2006) y *¿Quién le canta al Estado-Nación? Lenguaje, política, pertenencia.* (2009), expone sus dudas sobre algunas cuestiones que plantea Hannah Arendt en *La Condición Humana* (1998), específicamente cuando Arendt establece que la política se define como una actividad que se desarrolla en la esfera pública según el modelo de la ciudad-estado griega, dejando fuera de la política a quienes estaban en el campo de lo privado y que a su vez se encargaban de la reproducción de la vida material de la comunidad (mujeres, niños, esclavos y los privados de derecho [como las personas con Discapacidad]).

Butler, si bien plantea su desacuerdo, considera que esta visión que significa la exclusión de la política de todos aquellos que por su edad, género, raza, nacionalidad y estatus laboral [también personas con discapacidad, agregamos nosotros] que se los descalifica para la ciudadanía, se reactualiza en los Estados modernos. Sin embargo, el giro que da la autora, está dado en el hecho por el cual para ella, al mismo momento en que se los descalifica, se los “califica activamente” para convertirse en “sin-estado”. Es decir, es el mismo momento el que los priva de la ciudadanía y el que los “dota de un estatus y se los prepara para ser desposeídos y desplazados”.

Esta desposesión es una actividad política del Estado por la cual a grupos enteros de la población se los desafilia del marco jurídico, pero integrándolos a otras relaciones de poder. Sabemos que el Estado no agota su poder en el ejercicio del derecho, y es por ello que tiene la posibilidad de suspender ese marco jurídico a favor de la instauración de un conjunto de normas administrativas que refuerzan su poder soberano, como lo es en la detención involuntaria por averiguación de antecedentes, la hospitalización involuntaria, los llamados códigos de convivencia o edictos y también en el caso de las Políticas Sociales.

El marco jurídico de nuestro país establece un número de derechos humanos a gozar por parte de todos los ciudadanos de la Nación. Sin embargo, las Políticas Sociales que ese Estado crea, para en teoría, lograr la satisfacción de esos derechos humanos, son un conjunto de normas que en forma arbitraria y completamente discrecionales son ejercidas por funcionarios que utilizan una resolución ejecutiva, con fuerza de ley, por sobre la ley; que de esta manera queda momentáneamente suspendida (existen innumerables ejemplos como el de los derechos laborales o la obligación del cupo laboral para personas con discapacidad, la falta de eximición de impuestos y tasas a organizaciones de personas con discapacidad, la utilización del derecho a una pensión para clasificar la discapacidad, la falta de recursos económicos por la “doble imposición”, etc.).

La Política Social que es vivida por los sectores sociales como ausente o insuficiente para cubrir sus derechos mínimos, y por ello se vive como alienante; en realidad es un instrumento que crea personas en estado de privación. Es una herramienta por la cual se establece todo un entramado de normas y disposiciones sobre los sectores más desfavorecidos, que significan una saturación de poder, sobre ellos.

En la mayoría de los casos de los sectores sociales que ingresan en el campo de las Políticas Sociales, se asiste a un vasto despliegue de intervención del poder público sobre la organización privada de esos sectores sostenida en innumerables instituciones.

Son las instituciones locales las que determinan cuales comportamientos son los adecuados, cuales son las formas aceptadas de asociatividad, cuales son las formas de dar la lucha política; de cómo llevar adelante los vínculos, en definitiva; establecen cómo debe ser una vida social para ser reconocida dentro del marco jurídico. Es por ello que el Ingreso Universal a la Niñez no es universal, que la posibilidad de acceso a una pensión graciable para las personas con discapacidad, no es para todos los discapacitados; que el pase gratuito de transporte público para personas con discapacidad no se puede

utilizar como tal; que los planes de vivienda para personas sin vivienda, no son utilizados por personas sin vivienda. Porque desde las instituciones capilares de la administración del Estado, se crean y ejecutan disposiciones que deben ser cumplidas por los “supuestos beneficiarios de la ley”, a punto tal que suspenden la aplicación efectiva de la ley.

En este proyecto de investigación realizaremos las diferentes triangulaciones entre los conceptos de “estado de excepción”, la “saturación de poder” y la “gubernamentalidad”; para ver hasta donde los métodos de desafiliación de sectores de la población; no son en realidad métodos de afiliación a una condición previamente asignada.

En esta discusión también tomaremos los aportes de Ranciere (1996) expresados en su obra *El Desacuerdo. Política y filosofía*, sobre la distribución de las identidades, de los lugares y de las funciones en la sociedad.

Es sobre este marco de interpretación sobre la eficacia y existencia de la norma, es que incluimos a La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, e incorporada a nuestro ordenamiento jurídico en mayo de 2008, a través de la Ley Nacional 26.378.

La Convención mencionada plantea un cambio de paradigma en lo que atañe a la consideración de los derechos de las personas con discapacidad, quienes dejan de ser vistas como “objeto de políticas” en su mayoría de corte paternalista o asistencialista, para pasar a ser consideradas “sujetos de derecho”.

El cambio de paradigma mencionado se plasma profundamente en la materia capacidad jurídica, a través del artículo 12¹² de la mencionada Convención, que reemplaza el modelo de “sustitución en la toma de decisiones” por un modelo de “apoyo en la toma de decisiones”. Este cambio conceptual y legal tiene importantes repercusiones prácticas en la forma de entender el trabajo con las personas con padecimiento mental dentro del campo de la salud mental. Así como también en la intervención social que nuestra profesión realiza.

Artículo 12

Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

La Convención no crea nuevos derechos, sino que establece las garantías para que las personas con discapacidad puedan gozarlos y ejercerlos en igualdad de condiciones que las demás personas. A dichos fines, podría decirse que las dos columnas vertebrales que impregnan este Tratado son los principios de igualdad y de autonomía. Ambos principios aparecen reconocidos como principios, valores y derechos específicos, y se encuentran plasmados de manera muy especial en el artículo 12 sobre capacidad jurídica.

El mencionado artículo 12 no sólo reconoce que las personas con discapacidad gozan de capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas, sino que establece que los Estados deben garantizar ciertas medidas de apoyo a quienes lo requieran, para el ejercicio de dicha capacidad jurídica.

Estas medidas de apoyo estarán sujetas a unas salvaguardas adecuadas y efectivas, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos.

Si bien hasta la fecha se han llevado adelante algunos estudios relativos a las implicancias de este cambio de paradigma desde el marco conceptual y jurídico en otros países, no existen investigaciones en nuestro país, o por lo menos no tienen la suficiente visibilización, que aborden desde un trabajo de campo, las implicancias derivadas en la intervención social concreta. Por ello, si bien el análisis de la Convención se realiza en los niveles denominados: legal, reglamentario y práctico. Nuestro estudio se llevará adelante en este último nivel y desde la perspectiva de la profesión del Trabajo Social.

Si analizamos muy esquemáticamente el proceso legal de interdicción de una persona con discapacidad mental que se encuentra vigente en nuestro país, podemos identificar claramente dos pilares. El primero es la deshumanización del sujeto que sobre la base de una etiqueta médica es considerada un ser incapaz de tomar decisiones. El segundo, y como consecuencia de lo anterior, es la cosificación del sujeto quien se convierte en objeto, al perder el absoluto control de su vida mediante la sustitución de su toma de decisiones, que queda en manos de otra persona –su representante- quien a partir de entonces debe decidir sobre cualquier aspecto del sujeto sustituido sin necesidad de consultarle o participarle de dichas decisiones. De este modo, aspectos fundamentales de las relaciones sociales intersubjetivas como el amor, el cariño, la confianza, la amistad, pasan a constituir aspectos irrelevantes al momento de considerar la dinámica entre el sujeto interdicto y su tutor.

El cambio de paradigma del artículo 12 arremete frontalmente contra el citado esquema legal vigente, exigiendo el establecimiento de un nuevo esquema donde la persona no puede ser privada del goce y ejercicio de sus derechos sobre la base de su discapacidad mental ni intelectual, e instituyendo para su protección, un sistema de intervención/red social (no únicamente individual) que le permita acceder a los apoyos necesarios para ejercer la toma de decisiones. Este sistema de apoyos requiere claramente de un marco de intervención social complejo y donde los aludidos aspectos de las relaciones intersubjetivas, como la relación de confianza y la promoción de la autonomía, cobran un protagonismo fundamental.

Precisamente la intervención social en palabras de Ruiz Ballesteros (2005: 201) es “un campo de conflicto, de lucha de intereses, de modelos de so-

ciudad y usos de los recursos disponibles; en definitiva –aplicando las ideas de Laclau (1998)-, un contexto de expresión hegemónico en el que se da contenido identificador a la incompletud de la sociedad: un ámbito político en el que emerge el poder”. Sin embargo y, como fenómeno producido, la debemos comprender sin tender a su naturalización, aunque sea “un fenómeno tan excepcional como cotidiano. Tan presente que apenas se nombra, tan cercano que no se diferencia, tan central que apenas se vislumbra...” (Ídem, p. 205) pues, por más que no lo advirtamos, es un “dispositivo que se entromete en un espacio” (Carballeda, 2002: 93) “Es una forma de actuar que se asienta en una forma de conocer y en una posición social subsecuente, que la habilita” (Ruiz Ballesteros, 2005: 206).

La inteligibilidad de este escenario la configura y se la “razona”, como un “fenómeno central y estratégico para la organización social” y se la enmarca en una enmarañada y compleja malla de relaciones de poder entre todas las personas, instituciones y colectivos que entablen relación en torno a ella, constituyéndose en “...un hecho multidimensional en el que entran en juego discursos, referentes organizacionales, profesionales, metodologías de intervención, instituciones, relaciones de poder” (Ruiz Ballesteros, 2005: 201). De tal manera que la intervención social se conforma como “un proceso de transformación que sólo puede ser entendido plenamente si se analiza -al menos- desde tres dimensiones simultáneamente: La cultural, como gran referente desde el que se organiza la vida social; los discursos como modelos posibles de sociedad y de relación de las culturas y; el poder, como forma en que se articulan culturas y discursos a través de la intervención social” (Ruiz Ballesteros, 2005: 206).

El Trabajo Social utiliza la intervención social porque es donde se “articula lo macrosocial con lo micro en la singularidad de los padecimientos; así, en la medida que tengamos en cuenta esa articulación, ella es posible como constructora de acontecimiento, fundamentalmente haciendo ver aquello que permanece oculto, articulando lo que la crisis fragmentó, recreando nuevas formas de encuentro, de interpretación, donde la voz principal surge de la palabra del otro. De aquel sobre el que ejercemos y compartimos nuestra práctica en forma cotidiana” (Carballeda, 2002: 91). Una práctica que la entendemos como práctica política ya que desde los orígenes de la intervención existe una construcción discursiva del “otro”, ese “otro” al cual consideramos sujeto de nuestra intervención.

Lo que intentamos apuntar es que lo “social en términos de intervención remite, entonces, a la idea de conjuntos de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden y la cohesión de lo que denominamos sociedad” (ibídem). Pero también debemos tener presente que “la intervención nos recuerda que la palabra, la mirada y la escucha, conforman hoy una parte clave del desarrollo de ésta. Así, la intervención en lo social, en la medida que profundiza y da una dirección determinada al conocimiento que obtiene, tiene la oportunidad de transformarse en constructora de “acontecimientos”, haciendo visible aquello que la agenda pública muchas veces no incorpora o registra. Instalando nuevos territorios que rompen la dicotomía de lo particular – universal, generando un desplazamiento de sentidos, que conlleva una desarticulación posible de órdenes previamente constituidos” (ibídem).

Es por eso que planteamos con Fernández Soto (2007) que “se entiende que es necesario desde el campo profesional establecer, a partir de una reflexión crítica, estrategias profesionales adecuadas para responder a las problemáticas emergentes, visualizando los límites objetivos que se nos presentan como así también las posibilidades históricas de superación de una práctica restringida e inmediatista, reducida en el contexto del neoliberalismo a “administrar la crisis”, “focalizar a los pobres”, y “gestionar eficientemente recursos escasos”; para potenciar el fortalecimiento de una práctica de respeto y ampliación de las conquistas civilizatorias, basada en la lógica de la ciudadanía y los derechos sociales”.

En el proyecto que nos alienta queremos analizar como desde la intervención social, el Trabajo Social, visibiliza ese trabajo que las personas con padecimiento mental realizan sobre las condiciones económicas y sociales en las cuales están inmersas, sobre la libertad que poseen y sobre la invalidación de la cual son objeto. Trabajo que se suma a la construcción de la sociedad en la que viven, restituyendo la capacidad jurídica, la autonomía y la ciudadanía.

Objetivo general:

Analizar desde el Trabajo Social, si su *Intervención en lo Social*, visibiliza la construcción de la *Autonomía y Capacidad Jurídica* en personas con sentencia firme de insania.

Objetivos específicos:

- Relevar distintas fuentes bibliográficas que nos permitan conocer y abordar las distintas implicancias sobre los conceptos de Autonomía y Capacidad Jurídica.
- Definir las cualidades que componen conceptualmente los términos de Autonomía y Capacidad Jurídica, enunciados en el artículo 12 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la ley Nacional N° 26378.
- Presentar dentro de los 6 meses de aprobado el proyecto, las comunicaciones preliminares sobre las relaciones y triangulaciones observadas entre los conceptos abordados. Esta publicación se realizará en la página www.diporets.org (Centro de Estudios en Trabajo Social y Ciencias Sociales), en la página www.redcdpd.org (Red Iberoamericana de Expertos en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) y en la página www.cidhmdp.org (Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos “Alicia Moreau” de la Facultad de Derecho). Con estas publicaciones se busca la puesta en común entre los miembros de las distintas disciplinas que componen el Equipo y su crítica.
- Constituir en el primer año una reunión de coordinación con La Red Iberoamericana de Expertos en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (www.redcdpd.org), que es la organización con fines académicos y sociales que tiene como misión el estudio, aplicación y seguimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), así como de los principios legales y sociales que promueve. La Red cuenta con la participación de equipos de investigadores de

6 países de la región: Argentina, Brasil, Colombia, España, México y Perú.

- Realizar en el Primer Año un Seminario (dirigido a actores jurídicos y sociales) sobre la recientemente sancionada Ley de Salud Mental y sus implicancias en la Intervención Social a la luz de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Establecer y realizar un estudio de campo (en la Curaduría Oficial de Aliados de los Departamentos Judiciales Mar del Plata y Necochea en el período 2008 – 2010). Este trabajo empírico se desarrollará sobre el estudio y análisis del material escrito existente en los casos con sede en dicha institución.

- Identificar en el ejercicio del Trabajo Social, los indicadores que generados en la intervención social, permiten articular los conceptos de Autonomía y Capacidad Jurídica con la construcción de ciudadanía.

Metodología de investigación

Antes de elegir la metodología de investigación que consideramos más apropiada para el caso que nos ocupa, creemos con Varsavsky (1969) que debemos tomar algunas decisiones que tiene que ver con la autonomía científica en la presente investigación. Decisiones que son de carácter político. ¿Por qué de carácter político?, porque significa especificar, en aras de esta autonomía, que cosas son importantes en la investigación. Primero, "...conviene plantear el estudio de cada problema social y de otros de análoga complejidad en su marco de referencia local, buscando factores importantes y las leyes adecuadas al caso particular, sin desperdiciar la experiencia universal, pero sin aceptarla a priori" (Varsavsky, 1969: 22); por ello realizaremos el trabajo de trasladar críticamente los conceptos desarrollados por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a nuestra realidad social y cultural. En segundo término, establecer un estudio interdisciplinario (por ello el equipo está compuesto por trabajadores sociales, abogados y filósofos) que permita la discusión en común para descubrir las interconexiones e influencias mutuas de los distintos aspectos del problema en cuestión y "para que cada especialista aproveche no sólo los conocimientos, sino la manera de pensar y encarar los problemas habituales en los demás. Esta interacción de disciplinas, que exige discusión, crítica y estímulo constante entre los investigadores, y permite que ideas y enfoques típicos de una rama de la ciencia se propaguen de manera natural a las demás, me parece una garantía de éxito" (ibídem).

Nuestra investigación es *cualitativa*, porque es necesario recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en el marco de las relaciones intersubjetivas. De esta manera los fenómenos son interpretados desde sus múltiples determinantes, resistiendo a la naturalización del mundo social.

En la metodología cualitativa "El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística: las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados un todo" (Taylor y Bodgan, 1990: 20).

La forma que cobra el diseño de investigación la determina el nivel de complejidad vinculante al problema, es decir, *tipo de investigación* a realizar; el *frag-*

mento de la población (muestra del universo de análisis) en que se recogerán los datos; y el *instrumento o técnica* que se usará para almacenar los datos junto con el análisis de información acopiada, para poder responder a los objetivos específicos planteados en la investigación.

Asimismo y en correlación con los conocimientos que deseamos adquirir centrados en los objetivos de investigación, optamos por un modelo *exploratorio - descriptivo*.

La investigación exploratoria porque el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

La investigación descriptiva porque en ella no se formulan hipótesis y las variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación.

De Souza Miyano plantea el principio del proceso de investigación en su *fase exploratoria*, centrada en generar los interrogantes pertinentes al objeto, a sus presupuestos, a las teorías, a la metodología apropiada y a cuestiones operacionales para llevar adelante el trabajo de campo; lo principal en esta fase es la *construcción del proyecto de investigación*.

Es este el momento donde definimos el muestreo de la investigación cualitativa, con el fin de escoger parte de la población que sea representativa, y que permita realizar generalizaciones de la muestra al universo de análisis. En la investigación cualitativa la lógica de la muestra se basa en “Estudiar en profundidad algo a fin de que sea válido. Usualmente esto se hace en pocos casos seleccionados en forma intencionada” (Pineda et al 1994: 120). Es decir, se emplean muestras pequeñas, no aleatorias, con interés intrínseco para descubrir significado o reflejar realidades múltiples.

El fin de la investigación cualitativa es el desarrollo y el examen de una teoría, donde la selección de los casos se debe diseñar de forma tal, que se puedan generar tantas categorías y propiedades como sean posibles y relacionarlas entre sí. Las muestras teóricas buscan representar un problema teórico, seleccionando situaciones sociales que ofrezcan observables sobre las categorías de análisis: minimizando las diferencias entre los casos con el fin de sacar a la luz propiedades básicas de una categoría particular y posteriormente maximizando las diferencias entre los casos, con la intención de incrementar categorías y acotar la incidencia de la teoría.

El proceso de obtención de información corresponde al método de comparación constante, es un proceso dialéctico que implica ir al campo de observación para obtener datos, analizarlos e ir nuevamente al campo; el proceso se repite necesariamente hasta que la categoría de información es considerada *saturada*.

El fin de la investigación es la generalización de un grupo finito de casos.

El *trabajo de campo*, como recorte empírico de la construcción teórica, combina diferentes técnicas e instrumentos de recolección de datos, los que están seleccionados a partir de un marco metodológico – ideológico:

-Entrevistas a informantes claves.

-Revisión y análisis de registros oficiales y documentos públicos: en la investigación cualitativa analizar estos documentos nos permite adquirir conoci-

mientos sobre las personas que los redactan (saber del intelectual específico), comprender las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y actividades de quienes los producen. “El análisis cualitativo de documentos oficiales abre muchas nuevas fuentes de comprensión. Materiales que los que buscan los hechos objetivos consideran inútiles, son valiosos para el investigador cualitativo precisamente debido a su naturaleza subjetiva” (Taylor y Bogdan, 1990: 150).

-Participación en jornadas de capacitación y debate a través del trabajo conjunto con instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata y la colaboración permanente de espacios académicos.

Este trabajo nos permitirá elaborar el tratamiento del material recogido a lo largo de la investigación (desde la teoría y el campo), a partir de la ordenación, clasificación y análisis; comprendiendo un abordaje que visualice la complejidad del proceso, las contradicciones entre la teoría - práctica y sus puntos de encuentro; teniendo en cuenta que el producto final de análisis de una investigación, debe ser abordado de forma provisoria y aproximativa.

Metodológicamente en lo que concierne al *análisis de la intervención* (objetivo general de nuestra investigación) distinguimos las llamadas “observables de la intervención” (Carballeda, 2007: 75) que se presentan como categorías que resultan favorables al estudio de casos:

- *La noción de sujeto
- *La configuración situacional
- *La visión de la demanda
- *Las formas de acción
- *El impacto en la intervención de la construcción de problemas sociales
- *La construcción de la agenda social
- *La política hacia la intervención

La muestra que consideramos representativa es de 20 casos oficiales de la Curaduría Oficial de Alienados, del Departamento Judicial Mar del Plata. Utilizaremos la técnica de revisión y análisis de registros oficiales y documentos públicos. Esta muestra de análisis, actuarán por saturación, en tanto que lograron reflejar el carácter cualitativo de la muestra, arrojando el material de análisis suficiente para el desarrollo de los objetivos propuestos en la investigación.

Uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, esto es: hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante, debido a que el muestreo teórico no tiene un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, determinando, hasta cuándo el dato adicional que se recolecta, no agrega información significativa a lo que ya se tiene.

El análisis de datos se desprende de la revisión de los expedientes oficiales que bajo sentencia firme de insania queden comprendidos en el período 2008-2009 en la ciudad de Mar del Plata.

Incluyéndose bajo las categorías de análisis: *autonomía, capacidad jurídica y ciudadanía* recuperadas en la *intervención social* desde criterios de discapacidad que comprenden infinitos grados, matices y circunstancias.

Avances del proyecto

Las características de la población que advierte *nuestra muestra de análisis* la constituyen:

Hombres y mujeres de 20 a 70 años; con sentencia firme de insania y curador oficial asignado, bajo la institución de la incapacidad absoluta, Art 54 Inc. 3 del Código Civil, de la cual surge, previa pericia psiquiátrica, que el causante se encuentra dentro de la incapacidad por demencia prevista en el Art 141 “Se declaran incapaces por demencia, las personas que por causa de enfermedades mentales, no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes”.

La incapacidad presupone la existencia de un estado de padecimiento mental, o como lo enuncia el Código Civil una “*enfermedad mental*”. El concepto de “enfermedad” designa un modelo de pensamiento “que sirve para expresar conceptualmente y así comprender -aparentemente- las alteraciones anómalas e inexplicables que se dan en la persona” (Dietmar *apud* Baumann y Pérez, 1994: 47), este estado de enfermedad es comprobado y clasificado a través de una diagnosis médica - psiquiátrica.

Desde la supremacía de este paradigma y bajo los dictámenes del diagnóstico médico, una persona es declarada insana cuando la clasificación de su padecimiento “enfermedad”, converge con la denominada *demencia en sentido jurídico*.

Los diagnósticos relevados en nuestra muestra de análisis, son Esquizofrenia y Retraso mental, y legitiman la incapacidad por demencia: “*psicosis esquizofrénica*”; “*esquizofrenia paranoidea*”; “*trastorno delirante*”; “*psicosis injertada*”; “*psicosis crónica*”; “*retraso mental profundo*”; “*retraso mental moderado*”; “*debilidad mental*”; “*insuficiencia mental*”; “*retraso mental grave*”; “*retraso mental severo*” (Diagnósticos extraídos de los expedientes oficiales de la Curaduría Oficial de Alienados. Año 2008-2009).

Estas diferentes clasificaciones formuladas en las pericias médicas, están basadas en el DSM IV y el CIE10, que definen el trastorno mental como el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren en el desarrollo personal, laboral y social de la persona de manera diferente en intensidad y duración.

Esquizofrenia y el Retraso mental, serán definidos desde los criterios de estos manuales como:

Esquizofrenia: la combinación de signos y síntomas peculiares positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y negativo, aplanamiento afectivo, alogia y abulia. La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad: relaciones interpersonales, trabajo, estudios o el cuidado de uno mismo. La mayoría de los sujetos que padecen esquizofrenia son escasamente concientes que presentan una enfermedad psicótica. Las evidencias sugieren que esta falta de conciencia constituye una manifestación de la enfermedad, más que una estrategia para hacer frente a la situación.

Retraso mental: capacidad intelectual general, significativamente inferior al promedio, que se acompaña con limitaciones significativas de la actividad

adaptativa de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

Otros de los rasgos que caracterizan a la población, son los prolongados procesos de institucionalización, dada la cronicidad del cuadro psicopatológico (internaciones, dispositivos terapéuticos, organismos judiciales, hogares de medio camino, programa de familias sustitutas -avalado por el ministerio de menores-, geriátricos), la ausencia de grupo familiar o con grupo familiar “no continente”¹³, redes sociales fragmentadas y la precaria situación económica (entendida como la imposibilidad de cubrir las necesidades básicas, por medios propios).

Los prolongados procesos de internación van despojando a las personas de todo aquello que les permite decidir libremente (cuándo bañarse, cómo vestirse, qué comer, a qué hora acostarse, cuántas horas dormir, en qué momento pasear, caminar -si la sobredosis medicamentosa- “el chaleco químico”, lo permite) se van volviendo dependientes, se van institucionalizando, de modo que cada día que pasa suma dificultades para la reinserción social.

En general la cronificación trabaja de tal modo que el principal diagnóstico a los dos meses es la institucionalización.

Respecto de las familias abandonadas (mito o realidad), en tal caso hay familias que abandonaban, pero otras que no. La institución debe ayudar a los familiares a ayudar, sin dejarlos “del otro lado de la puerta”, es decir trabajar sobre el hacer de nuestra profesión en este campo determinado y sobre la posibilidad de que esos haceres, en su lógica de desenvolvimiento, puedan ser utilizados por otros.

No hay ser humano que no tenga a nadie, que no responda a una historia familiar y social constituyente de su ser persona o que esté inserto en una red institucional. Por ello la formación de sistemas de apoyo, en favor de la reinserción social, y la restitución de “redes sociales fragmentadas” o “grupos familiares no continentes”, desde el reconocimiento y articulación de alguna forma de contención social que éstos puedan manifestar. Cumplimentando la tarea con la visita periódica del equipo profesional.

Análisis de la intervención social del Trabajador Social

Habíamos propuesto analizar la intervención desde observables propuestas por Carballada (2007), que nos permitirán problematizar las posibilidades de la intervención en lo social dentro de escenarios complejos y cambiantes. Las mismas son:

1. La noción de sujeto
2. La configuración situacional
3. La visión de la demanda
4. Las formas de acción
5. El impacto en la intervención de la construcción de problemas sociales

¹³ Ley 24.901: Sistema de Prestaciones básicas de Atención Integral a favor de las personas con Discapacidad. Art. 18. Año 1997

6. La construcción de la agenda social

7. La política hacia la intervención

Pero el análisis de estas observables estará atravesado por las categorías de *autonomía, capacidad jurídica y ciudadanía* que constituyen nuestros objetivos de investigación.

Por ejemplo en la observable, la noción de sujeto, hasta ahora podemos decir que como observable de análisis, reconstruirá la perspectiva del sujeto, a través del “circuito” institucional-decisional, médico-jurídico-social, que la persona inicia con el proceso de interdicción.

Las personas con discapacidad mental han recibido denominaciones diversas: deficiente, impedido, disminuido, inhábil, incapacitado, minusválido, inválido, discapacitado, loco, causante, demente, idiota, peligroso, furioso, maníaco. “Se trata de nombres que reducen la identidad de un ser humano complejo a uno solo de sus rasgos. Con razón se ha dicho que el concepto mismo de discapacidad surge de transformar una dificultad en identidad” (Kraut, 2006: 22).

En términos de Michel Foucault, el “*imaginario social de la locura*” engloba la idea o perfil que se ha construido socio-culturalmente desde hace siglos en torno a la enfermedad mental, y el lugar que se les asigna a quienes la padecen. En tal caso, reconstruir la noción de sujeto desde el código civil implica hablar de régimen de verdad, poder político, materialidad del discurso hegemónico y de los saberes filosóficos y científicos (ciencias) de verdad que se le asignan a ese sujeto.

El imaginario social como dispositivo, permite la inserción en materia de salud mental al discurso jurídico, que normatizado dentro del Código Civil opera como procedimiento de exclusión, separación y rechazo. Legitimando la oposición entre “*razón y locura*”, e interpellando y constituyendo diferentes clases de sujetos, distinguiéndolos entre “*capaces e incapaces*”.

Hablamos de un sujeto fragmentado e interpellado por el régimen de verdad de las diferentes disciplinas en juego y finalmente aplicado en sentencia firme a los procedimientos del orden jurídico.

El sujeto al que nos referimos basadas en la muestra representativa de análisis, se encuentra bajo sentencia firme de insania legitimado por los artículos 143 y 144 del Código Civil habiéndose presentado solicitud de parte, y después de un examen de facultativos.

El Código Civil no se refiere al término discapacitados (o personas con discapacidad), si no a incapaces absolutos de hecho (quienes por causa de enfermedad mental no pueden dirigir su persona y sus bienes). En el derecho Argentino la discapacidad no es causal de incapacidad jurídica en general, con la excepción de las personas que conformes al Artículo 54 y siguiendo la terminología del código son DEMENTES en sentido jurídico.

La *peritación psiquiátrica*, sin perjuicio de los demás elementos de evaluación, constituye la orfandad probatoria por excelencia en el proceso de insania, debiendo expresar con la mayor precisión posible el diagnóstico que determine si la enfermedad psiquiátrica es compatible con la demencia (Art. 140 C.C).

La declaración de incapacidad, requiere dos hechos concurrentes:

Verificar la presencia de enfermedad mental.

Comprobar la incidencia en su vida, personal y social, siendo tal patología grave, actual y habitual.

Las pericias médicas dejan asentado en los expedientes la fecha aproximada en la que la enfermedad se manifestó; el pronóstico (evaluación futura de la enfermedad); el régimen aconsejable para la protección, la asistencia del presunto insano y la necesidad de su internación (Artículo 63 I, CPCCN).

La capacidad de autovalidamiento, preestablecida por el diagnóstico médico y ligada al “*modelo rehabilitador*” pone el acento en las limitaciones que devienen del proceso propio del padecimiento mental, quedando reducida a capacidades residuales de la vida cotidiana de la persona: “*dificultad de realizar tareas laborales incluso bajo supervisión de terceros, supervisión en la ingesta de medicamentos*”; “*no puede satisfacer sus necesidades básicas de cuidado higiene y alimentación, no conoce el dinero ni puede administrarlo, no se maneja en la calle sola*”; “*supervisión constante en las actividades de la vida cotidiana y contención constante*”; “*sus actos constituyen peligrosidad para sí y para terceros*”; “*incontinencia familiar*”; “*no puede autovalerse por sí mismo*” (Expedientes Oficiales. Curaduría Oficial de Alienados. Mar del Plata, Año 2010).

Estos aspectos que desde el orden médico se enuncian con caracteres negativos (lo que la persona NO puede hacer, en virtud de sus capacidades funcionales) bajo el criterio de autovalidamiento, claramente deben ser superados desde la valoración de sus capacidades conservadas y recuperados desde la intervención social a través de un trabajo conjunto, favoreciendo niveles más amplios de autonomía.

Los profesionales “*tienden a definir la independencia en términos de actividades de autocuidado tales como bañarse, vestirse, asearse, cocinar y comer sin asistencia. Las personas con discapacidad, sin embargo, definen la independencia de manera diferente, considerándola como la capacidad de autocontrol y de tomar decisiones sobre la propia vida, más que realizar actividades sin necesidad de ayuda*” (Palacios, 2008:º 142).

Otra prueba que complementa la noción de sujeto vinculada al padecimiento y su peculiar forma de relacionarse con el contexto social, la constituye el *informe socioambiental*, realizado por el *perito Trabajador Social*.

El perito, es la persona especializada y calificada en razón de su conocimiento, legalmente autorizada por el juez para introducirse en el proceso de dictamen sobre cuestiones concretas de su especialidad. La prueba pericial contiene, una operación valorativa, siendo esencialmente una manifestación técnica y no una simple narración de las percepciones. Ésta se presenta a modo de informe, como opinión profesional o dictamen pericial.

Los informes socioambientales, establecen un diagnóstico situacional de las condiciones socioeconómicas, pautas de vida e interrelación entre las partes intervinientes en los juicios de insania. Por ello se realizan: entrevistas personales e institucionales, informes vecinales; destinadas a recoger información inherente al caso.

Los informes socioambientales expuestos en los expedientes refieren: la evaluación de los aspectos socioeconómicos (aspectos previsionales, cobertura médica, actividad laboral), familiares, habitacionales, sanitarios, redes sociales de pertenencia; a fin de reconsiderar la insania.

Los motivos que se consideran en los informes sociales (provenientes de las diferentes instituciones en juego) para dar continuidad o no al juicio de insania, según constan en los expedientes oficiales, se corresponden con los siguientes argumentos de los organismos judiciales que los solicitan:

“Se evalúa necesario el juicio de insania y la tramitación de la pensión por discapacidad; por la precaria situación económica del grupo familiar” (Expediente Oficial. Insania y Curatela 2008. Tribunal de familia N°1. Mar del Plata).

“Instrumento de valoración de actividades de la vida diaria, cada ítem se valora de 0-4 de forma que a mayor incapacidad- mayor puntuación: la causante obtiene 9 sobre 28, por lo cual es un bajo índice de incapacidad” (Expediente Oficial. Insania y Curatela 2008. Tribunal de Familia N° 1. Mar del Plata).

“Carece de medios económicos lo que motiva a esta Asesoría a presentar las medidas tendientes a su protección”. “Teniendo en cuenta que M, no posee red familiar que haga valer sus derechos, siendo la institución la que asume la responsabilidad de asistencia, se hace necesario el otorgamiento del marco legal correspondiente a su discapacidad, a los fines de obtener sus beneficios” (Expediente Oficial. Insania 2009. Tribunal de Familia N°1. Mar del Plata).

“Del informe se denota que la causante necesita pensión y obra social”.

“Dificultad para realizar tareas laborales, incluso bajo supervisión de terceros” (Expediente Oficial. Insania y Curatela 2008. Tribunal de Familia N°2. Mar del Plata.)

Del análisis de los argumentos expuestos, apreciamos el doble padecimiento: *psíquico y social de la persona con discapacidad mental.*

La mirada social centrada en la carencia y la dependencia, hipoteca el ejercicio de la *capacidad jurídica*, es decir, de los llamados derechos específicos de las personas con discapacidad. Necesidades propias y derechos específicos no son más que el adverso y reverso de una misma moneda, estableciéndose un sistema de contradicción entre protección social y pérdida de capacidad jurídica (derechos sociales y civiles).

Ligar a la persona con padecimiento psíquico a la carencia y la dependencia implica, repensarlo desde un doble juego indicando que: resulta beneficiario de políticas asistencialistas de corte focalizado (que presumen ser inclusivas) e integrante de un sistema que define la “normalidad” siguiendo exigencias del modelo productivista que de por sí, lo relega sistemáticamente por hallarse discapacitado.

La integración desde la necesidad, no es más que la victimización del padecimiento, alejada de los verdaderos preceptos de la igualdad y del ejercicio de *ciudadanía*.

Tras la peritación psiquiátrica y demás pruebas, y una vez realizada la visita del defensor de menores e incapaces, el juez, antes de dar su fallo entrevistará a la persona con padecimiento psíquico. En la ciudad de Mar del Plata, en la actualidad

y desde el año 2002 (con la puesta en funcionamiento del Tribunal de Familia N° 1), las juezas han manifestado la adhesión al cambio de paradigma, superando ampliamente la sola declaración de demencia que prevaleció a fines del siglo XX.

La sentencia de incapacidad jurídica se declara sólo sí: de los elementos de juicio acumulados surge de manera clara e irrefutable la ineptitud del paciente para administrar sus bienes y dirigir su persona.

Si subsisten dudas y debido a las consecuencias que genera la restricción total de la aptitud de obrar, se favorece la capacidad. Puesto que la sentencia implica que el sentenciado quede en situación de incapaz absoluto de hecho (Art.54. Inc. 3 Código Civil), es decir, privado de su facultad de disponer y administrar sus bienes, de adquirir derechos, contraer obligaciones y ejercer por sí mismo cualquier acto de la vida civil. Explicándose así, por qué la prueba de insanidad mental debe ser indudable en defensa de la persona; ya que la sentencia de incapacitación hace una declaración de presente y de futuro; basándose en una evaluación previa, que la persona demandada carece en este momento (presente) y carecerá en el futuro, hipotecando su capacidad de autogobierno.

La declaración judicial de insania trae consigo la designación de un curador definitivo que resulta de allí en más, el representante legal del incapaz en todos los actos de su vida civil (Art.469 del Código Civil).

Se designa curador oficial, cuando el insano carezca de familiares o estos se hubiesen excusado con causa suficiente o no exista persona habilitada para sumir la representación, sumado a que el insano y/o sus familiares carezcan de bienes.

La función de la Asesoría de Menores y de la Curaduría Oficial “no termina con la sentencia de insania, por lo que es de desear que se comience un camino a cargo de la Asesoría y de la Curaduría formando una red de instituciones que le permitan al insano insertarse socialmente” (Expediente Oficial. Curaduría Oficial de Alienados. Año 2010).

Una vez declarado Insano, se efectivizan los procedimientos legales desde la Curaduría Oficial en torno a la protección de persona y sus bienes:

La sentencia ha de comunicarse al registro del estado Civil y Capacidad de las Personas.

Se procede a la inscripción de inhibición general de bienes, a cuyo fin líbrese de oficio al registro de la propiedad del inmueble.

Desde el modelo social se define que toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de su diversidad funcional, goza de igual valor de dignidad, y debe tener la posibilidad de tomar decisiones en lo que atañe a su desarrollo como *sujeto moral*, y por ende debe permitírsele tomar dichas decisiones. Desde este modelo se plantean ciertas herramientas para el desarrollo de la autonomía: *los denominados sistemas de apoyo en la toma de decisiones*.

El cambio de paradigma del Artículo 12 arremete frontalmente contra el esquema legal vigente, exigiendo el establecimiento de un nuevo esquema donde la persona no puede ser privada del goce y ejercicio de sus derechos sobre la base de su discapacidad mental y/o intelectual, e instituyendo para su protección, un sistema de protección - red social (no únicamente individual)

que le permita acceder a los apoyos necesarios para ejercer la toma de decisiones. Este sistema de apoyos requiere claramente un marco de intervención social complejo, donde los aspectos de las relaciones intersubjetivas, como la relación de confianza, la promoción de la autonomía y la independencia cobren un protagonismo fundamental.

Esto nos lleva a reflexionar sobre el concepto de independencia, ya que si entendemos que todas las personas somos interdependientes, y necesitamos apoyo para desarrollar nuestra autonomía, la dependencia de las personas con discapacidad no es una característica que las diferencie del resto de la sociedad, sino solo una **cuestión de grado**.

La intervención social desde la Curaduría Oficial, avanza en la posibilidad de trabajar conjuntamente con la persona, en el ejercicio de los derechos sociales, civiles y personalísimos, recuperando no sólo el Art 12 desde lo axiológico y lo operativo, sino el espíritu de la Convención, precisando la interpretación que enaltece la vigencia de los derechos, desde el principio **“pro homine”**¹⁴, como guía que favorece la protección de un derecho no sólo desde el reconocimiento de cada *caso particular*, sino desde la selección de varias normas concurrentes, que contengan protecciones mejores o claramente favorables para el sujeto en relación con sus derechos humanos.

A modo de conclusión:

Del trabajo de investigación realizado hasta la fecha, se puede inferir que desde la promulgación de la Ley Nacional 26.378 en el año 2008, que incorpora a nuestro ordenamiento jurídico a La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas; se están produciendo en el campo de la Salud Mental, movimientos y resignificaciones en las instituciones que operan en el campo y en los cuerpos profesionales que también lo conforman. Estas nuevas disposiciones están en este momento en plena disputa con otras normas pre-existentes de nuestra legislación que la contradicen y que por el momento ostentan la “fuerza de ley”; creando de esta manera un proceso de hibridación de las prácticas y los discursos. Incluso la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada en el año 2010 (que no es motivo de esta investigación) también está generando estas cuestiones en la práctica.

A partir de la formulación de nuestros objetivos de investigación nos planteamos iniciar una búsqueda de *hallazgos* sobre aquello que la Intervención Social del Trabajador Social en la Curaduría Oficial genera a partir de prácticas concretas, que si bien como hemos mencionado, aparecen “encabalgadas entre dos paradigmas (rehabilitador y social)” el Trabajador Social, muestra la posibilidad de generar espacios en el ejercicio efectivo y real de derechos sociales y civiles en el campo de la salud mental; con acciones puntuales

¹⁴ “El principio pro homine es un principio interpretativo del derecho internacional vinculante a los derechos humanos, que permite aplicar la solución normativa más favorable al caso, sin impugnar otras normas de posible aplicación, aún cuando éstas sean de mayor jerarquía normativa” (ABREGÚ, 2004:19).

micropolíticas, prácticas liberadoras cotidianas, constantes y sociales. Desde el reconocimiento explícito de la titularidad que le confiere el derecho a tener derechos a quienes se constituyeron como sujetos de intervención.

En este momento estamos trabajando sobre los indicadores de la práctica del Trabajador Social que nos permitan identificar cuáles son las acciones que realiza y que se direccionan hacia la restitución de la autonomía, como las acciones que se direccionan hacia la restitución de la capacidad jurídica y las acciones que se direccionan hacia la restitución de la ciudadanía.

El propósito de nuestra investigación, no es ambicionar como única medida viable (para la conquista de derechos sociales y civiles en la interdicción) la reforma del Código Civil solamente. Sino que analizar la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, como herramienta valiosa para la intervención social, desde la cual, es posible llevar a cabo acciones liberadoras que reposicionan al sujeto no como objeto de protección, sino como sujeto pleno de derechos, devolviéndole tal condición en el desarrollo de su *autonomía, capacidad jurídica y ejercicio de ciudadanía*.

Bibliografía

- AGAMBEN, G.** (2007) *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo. Bs.As.
- BERGER Y LUCKMAN** (1989) *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Bs. As.
- BAUDRILLARD, J.** (1984) *el desplazamiento de lo político*. En: Utopía, Año 1 N° 2. Utopía, Quilmes.
- BUTLER, J.** (2006) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Paidós. Bs. As.
- BUTLER, J. y SPIVAK, GAYATRI C.** (2009) *¿Quién le canta al Estado-Nación? Lenguaje, política, pertenencia*. Paidós. Bs. As.
- CARBALLEDA, A. J. M.** (2002) *La Intervención en lo social*. Paidós, Bs. As.
- (2007) *Escuchar las prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social*. Espacio. Bs. As.
- CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2008). ERREPAR S.A. Bs. As.**
- CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. LEY 26.378** (2008). www.senado.gov.ar/web/proyectos/numley.php
- CONSTITUCION NACIONAL ARGENTINA.**
www.biblioteca.jus.gov.ar/constituciones-argentina.html
- DE SOUZA MIYANO, M. C.** (2003) *Investigación Social: Teoría, Método y Creatividad*. Lugar. Bs. As.
- FOUCAULT, M.** (1980) *Microfísica del Poder*. La Piqueta, Madrid.
- (1981) *Un dialogo sobre el Poder*. Alianza, Madrid
- (2003) *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa. Barcelona.
- GARGARELLA, R.** (2005) *El derecho a resistir el derecho*. Miño y Dávila. Bs. As.
- GUÍA** básica para comprender y utilizar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Por un mundo accesible e inclusivo. Handicap internacional*. I.I.D.I.
- LEY Nacional N° 24.901.** *Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad*. Publicación B.O.5/12/1997.
- LEY NACIONAL DE EMPLEO N° 24.013.** www.snr.gov.ar
- LEY N° 25.785.** *Personas con discapacidad-acceso a programas sociales*. www.snr.gov.ar

- LEY N° 25.644.** *Discapitados-colectivo terrestre.* www.snr.gov.ar
- LEY N° 25.643.** *Turismo accesible y personas discapacitadas.* www.snr.gov.ar
- LEY N° 25.280.** *Convenciones- discriminación de personas con discapacidad.* www.snr.gov.ar
- LEY N° 23.660.** *Obras sociales- nuevo régimen.* www.snr.gov.ar
- LEY Nacional de subsidios N° 10.315.** www.snr.gov.ar
- MEAD, G.H.** (1993) *Espíritu, persona y sociedad.* Paidós, México.
- MÉNDEZ, R.** (2006) *Trabajo social en el campo de la salud mental.* UNMP, Mar del Plata.
- NUEVA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657.** www.snr.gov.ar
- PALACIOS, A.** (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional de las Personas con discapacidad.* CINCA, Madrid.
- PINEDA, E.B; DE ALVARADO, E.L; HERNÁNDEZ DE CANALES, F.** (1994) *Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud.* 2ª Edición. México.
- RANCIERE, J.** (2007) *El desacuerdo. Política y filosofía.* Nueva Visión, Bs. As.
- RICHMOND, M. E,** (1962) *Caso social individual.* Escuela Nacional de Educación Pública. Bs. As.
- (1965) *Social Diagnosis.* The Free Press. New York.
- RUIZ BALLESTEROS, E.** (2005) *Intervención social: cultura, discursos y poder. Aportaciones desde la antropología.* TALASA, Madrid.
- SAN GIACOMO PARODI, O.** (2001) *Trabajo social y conocimiento objetivo.* UNMDP – PAIDEIA, Mar del Plata.
- TAYLOR, S.J. y BODGAN, R.** (1990) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* Paidós. Bs. As.
- VARSAVSKY, O.** (1969) *Ciencia, política y cientificismo.* Centro Editor de América Latina. Bs. As.

intervención profesional del trabajo social en el campo de la oncología

María Sol Romero ¹

Presentación

La investigación denominada *Trabajo Social y atención de la salud. La cuestión del cáncer, el enfermo oncológico y su entorno vincular (2010)* se constituye en el antecedente inmediato del artículo que presentamos a continuación. La pesquisa desarrollada demandó el despliegue de tácticas de acceso a la información (entrevistas) no sólo a enfermos de cáncer y/o su entorno vincular, sino también a médicos y referentes de organizaciones sociales intervinientes en la cuestión. Además, la indagación señaló como necesario el acercamiento a textos específicos y a profesionales de Trabajo Social cuyo ejercicio los vincula recurrentemente con enfermos de cáncer, de modo de posibilitar la reflexión en relación a las especificidades de la intervención del Trabajo Social en la cuestión del cáncer.

De esta manera, en las próximas páginas realizaremos una serie de reflexiones en relación a la temática del cáncer, entendiendo que ésta compone el campo de intervención del Trabajo Social. Para esto, exponemos una aproximación crítica al ejercicio profesional en el campo de la oncología centrada en tres dimensiones de análisis, en tanto son parte de las múltiples determinaciones de la práctica del trabajador social: • las creencias, estigmas sociales y prácticas culturales sobre la enfermedad de cáncer • la política de salud pública de atención al enfermo oncológico y su entorno vincular • el componente histórico de la intervención del Trabajo Social en el campo de la oncología.

Al reflexionar en torno a las determinaciones fundamentales de la intervención del Trabajo Social en la temática que acontece, claro está que podremos aludir a cuestiones vinculadas al ejercicio profesional, que trascienden este campo en particular de intervención. De este modo, es posible destacar el deterioro de las condiciones ocupacionales del trabajador social hacia la década del '90, en donde suele revertir las más diversas modalidades, entre ellas: la intensificación de las tareas, la precarización laboral, la flexibilización, el subempleo, el pluriempleo, los bajos salarios, las pasantías o bien, en palabras de Cademartori et al (2007), *los contratos basura*.

Así mismo, podremos hacer alusión a determinaciones propias de este campo de intervención. Entre ellas es menester mencionar, el déficit de recursos

¹ Lic. en Trabajo Social. Docente de la FCH-UNICEN. Becaria CONICET. Maestranda en Trabajo Social –UNLP-. Miembro del Grupo de Investigación y Acción Social –GlyAS-UNICEN.

escritos² desde el ejercicio del Trabajo Social que den cuenta de la temática del cáncer; sumada a la carencia de espacios ocupacionales de trabajadores sociales que se desempeñen en torno a esta área de intervención particularmente en la ciudad de Tandil (anclaje geográfico de la investigación).

En este sentido, si bien entendemos que la intervención profesional se encuentra sesgada de múltiples determinaciones, creemos en principio propicio adentrarnos en relación a la dimensión cultural y confrontar de esta manera con las creencias y estigmas sociales que giran respecto a la enfermedad en nuestra sociedad.

I. Creencias, estigmas y prácticas sociales sobre la enfermedad de cáncer

En el marco de nuestra cultura existen distintas formas de comprender y representar la enfermedad de cáncer, que históricamente han derivado en la construcción social de ciertas creencias y estigmas sociales en relación a ella. No obstante, creemos que éstas últimas tienen un sustento material, existen independientemente de la conciencia de los sujetos. Es en este sentido que, Marx ha entendido que “lo ideal no es, por el contrario, más que lo material traducido y traspuesto a la cabeza del hombre” (Marx, 1956: 14). Por lo tanto, entendemos que tales creencias y estigmas sociales han sido a su vez, determinados a partir de las condiciones de vida en las que suelen ser depuestos los sujetos en el proceso de enfermedad y la complejidad que adopta la reproducción de su vida cotidiana.

Concebimos que si bien cada sujeto puede atravesar por la experiencia de enfermedad de forma singular, única e irrepetible; socialmente existe un modo de entender la enfermedad que asimila: Cáncer = Muerte. Inclusive hoy día, aún con los descubrimientos de las ciencias médicas y el aumento de la circulación de información, no se ha logrado revertir el fatalismo que se suele atribuir a la enfermedad.

No obstante, es necesario en este punto realizar un breve señalamiento: claro está que si bien repudiamos esta creencia popular que identifica al cáncer en tanto sinónimo de muerte, es decir, que por el sólo hecho de enfermar de cáncer no significa que tengamos asignada fecha y hora de muerte, no negamos que la progresión de la enfermedad, la detección tardía, o el desarrollo de tumores de mayor agresividad, pueden provocar la irreversibilidad de la enfermedad; del mismo modo que no nos desentendemos de las estadísticas que indican a nivel mundial, nacional y local, que el cáncer es la segunda causa de muerte de la población³, mientras que el primer puesto es ocupado por enfermedades cardiovasculares.

² En este sentido se definen los “recursos escritos” como aquellos que “proporcionan recursos al trabajo intelectual a través de dos clases cualitativamente diferentes, por una parte tenemos los recursos teóricos; y por otra, una serie de fuentes informativas como artículos, ponencias, censos, registros, fichas, expedientes, material documental, folletos, cartillas, cuestionarios, relevamientos, etc.” (Oliva, 2007a: 53).

³ A nivel nacional, la mortalidad por tumores aporta el 20.2% de las muertes totales en 2007 (Fuente: Ministerio de Salud de la Nación 2008). En este sentido entendemos por enfermedades tumorales, aquellas que comprenden los tumores malignos, los cánceres, los tumores benignos, los de comportamiento incierto y los carcinomas. Para la ciudad de Tandil la tasa de mortalidad por cáncer para los años 2003-2005 es de 205,37 por mil. Ello equivale a decir que, por cada mil personas que fallece, 205 lo hace a causa de cáncer. (Fuente: Diario “El Eco de Tandil” del día 14 de Marzo de 2010).

Ahora bien, a lo largo de la historia estas creencias y estigmas contruidos socialmente en relación al cáncer han sido variables. De este modo entendemos que, las enfermedades son dinámicas, han ido cambiando a lo largo de la historia. De hecho hay enfermedades que alguna vez han sido mortales, y hoy con el avance de la ciencia ya no lo son. “...una neumonía no es la gravísima enfermedad muchas veces mortal como era a principios de siglo; las enfermedades hídricas –en parte–, como la tifoidea, están en franca disminución; nadie se muere, salvo contadísimas excepciones” (Sarria, 1976: 188). Así mismo, hay enfermedades que mutan o vuelven a emerger llevándose vidas aún en la actualidad.

No sólo cambian las enfermedades, sino que también cambian los enfermos, los presuntos enfermos, los medios para combatir las enfermedades y la sociedad en general. El propio Marx consideraba que “la sociedad actual no es algo pétreo e inmovible, sino un organismo transformable y sujeto a un proceso constante de transformación” (Marx, Op. cit., p.7)

El concepto de enfermedad o en su defecto, diversas enfermedades, se han utilizado a lo largo de la historia metafóricamente en distintos sentidos⁴. Lo enfermizo por ejemplo, es empleado para clasificar cualquier situación con la que no se esté de acuerdo, o para decir que algo es repugnante o feo.

Históricamente los análisis políticos-sociales de los movimientos totalitarios modernos, se han comparado con distintas enfermedades catalogadas como mortales.

Para los nazis, una persona de origen “racial” mixto, era como un sifilítico. Se comparaba insistentemente la judería europea con la sífilis, o con un cáncer que había que extirpar. Las polémicas bolcheviques estaban plagadas de metáforas patológicas, y Trotsky, el polemista más dotado del comunismo, se servía profusamente de ellas (...). Para él, el estalinismo era el cólera, la sífilis, el cáncer (Sontag, 1996: 81).

También se han utilizado metáforas militares⁵ para dar cuenta del origen, progresión o tratamiento de las enfermedades. “La enfermedad es vista como una ‘invasión’ de organismos extraños, ante la que el cuerpo responde con sus propias operaciones militares, como la movilización de las ‘defensas’ inmunológicas” (Ibíd., p. 96). La enfermedad ya no es concebida predominantemente como una evocación del mal causada por la ira de Dios, sino como un invasor microscópico, que pretende entrar al cuerpo y causar disturbios.

En el caso del enfermo de cáncer, éste se inserta en los circuitos de combate contra la enfermedad donde abundan las metáforas militares: sofisticadas armas de combate químicas, nucleares, marcación y bombardeo (específicamente en lo atinente a tratamientos de radioterapia, en donde el tumor se

⁴ Susan Sontag, ha escrito dos libros sobre la “metaforización” de la enfermedad no sólo en la literatura sino también en la conciencia colectiva de la sociedad occidental. Si bien su trabajo ha sido muy criticado por su creencia de que las asociaciones metafóricas pueden y deben eliminarse de la enfermedad, Sontag fue una de las primeras críticas modernas en señalar de manera convincente que la enfermedad adquiere significado mediante el uso de la metáfora. Su entendimiento de la metáfora no es sólo como una figura retórica, sino también, y sobre todo, como un mecanismo epistemológico significativo, mediante el cual comprendemos el mundo.

⁵ Las metáforas militares cobran auge a principios del siglo XX, con las campañas educativas contra la sífilis durante la Primera Guerra Mundial, y después de la guerra contra la tuberculosis.

define como el campo de bombardeo). Estas figuras componen una narrativa heroica en la que la alternativa será victoria o derrota.

El ‘cáncer’ entonces, vulgarmente es utilizado como metáfora del mal, de lo maligno, por ello es que existe una tendencia general a ocultar el concepto frente a la sociedad y, fundamentalmente, frente al enfermo.

De este modo Sontag entendía que “a los pacientes de cáncer se les miente no simplemente porque la enfermedad es (o se piensa que sea) una condena a muerte, si no porque se la considera obscena -en el sentido original de la palabra-, es decir: de mal augurio, abominable, repugnante para los sentidos” (Ibíd., p. 16). Del mismo modo, la Dra. Elisabeth Kübler Ross en su libro “La rueda de la vida” (2006) narra que la mayoría de los pacientes con los que ella trabajaba, argumentaban que se habían enterado de su enfermedad no por sus médicos sino por el cambio de comportamiento de sus familiares y amigos, en ellos de pronto notaban distanciamiento y falta de sinceridad.

Entonces, mientras que los amigos y parientes evitan al enfermo de cáncer, sus familias o entorno próximo le aplican medidas de descontaminación, como si adoleciera una enfermedad de carácter infecto-contagiosa. Este hecho se reproducía en el discurso de algunos médicos entrevistados que enunciaban: “los pacientes no quieren venir acá por que se tratan pacientes oncológicos”; ello hacía manifiesto que, socialmente se teme al cáncer como una enfermedad que pudiera transmitirse de persona a persona.

El proceso de investigación, nos ha posibilitado determinar que estas creencias, estigmas sociales y prácticas en relación al cáncer, no escapan al propio trabajador social, y por ende forman parte de las múltiples determinaciones de la intervención en este campo de actuación.

Es en este sentido donde el mismo profesional, no se encuentra exento de la vergüenza y ocultamiento con que se vivencia y reproduce la cuestión del cáncer en nuestra sociedad.

En diferentes ocasiones, a lo largo del proceso de investigación, las conversaciones sostenidas con colegas daban cuenta que existe una fuerte negativa a intervenir frente a situaciones de enfermedad que pudieran derivar en muerte (fundamentalmente en el campo de la niñez), como si sólo el cáncer (o diversas enfermedades mal denominadas terminales) podrían derivar en ello. Por lo que es preciso reflexionar si ¿acaso la mal nutrición, las condiciones de vida deficitarias, la precarización de las condiciones de trabajo, o la ausencia de garantías en el acceso a una vivienda digna (situaciones que se entrevén cotidianamente en nuestro trabajo), no exponen a los sujetos frente a condiciones que podrían derivar en enfermedad y/o muerte?

Es por ello, que consideramos necesario para el Trabajo Social, replantear y discutir acerca de la muerte, dado que la misma se encuentra imbuida en la naturaleza de nuestra propia práctica interventiva. Sin embargo, debemos reconsiderar que pues para intervenir en relación al proceso de enfermedad o muerte del otro, es necesario incluso reflexionar y trabajar en relación a la propia muerte, dado que aquel profesional que no acepte la condición de ser sujetos mortales, difícilmente podrá intervenir ante procesos de enfermedad que pudieran derivar en muerte.

En varios fragmentos, distintas profesionales entrevistadas, aludían que el ejercicio en relación a enfermedades oncológicas, requería además de la formación profesional, encontrarse capacitado psíquico y espiritualmente. De esta manera concluían que, al ser el mismo trabajador social un sujeto racional, dotado de subjetividad, el aspecto emocional prevalece sobre el racional al intervenir en relación a la enfermedad o la muerte.

II. La política de salud pública en torno a la cuestión del cáncer

La segunda dimensión sobre la que pretendemos centrar la reflexión, refiere a la necesidad de problematizar y repensar la política de salud pública erigida en torno a la cuestión del cáncer y, en este sentido, específicamente al carácter que vienen asumiendo las prestaciones brindadas al enfermo oncológico y su entorno vincular, desde las organizaciones públicas⁶ de la ciudad de Tandil.

En principio es necesario subrayar que, en la ciudad de Tandil no existe ninguna organización estatal que tenga por fin único intervenir en torno a la cuestión del cáncer. Sino que, desde diferentes organizaciones públicas estatales de la ciudad, se brindan prestaciones que, si bien no tienen por fin único asistir al enfermo de cáncer o su entorno vincular, entre los diversos usuarios que a ellas asisten, se busca dar respuestas a las necesidades y/o demandas que emergen en relación al proceso de enfermedad.

Mientras que, desde el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil, la ciudad cuenta con dos organizaciones que intentan hacer frente exclusivamente a la cuestión del cáncer, y que por ende tendrán únicamente por destinatario al enfermo oncológico. Ellas son: la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer filial Tandil (más bien denominada Lucha Contra el Cáncer Tandil) y Apostar a la Vida filial Tandil. No obstante, el Trabajo Social no encuentra en ellas espacios ocupacionales.

Esta situación se acompaña del déficit de servicios que se brindan a los enfermos de cáncer y a su entorno vincular. Dicho déficit se hace manifiesto por ejemplo, en la inexistencia del servicio de oncología en el Hospital de Niños, lo cual implica que los sujetos deban trasladarse a otras ciudades que cuenten con dichos servicios produciendo numerosas complejidades en la vida cotidiana del niño y su entorno vincular.

Así mismo tampoco se cuenta en la ciudad con unidades de cuidados paliativos que asistan al enfermo en el momento en que los tratamientos convencionales para hacer frente a la enfermedad no logran revertir el avance del cáncer. Estos servicios entienden que el enfermo de cáncer debe ser considerado en sus aspectos físicos, psíquicos, espirituales y sociales, configurando para ello la intervención de equipos interdisciplinarios.

Sin embargo, creemos también que esta lógica de conformación del equi-

⁶ Entendemos por “público”, según las características que Bresser Pereira y Cunill Grau (1998) atribuyen al término. En este sentido, lo público se comprende como lo que es “de todos y para todos”, oponiéndose por lo tanto a lo privado, volcado al lucro y el consumo; y a lo corporativo, tendiente a la defensa política de intereses sectoriales o grupales. De esta manera, los autores distinguen dentro de la esfera pública: lo estatal, de lo público no estatal.

po, no debiera estar presente solamente frente al proceso de muerte, más bien los mismos servicios de oncología necesariamente deben fundarse bajo la convicción del trabajo interdisciplinario, dado que el enfermo de cáncer junto al entorno vincular, durante el proceso de enfermedad encuentra alteradas distintas esferas de su vida cotidiana.

Contrariamente, hemos identificado que, la política de salud en la ciudad de Tandil, en relación al enfermo oncológico y su entorno vincular, no comprende a los sujetos de forma integral, vistos en sus múltiples necesidades.

Es así como, si bien el Hospital Ramón Santamarina cuenta en su Servicio de Oncología con: enfermeras, secretaria y personal médico, hemos notado que la presencia tanto del trabajador social, psicólogo, nutricionista, entre otros profesionales, se encuentra acotada sólo eventualmente ante la manifestación de algún problema, necesidad y/o demanda que requiera de su intervención, debiendo el mismo enfermo oncológico recurrir ante las distintas áreas en búsqueda de atención. Es decir, no hay un servicio que cuente con un abordaje integral en torno a la cuestión del cáncer.

Dado que el enfermo oncológico y su entorno durante el proceso de enfermedad encuentran afectadas la mayor parte de las dimensiones de su vida cotidiana (produciéndose transformaciones en relación a lo laboral, alimentario, vincular; modificando la organización en el hogar, requiriéndose además, ciertos servicios y condiciones de la vivienda ante el enfermo neutropénico y, en ocasiones el traslado hacia otras ciudades) este modo en particular de definir la política pública de salud, va condicionando la intervención del trabajador social del cual se requiere una comprensión e intervención integral frente al proceso de enfermedad, en tensión con la política fragmentaria y no integral en torno a la cuestión del cáncer.

A partir del relevamiento de prestaciones que se brindan al enfermo de cáncer desde diferentes organizaciones de carácter público en la ciudad de Tandil, hemos podido identificar que éstas se encuentran predefinidas en base a criterios que desconsideran las características y determinaciones de los propios sujetos, y la heterogeneidad ontológica de la vida cotidiana⁷. Sin embargo frente a dicha heterogeneidad, las instituciones suelen brindar respuestas homogéneas.

Sumado a ello, se definen prestaciones tendientes a 'atender' necesidades vinculadas al alojamiento, transporte, medicación, alimentación, cuidados, entre otros. Sin embargo, nos interrogamos: ¿Por qué la política en salud no podría contemplar como prestación pelucas y/o prótesis mamarias, lencería o trajes de baño porta-prótesis ante extirpaciones de tumores mamarios o mastectomías, los cuales suelen encontrarse en el mercado a precios elevados?

Nos preguntamos si acaso ello ¿no afecta subjetivamente al enfermo dificultando la reproducción de su vida cotidiana? ¿Acaso una prótesis externa no podría prevenir problemas de columna, cuello y postura, o contribuir a recuperar la apariencia, confianza, autoestima o equilibrio emocional? ¿Ello no hace a la prevención de la salud?

⁷ En este sentido, apelamos a los planteos de Agnes Heller (1977), para entender que si bien todos los sujetos suelen realizar igualdad de actividades tales como comer, dormir, alimentarse, éstas adquieren diversas modalidades, cantidades, y son realizadas bajo diferentes circunstancias.

No sólo las prestaciones destinadas al enfermo oncológico y su núcleo vincular, han sido definidas acorde a la lógica ortodoxa que entiende al enfermo desde un abordaje biomédico, sino que no han dejado posibilidades para la realización de tratamientos alternativos.

En este sentido, no son asequibles los recursos para aquel enfermo que opte por atender su salud en base a medicinas religiosas, tradicionales o alternativas ⁸ (entre estas yoga, reiki, acupuntura, aromaterapia, quienes además comúnmente tienen costos elevados).

De esta manera, es posible determinar que las prestaciones destinadas a los enfermos de cáncer, reproducen y perpetúan la vida del paciente en torno a las organizaciones del sistema de salud pública ortodoxa del modelo capitalista.

Hemos podido identificar además, que los beneficios que otorgan las prestaciones que se brindan al enfermo de cáncer y/o su entorno, resultan mínimos en comparación con las necesidades insatisfechas de los sujetos.

Es por ello poco novedoso, la presencia de festivales y colectas en la ciudad de Tandil que tienen por finalidad recaudar fondos para solventar los gastos frente a situaciones de traslado hacia otras ciudades (frecuentemente de niños enfermos de cáncer y su entorno vincular), requiriendo la solidaridad de la sociedad civil dada la retracción o ausencia del Estado.

Frente a esta situación que hemos venido planteado, en el proceso de investigación hemos pretendido entender ¿cuál era entonces la posición en que la política de salud en torno a la atención del enfermo oncológico otorga al trabajador social frente al usuario?, es decir, en este marco, ¿cual es la perspectiva del usuario en torno a la profesión?

Frecuentemente los usuarios suelen confiar en el trabajador social, suelen depositar en él su confianza en torno a la resolución de la situación problemática. Sin embargo, en los discursos de algunas usuarias entrevistadas, podía inferirse que detrás de la confianza existía la decepción y el descreimiento.

Es posible entonces inferir que, este modo de identificar la profesión alude a la ausencia de respuestas de índole material frente a su demanda y/o necesidad.

En este último aspecto, debemos remitirnos en términos de Netto (1992) a la Crisis de la Materialidad del Ejercicio Profesional. Al respecto el autor entiende que, cuando alguien busca a un trabajador social no busca simplemente un consejo, busca una orientación para la obtención de un recurso que por lo general es material. Sin embargo, cuando los recursos se tornan escasos se manifiesta una crisis de legitimación del trabajador social siendo por ende, deslegitimado frente al usuario.

Es en este sentido como la política de salud ha venido determinando la función de asistencia profesional. Sin embargo, se identificaba en los discursos de las entrevistadas que, las demandas hacia el trabajador social no eran sólo de índole material. También la escucha, la comprensión, la palabra de aliento durante el proceso de enfermedad, se le era demandada al profesional, encon-

⁸VEASE Manterola (2009)

trando quienes manifestaban que igualmente dicha actividad era inexistente. En tal sentido, vemos que “la asistencia no está referida solamente a la entrega de prestaciones, sino a los recursos del profesional, es decir a su capacidad de atención, conocimiento, lenguaje, reflexión” (Oliva y Gardey, 2011: 151).

Es posible concluir entonces, que la necesidad y/o demanda de ‘escucha’ sea una condición ineludible en la intervención con enfermos oncológicos y/o su núcleo de referencia. Esta demanda se encuentra inexorablemente vinculada a los impactos sobre la subjetividad de los actores, en la búsqueda de hacer frente a la soledad, aislamiento, desamparo y silenciamiento devenidos del proceso de enfermedad o muerte.

III. El componente histórico: los legados sobre la intervención profesional en el campo de la oncología

Finalmente, pretendemos reflexionar en torno a las determinaciones históricas que han venido primando en relación a la intervención de los trabajadores sociales en el campo de la salud y particularmente en la cuestión del cáncer.

A partir de la recuperación de las distintas modalidades de intervención de los trabajadores sociales en este campo, hemos podido identificar que dicha intervención se encuentra eminentemente vinculada a la atención de la salud desde una concepción biomédica; por lo que, la cuestión del enfermo de cáncer, con recurrencia es asociada exclusivamente con la atención de la patología.

Es por ello que creemos acertado hipotetizar, que el déficit de intervenciones del Trabajo Social abocado exclusivamente a la atención del enfermo oncológico en la ciudad de Tandil, se deba a la convicción de estar frente a una cuestión exclusivamente médica, en donde la intervención del profesional se encontraría sólo anexada a la asistencia del profesional médico.

Los discursos de los trabajadores sociales entrevistados, daban cuenta que el inicio de la intervención profesional solía desarrollarse con posterioridad a la asistencia médica.

La historia de la profesión nos dice que la cuestión del enfermo oncológico se halla presentada desde su constitución como campo de intervención ligado a la medicina. Como aseveración de ello, citamos el libro de Andrea Oliva (2007b), en donde declara que en lo concerniente al estudio y tratamiento del cáncer, es el *Instituto de Medicina Experimental, dirigido por el Dr. Ángel Roffo*⁹, quien crea uno de los primeros servicios sociales denominado *Asistencia Social*. De este modo quedaría determinado que el espacio ocupacional del trabajador social en relación a la cuestión del enfermo oncológico, se encuentra desde su conformación vinculado a la atención de la patología.

Hemos identificado a su vez, a partir de las distintas modalidades de intervención en el campo de la oncología en la ciudad de Tandil, que existe una continuación entre los legados que le eran impuestos a las Visitadoras de Higiene Social, análogas a las actuales funciones educativas desempeñadas por los trabajadores sociales desde las organizaciones de salud de la ciudad, en relación al enfermo oncológico.

⁹ Creemos importante añadir que, tal como lo enuncia la autora, dicho instituto se origina en 1921 junto a la creación de la Liga Argentina contra el Cáncer.

Tal como verificamos en los escritos de Gustavo Parra (1999) la Visitadora de Higiene Social, se constituía en el lazo de unión entre el enfermo y el médico. De la misma manera, las visitas domiciliarias desarrolladas desde el Servicio Social del Instituto de Medicina Experimental en relación a la atención del enfermo oncológico, tenían por finalidad “dar indicaciones de orden técnico, dados por los médicos del Instituto, estableciendo así una comunicación directa entre ambos” (MREyC, 1934 apud Oliva, 2007b: 110).

Estas mismas actividades que otrora ejercían las Visitadoras en torno a la mediación del enfermo y el médico, continúan vigentes entre los trabajadores sociales que se desempeñan en organizaciones de atención a la salud en la ciudad de Tandil.

Ello ha quedado evidenciado en frases tales como: “*vienen y me dicen: ¿qué me dijo? O vienen con la receta y me dicen: ¿me puede explicar cómo le tengo que dar la medicación?, pero... ¿no te dijo el médico?, ¿no le preguntaste?... sí, pero no le entendí*” (Entrevista a Trabajadora Social).

Estas actividades de mediación suelen derivar de la incomprensión de las expresiones del médico por parte del paciente y son parte del ejercicio del trabajador social en el campo de la salud. Por lo que estos legados históricos, vienen formando parte de las múltiples determinaciones de las intervenciones que se encuentran desarrollando los trabajadores sociales entrevistados.

Reflexiones finales

Para finalizar y a modo de síntesis de los planteos que nos hemos venido dando, quisiéramos dejar planteado tres desafíos que requieren hacer frente en este campo en particular de intervención:

Aquel profesional que entienda la complejidad de la vivencia del enfermo de cáncer, deberá repensar su estrategia profesional haciendo frente al sesgo no integral y fragmentario que ha propagado la política estatal, tendiente a refraccionar la cuestión social. Por ello es necesario reflexionar desde el colectivo ¿cómo pensar esta estrategia profesional y que dimensiones requeriría contemplar al intervenir con enfermos de cáncer?.

Seguidamente nos preguntaremos, ¿de qué forma las determinaciones sociales, culturales, políticas, económicas, históricas, han coartado los procesos de intervención de los trabajadores sociales que actualmente se encuentran en ejercicio en relación a este campo?

Pues bien, entendemos que la crisis de la materialidad del ejercicio profesional que ha venido primando fuertemente desde la instauración del neoliberalismo, trasciende la comprensión de este campo de intervención, pudiendo ser ésta generalizada en el análisis de otros procesos de intervención con independencia del campo de actuación.

Sin embargo, existen determinaciones propias a la intervención con enfermos de cáncer. En este sentido nos referimos, a las creencias, estigmas sociales y prácticas respecto al cáncer y la muerte. Por lo tanto, el segundo desafío al que deberá hacer frente el Trabajo Social en el campo de la oncología refiere,

hacia adentro y fuera del colectivo profesional, la búsqueda de rupturas con estos modos de entender la enfermedad y la muerte que han venido determinando el ejercicio en este campo y el desarrollo de una acción socioeducativa que se dirija a transformar tales creencias y prácticas sociales.

La última reflexión que deseamos señalar refiere a que, el presente trabajo nos ha posibilitado identificar que la política erigida en torno a la cuestión, no revierte la situación problemática. Mediante el relevamiento de las prestaciones que se brindan en este sentido, fue posible visualizar que dicha política no hace más que brindar 'migajas' hacia el enfermo y su grupo vincular, siendo ésta fiel reflejo y continuidad en torno a las características generales que han ido permeando a las políticas sociales inherentes al modelo neoliberal.

Por lo que, finalmente comprenderemos el tercero de los desafíos fundamentales que deberá hacer frente el profesional respecto a este campo de intervención. En un sentido será primordial pugnar por la reivindicación de la asistencia en tanto derecho social; por otro, deberá impulsar procesos de luchas reivindicativas, con fines de ampliar la oferta y calidad de las prestaciones.

Bibliografía

- BRACERAS, D. L.** (2003) *El Otro Cáncer*, Equipo Interdisciplinario de Oncología, Buenos Aires.
- BRESSER PEREIRA, L. C. y CUNILL GRAU, N.** (1998) "Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal". En: Bresser Pereira, L. y Cunill Grau, N. (Eds.), *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Ed: Paidós, Buenos Aires.
- CADEMARTORI, F., CAMPOS, J. Y SEIFFER, T.** (2007) *Condiciones de trabajo de los trabajadores sociales*. Hacia un proyecto crítico, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- DE HENNEZEL, M.** (1996) *La Muerte Intima*, Plaza & Janés Editores, Barcelona.
- DE SIMONE, G. y TRIPODORO, V.** (2004) *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas*, Pallium Latinoamérica, Buenos Aires.
- HELLER, A.** (1977) *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Editorial Península.
- KÜBLER ROSS, E.** (2006) *La rueda de la vida*, Editorial Zeta, Barcelona.
- LESHAN, L.** (1994) *Luchar con el cáncer. Un manual para personas dispuestas a curarse, sus familiares y profesionales de la salud*, Editorial Errepar, Buenos Aires.
- MANTEROLA, J.** (2009) "Ta Te Ti...Esta vez me tocó a mí: prácticas de una madre ante la enfermedad de su hija. Reflexiones desde un enfoque multidisciplinario en salud". En: *Revista de Trabajo Social "Plaza Pública"*, Carrera de Trabajo Social de la FCH-UNICEN, Tandil. Septiembre de 2009, N° 2, p. 120-133.
- MARX, K.** (1956) *El Capital. Crítica de la economía política*. Tomo I. Ed. Cartago, Buenos Aires.
- NAVARRO, V.** (1979) *La Medicina bajo el Capitalismo*, Editorial Grijalbo, Barcelona.
- NETTO, J. P.** (1992) *Conferencia*. En: V Jornadas Municipales de Servicio Social, Ap. Mimeo, Buenos Aires.
- OLIVA, A.** (2007a) *Los recursos en la intervención del trabajador social*. Ed. cooperativas, Buenos Aires.
- (2007b) *Trabajo Social y Lucha de Clases*, Ed: Imago Mundi, Buenos Aires.

- OLIVA, A. y GARDEY, V.** (2011) "La asistencia en los procesos de intervención".
En: Oliva, A. y Mallardi, M. *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. UNICEN, Tandil.
- PARRA, G.** (1999) *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino*, Departamento de Ciencias Sociales, UNLu, Luján.
- ROMERO, M. S.** (2010) *Trabajo Social y atención de la salud. La cuestión del cáncer, el enfermo oncológico, y su entorno vincular*. Tesis de Grado. UNICEN, FCH, Tandil.
- (2011) "Vida cotidiana, Salud y Capitalismo: La particularidad del cáncer, el enfermo oncológico y su entorno vincular". En: Mallardi M., Madrid L. y Rossi A. *Cuestión social, vida cotidiana y debates en Trabajo Social. Tensiones, luchas y conflictos contemporáneos*. UNICEN, Tandil.
- SARRIA, J.; VILAS, M.; FUERTES, A.** (1976) *Medicina y Trabajo Social*, Editorial Verbo Divino, Pamplona, Estella.
- SONTAG, S.** (1996) *La Enfermedad y sus Metáforas. El Sida y sus Metáforas*, Ed. Taurus, Madrid.

formación de posgrado: la residencia como ámbito de formación, debate y confluencia de miradas

Cecilia Ayala ¹ - Marcela Darget ² - Natalia Lizarraga ³
Julia Medina ⁴ - Omar Pesolano ⁵ - Cecilia Ramírez ⁶
Romina Villafañe ⁷

Introducción ⁸

La presente ponencia tiene por objetivo reflexionar y analizar sobre los aportes a la construcción del perfil del Trabajo Social en Atención Primaria de la Salud, en un posgrado de capacitación en servicio, en el marco de la política pública de las residencias en salud, dentro del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM).

Esta presentación, es producto de un proceso de reflexión que se fue gestando durante la constitución histórica de la residencia y que se materializó en la confluencia de diferentes perspectivas de pensamiento, hacia el interior de la disciplina y en vistas a compartir la experiencia con el colectivo profesional.

Lo que nos motivó a desarrollar esta presentación es el hecho de que en el corriente año se ha completado la estructura de formación de la Residencia de Trabajo Social, dentro del PRIM, constituyéndose la misma

¹ Lic. en Trabajo Social de la UNLu. Residente de Trabajo Social en la Residencia Integrada Multidisciplinaria del Municipio de Moreno y del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.

² Lic. en Trabajo Social de la UNLu. Residente de Trabajo Social en la Residencia Integrada Multidisciplinaria del Municipio de Moreno y del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.

³ Lic. En Trabajo Social de la UNLP. Residente de Trabajo Social en la Residencia Integrada Multidisciplinaria del Municipio de Moreno y del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.

⁴ Lic. en Trabajo Social de la UBA. Residente de Trabajo Social en la Residencia Integrada Multidisciplinaria del Municipio de Moreno y del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.

⁵ Lic. en Trabajo Social UNLa. Equipo Interdisciplinario Programa Moreno Respira, Salud Comunitaria, Moreno. Instructor de Trabajo Social de Residencia PRIM. Moreno (2009/2012). Jefe de Programas de Salud de Patologías Prevalentes y Tuberculosis. Moreno (2007/20011).

⁶ Lic. en Trabajo Social de la UNLP. Residente de Trabajo Social en la Residencia Integrada Multidisciplinaria del Municipio de Moreno y del Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As.

⁷ Lic. en Trabajo Social UNLu. Egresada del Posgrado de Formación en Servicio Residencia Integrada Multidisciplinaria en Atención Primaria de la Salud Municipio de Moreno.

⁸ El presente trabajo se elaboró tomando como insumo el trabajo presentado por esta residencia en las I Jornadas Regionales de Trabajo Social en Salud en el año 2010 titulado: "Residencia Multidisciplinaria Aportes del Trabajo Social a la Interdisciplina y el Trabajo colectivo "

con cinco residentes, una coordinadora de equipo y un instructor. De esta constitución rescatamos la posibilidad de construir un perfil profesional en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, capitalizando como insumo la riqueza del encuentro de miradas.

El contenido del escrito se presenta de la siguiente manera: fundamentación del trabajo; contexto en que se encuentra inserta la Residencia; fundamentos de la práctica en vista a la construcción de un proyecto socio-profesional; reflexiones acerca de las condiciones socio-laborales de las residentes; la construcción del perfil profesional en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud, y finalmente conclusiones, bibliografía y anexos, en los que se realiza una breve descripción de los proyectos que se ejecutan.

Fundamentación

El objetivo del presente trabajo es reflexionar y analizar sobre los aportes a la construcción del perfil del Trabajo Social en Atención Primaria de la Salud, en un posgrado de capacitación en servicio, en el marco de la política pública de las residencias en salud, dentro del Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM).

Dicho objetivo, significa orientar y profundizar la reflexión como trabajadores/as de la salud pública, integrantes de equipos multidisciplinarios en formación, insertos en la estrategia de Atención Primaria.

La posibilidad de formación en un posgrado en servicio, permite priorizar y repensar la instancia de construcción del espacio profesional en la tarea cotidiana, desde un permanente análisis crítico. La praxis resultante se constituye en uno de los ejes fundamentales; junto a la necesidad de un trabajo colectivo, considerando la acción y reflexión como unidad indisoluble, como par constitutivo de la misma y por lo tanto imprescindible.

Es en el marco descripto que ocurre la confluencia de diferentes formaciones académicas, es decir, proveniencia de diferentes casas de estudios de las integrantes de la Residencia. Existen diferentes planes de estudios según las Universidades y /o Facultades, con algunas coincidencias pero con lógicas singulares propias que responden a la historia de la carrera en dicha universidad, a la evolución de discusiones y debates al respecto, a las líneas políticas y teóricas a las que adhiere, etc. Sin embargo, creemos, que esta situación descripta, lejos de obturar y dificultar el proceso de construcción colectiva, lo potencia y nutre.

Se juegan, entonces, en esa interacción, además del bagaje exclusivo de la formación de grado, los aspectos personales, experiencias en otros ámbitos, no solo de trabajo, sino de participación comunitaria, de militancia y de participación en el proceso de formación de los futuros profesionales como docentes, entre otros aspectos, que contribuyen a la reflexión sobre el perfil profesional que perseguimos como colectivo de trabajo.

Este perfil es construido y reconstruido permanentemente, en el contexto actual de nuestra residencia hubo varias cuestiones que nos invitaron a pensar

y reflexionar sobre cuál es ese perfil con el que nos formamos, entre ellas, el egreso de la primera residente, debiendo pensar su continuidad laboral en el mercado de trabajo a partir de lo transitado en la residencia; y la permanente necesidad de reflexionar en esta formación- acción, planteos de aperturas, sostenimientos o discontinuidades de determinados espacios y/o actividades, en función de la coherencia en la construcción de dicho perfil.

En este camino, es necesario deconstruir lo aprehendido y quizás generar ciertas rupturas en las Instituciones con respecto a lo esperado del Trabajo Social. Construir esta postura crítica lleva también a determinadas tensiones con los equipos, con los programas, con las políticas sociales, que genera desestabilidad en el grupo de trabajo, en un continuo proceso de lucha. De alguna manera somos interpeladas por distintos actores con los que trabajamos y muchas veces por la práctica misma, debiendo apelar a la creatividad profesional en esta búsqueda de un perfil crítico.

Por lo antes expuesto resulta importante rescatar que esta ponencia, se enmarca en la producción de conocimientos desde la reflexión del quehacer cotidiano, la que permite visualizar los espacios de lo colectivo (redes) y de lo singular, pudiendo diferenciar, analizar y trabajar sobre los mismos, en función de una eficaz y comprometida actuación profesional en la realidad (Pesolano, 2010).

Contextualización

Moreno es un partido de la Provincia de Buenos Aires ubicado al noroeste de la Capital Federal a 37 kilómetros de la misma. Forma parte del segundo cordón del conurbano bonaerense.

Tiene una extensión de 186 km², comparable a la superficie de la Ciudad de Buenos Aires. El 50% de esta superficie se caracteriza como zona urbana, el 23% como zona complementaria urbana y el 27% como zona rural. En la actualidad se estima que su población ronda el medio millón de habitantes.

El partido de Moreno cuenta con un Hospital Provincial de Agudos, Hospital Mariano y Luciano de la Vega y una red de alrededor de 40 Unidades Sanitarias dependientes de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social y Humano.

La Residencia de Trabajo Social forma parte del Programa de Residencia Integrada Multidisciplinaria⁹ que depende de las Residencias en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Esta residencia tiene la particularidad de depender operativamente del Municipio de Moreno, de la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, que junto con las Subsecretarías de Salud, Subsecretarías de Protección de Derecho Integral de la Niñez, Adolescencia y Juventud y la Subsecretaría de Acción Social, conforman la Secretaría de Desarrollo Social y Humano del Municipio.

Hace 15 años funciona la residencia de Medicina General. En junio del año 2007, con el objetivo de crear la Residencia Integrada Multidisciplinaria, se incorporaron

⁹En adelante PRIM

las residencias de Psicología y Odontología. En junio del 2008, a su vez se integra la residencia de Trabajo Social, y finalmente se completan las cinco disciplinas en el año 2010 con el ingreso de un residente de Enfermería Comunitaria¹⁰.

Las Unidades de Residencia son el Centro Integrador Comunitario Sanguinetti y la Unidad Sanitaria Cortez de la Localidad de Paso del Rey, las dos sedes ubicadas en zonas aledañas, tienen dentro de su área programática 12 barrios, con aproximadamente 25000 personas.

Proyecto Socio Profesional: fundamentos de la práctica

Reflexionando sobre las posibilidades de construcción de un perfil profesional en el contexto particular de la Residencia de Trabajo Social, es necesario poder analizar la construcción socio-histórica del Proyecto Profesional, entendiendo que si bien pueden coexistir en un determinado momento histórico distintos Proyectos Socio Profesionales, esto no impide que pueda prevalecer un hegemónico.

Tomando como referencia a Netto:

Los proyectos profesionales 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 privadas y públicas (Netto, 1999: 274).

Se destaca que el proyecto profesional se fundamenta en tres dimensiones: teórico-metodológica; ético-política y operativo-instrumental. A su vez responde a un proyecto societal determinado. Es decir:

Al hacer referencia a proyectos socio-profesionales queremos significar que, ante los procesos sociales y las transformaciones sociales, las profesiones articulan diferentes respuestas. Estas respuestas que las profesiones generan estarán de acuerdo a diversos cuerpos teóricos y prácticos, que condensan en sí mismo proyectos societales, lo cual hace referencia a las dimensiones ideológicas, políticas y teleológicas frente a esos mismos procesos sociales (...). En síntesis, los proyectos profesionales son construidos por una respectiva categoría profesional, por un sujeto colectivo, pero que necesariamente hacen referencia a un determinado proyecto societario más amplio (Parra, 2002: 39).

La dimensión teórico-metodológica aportada por las ciencias sociales brinda elementos para comprender al ser histórico. Permite conocer las categorías y mediaciones, brindan elementos para conocer, comprender, indagar, analizar el movimiento de la realidad social, la cual es compleja, presentándose a priori fragmentada y parcializada. Como dice Carlos Montaña "...es el objeto el que nos demanda un determinado modo instrumental heurístico y un camino para conocerlo..." (Montaña, S/F: 21).

¹⁰ En adelante CIC

En este marco y específicamente en el ámbito de la salud, donde se desarrolla nuestra práctica profesional, ha de destacarse la posición tomada en relación con el Modelo Médico Hegemónico y con las representaciones sociales vigentes en relación con el Trabajo Social. Comprendemos que nuestra tarea cotidiana en el ámbito de la salud tiene que centrarse en la interpelación de los modelos explicativos biologicistas, proponiendo nuevas redes explicativas que contextualicen a los sujetos históricos socialmente y, al mismo tiempo, generar estrategias consecuentes con una mirada integral de la realidad. En este sentido pretendemos formarnos como profesionales que puedan realizar lecturas críticas y propositivas en relación con los contextos históricos-culturales de las comunidades en las que trabajamos.

La dimensión ético-política, posibilita reflexionar, analizar e intervenir críticamente respecto al trabajo cotidiano realizado en las dos sedes de residencia. La reflexión ética permite, en el proceso de formación profesional, poder determinar que cuestiones son elementos favorecedores para la construcción del perfil profesional que como colectivo se pretende elaborar y que al mismo tiempo se encuentre coherentemente fundamentada.

Desde lo planteado por Bittante Elizabet et. al, la dimensión política es necesaria para lograr una capacidad crítica y reflexiva. Da lugar a la reflexión sobre lo que hacemos, cuestionándonos el ¿por qué?, ¿para qué?, y ¿a dónde queremos llegar? La instancia de capacitación en servicio posibilita un posicionamiento crítico en cuanto a nuestro rol profesional, el que requiere de instancias de reflexión, análisis constante y de manera colectiva. Entendemos que es un eje transversal que nos atraviesa, el cual se expresa concretamente en los espacios de supervisión grupal y/o individual y en las Instructorias (momento de capacitación y producción de conocimiento) llevadas adelante en forma semanal.

En cuanto a la dimensión operativa instrumental se toma como referencia a Yolanda Guerra cuando alude a que “La profesión se consolida como parte integrante del aparato estatal y el profesional pasa a ser un asalariado al servicio del mismo (...) constituyéndose en un trabajo socialmente útil, que sirve sobre todo a la esfera de la reproducción social” (Guerra, 1995:191). En el contexto de la residencia se tiene presente el lugar que ocupamos como trabajadoras del Estado, que si bien se enmarca como beca de formación, en definitiva es un proceso de trabajo que genera transformación.

En este proceso de análisis y teniendo presente la continua reflexión que requiere el surgimiento y desarrollo de la profesión, se destaca que “... históricamente conviven identidades atribuidas y construidas en la profesión y que en el proceso de construcción de identidad existen tensiones permanentes con dichas identidades atribuidas” (Cavallieri, 1997: 1)

Ahora bien, haciendo un análisis reflexivo sobre la práctica profesional desarrollada en el marco de la residencia PRIM, se hace ineludible señalar las tensiones que pueden estar presentes, si tenemos en cuenta el concepto de *identidad atribuida* al Trabajo Social y la supuesta *ilusión de servir* que caracteriza sus orígenes, según los aportes de Lucía Martinelli.

La autora destaca el fuerte componente de control social con el cual surge el Trabajo Social como profesión; como una herramienta más de la sociedad

burguesa para garantizar la reproducción del sistema capitalista. Esto se complejiza al comprender que esta estrategia de control social se despliega en forma enmascarada, ocultando sus reales objetivos, y generando la *ilusión* de que se está al servicio de la población.

En este sentido al Trabajo Social se le impone el desafío de superar la visión de control social y asistencialista, que le resulta constitutiva; en pos de poder generar estrategias que promuevan la autonomía y emancipación.

Asimismo el Trabajo Social nace y se desarrolla en la división socio técnica del trabajo en el proceso de producción y reproducción de las relaciones sociales en el modo de producción capitalista, convocada por el Estado para disciplinar y calmar los conflictos que genera la relación contradictoria entre capital-trabajo. Es desde este punto de anclaje que podemos pensar el rol de la profesión y el camino que debemos desandar a partir de nuestra génesis en el contexto socio histórico.

Es importante analizar el rol del Trabajo Social que históricamente tenemos asignado, y que a su vez muchas veces asumimos, que nos legitima, permitiéndonos comprender que no es casual el lugar que ocupamos, que tenemos “asignado” en el imaginario social, como ejecutores terminales de políticas sociales.

En este sentido, podemos visualizar en nuestras prácticas cómo el lugar adjudicado y las prácticas esperadas de nuestra intervención, están relacionadas con prácticas asistenciales, donde la gestión y entrega del recurso es la prioridad. A la vez que entendemos que las necesidades objetivas y materiales de la comunidad imponen una resolución, entendemos que nuestra intervención debe trascender esa entrega, para desarrollar prácticas, donde la comprensión tanto de la persona que se acerca al servicio, como de la situación problemática que está atravesando, se enmarque en una realidad compleja, donde nuestra intervención deba partir de un análisis crítico, dialéctico e interdisciplinario.

En síntesis, la práctica profesional desarrollada en el marco de la Residencia, intenta girar en torno a este sentido, priorizando aquellos espacios de inserción y estrategias de intervención que procuran la promoción de los derechos de las personas en el marco de actividades grupales y/o asistenciales en las que no necesariamente media la entrega de un recurso material en forma directa, sino que también prevalecen acciones tendientes a la prevención y promoción, que además son inherentes a la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

De este modo, se intenta desarrollar y construir un proceso de formación comprometido que atraviesa los distintos ejes de las acciones del Trabajo Social en salud; en lo asistencial, en la promoción y prevención; en la investigación; y, en la gestión y planificación, profundizando en un perfil de trabajo con fuerte inserción comunitaria y de abordaje integral con los equipos de salud de las dos unidades de residencias correspondientes.

En lo referente a lo asistencial, se realizan acompañamientos familiares en articulación con otros actores intervinientes (Centro de Protección de Derechos, Acción Social; equipo de salud, etc.).

En relación al abordaje promocional y preventivo, desarrollamos distintas

actividades sobre sexualidad, genero, adolescencia, recreación, salud ambiental, incorporación de hábitos saludables, grupos de ayuda mutua entre otros.

Estas actividades se llevan a cabo de manera interdisciplinaria e intersectorialmente a fin de fortalecer los lazos comunitarios y en el equipo.

Se tiene por objetivo poder elaborar investigación en el marco de la APS, como instrumento de reflexión diagnóstica y de construcción estratégica de la práctica cotidiana (Pesolano, 2010: 19). En este marco hasta el momento se han realizado dos trabajos de producción de conocimiento: en el año 2009, “*Políticas alimentarias... ¿Seguridad alimentaria?*”, en el año 2010, una sistematización de la práctica “*Aportes del Trabajo Social al tratamiento integral de la Tuberculosis*”

Un eje desarrollado fundamentalmente en el tercer año pero transversal en todos los demás, es Gestión en Salud desde el Trabajo Social. Dicho eje tiene por objetivo favorecer conocimientos sobre organización y gestión de programas y servicios de salud en relación con el análisis de políticas públicas, su implementación e impacto en la comunidad. Como así también, favorecer herramientas para aproximarse al conocimiento acerca de la situación de los servicios y sistema de salud, para evaluar la eficiencia y eficacia de las intervenciones sanitarias y para el desarrollo concreto de la gestión (Ibíd, p. 23). Al momento, de acuerdo a la antigüedad de la residencia, solo se ha realizado una rotación en una Coordinación de Zona sanitaria en el Municipio a cargo de una Trabajadora Social y se han realizado cursos de formación de posgrado.

Este perfil se construye desde el hacer y el pensar, se aprende acerca de la importancia y la construcción de conocimiento desde la práctica misma. Por tal motivo nos preguntamos que, si se construye un perfil profesional, ¿lo replicaremos de la misma manera al momento de egresar de la residencia debido a que las responsabilidades se verán modificadas?, la autonomía ya no será igual, pero contaremos con herramientas que permitirán pensarnos en otros espacios.

Condiciones Socio-laborales... ¿Condicionantes de la práctica?

En este apartado cabe reflexionar acerca de las condiciones socio-laborales en la que nos insertamos y desarrollamos nuestra capacitación en servicio, ya que si bien, las residentes percibimos un ingreso económico en carácter de beca, (lo que nos pondría en lugar de “becarias”), no estamos ajenas en tanto trabajadoras del Estado, a la situación laboral actual (contratos precarios, desprotección social, jornadas arduas de trabajo, etc.), y este aspecto permite visualizar generalidades y particularidades en las condiciones socio-laborales en que nos desempeñamos.

Fiorella Cademartori, Julia Campos y Tamara Seiffer, en el libro “*Condiciones de trabajo de los Trabajadores Sociales: Hacia un Proyecto Profesional Crítico*”, se sitúan en la realidad argentina para describir los alcances de la problemática de la precarización en los trabajadores sociales del país, desarrollando la investigación desde un enfoque cuantitativo, implementando un instrumento de recolección de información, que permitiera dar cuenta de los alcances reales y de modo complejo, de estos procesos de precarización de las condiciones laborales del colectivo de profesionales del Trabajo Social.

De estos datos se podrían realizar sin duda, interpretaciones interesantes: cómo estas condiciones afectarían las condiciones de vida en general de los trabajadores y trabajadoras sociales que se encuentran en condiciones de pluri-empleo, de extensas jornadas laborales, bajos salarios y escasa o nula certeza de contar con un sistema de seguridad social. Así, estas reflexiones podrían apuntar al cuestionamiento sobre *¿Cómo afectaría esta situación al propio ejercicio del trabajador/a social?*, incorporando una nueva esfera a la discusión sobre las *condiciones y condicionantes del quehacer profesional*.

Cademartori et al., señalan que los procesos de *precarización* inevitablemente nos conducen a una *mecanización de las intervenciones*. Sin embargo, no se desarrolla la reflexión sobre, *¿cuáles son las repercusiones que este proceso de precarización tiene para el sujeto profesional y para el tipo de intervención que desarrolla?* En pocas palabras, *¿qué tipo de intervenciones que combatan las desigualdades sociales realizan trabajadores sociales que se encuentran precarizados?*

Finalmente estas autoras sostienen que, *“no se trata aquí de falsos orgullos o vanidades intelectuales, sino de reconocer algo que por relativismos ideológicos se ha querido dejar de lado: nuestra condición de trabajadores”* (Cademartori et al, 2007: S/D).

En relación a los fundamentos de nuestra práctica desde la PRIM, vinculados a las condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales, resulta relevante profundizar sobre la pregunta que plantean las autoras del libro: *¿cómo afectaría esta situación al propio ejercicio del trabajador/a social?*, incorporando una nueva esfera a la discusión sobre las condiciones y condicionantes del quehacer profesional.

En tal sentido es importante visualizar los espacios de repensar la práctica que se dan en el transitar por la Residencia -sean estos las instructorias, supervisiones, espacios informales con colegas, espacios de formación externa- pudiendo delimitar la relevancia de cada uno de estos, dado que esto constituye la construcción de un perfil profesional, por tal a un proyecto profesional inherente a un proyecto de clase.

Es importante reflexionar acerca de las condiciones socio-laborales particulares en las que nos encontramos insertas desde la Residencia, las cuales se encuentran en un interjuego constante de limitar y habilitar nuestra autonomía relativa como profesionales, sumado esto al encuadre institucional, que también favorece o condiciona el desarrollo de dicha autonomía.

Cuando decimos que las residentes nos encontramos insertas en condiciones de trabajo “particulares” nos referimos a que, no serían puramente las propias de los ámbitos de ejercicio profesional en que se desenvuelve cualquier colega, sino que consideramos que las características de la Residencia, en tanto posgrado de formación en servicio, impregnan al espacio dicha particularidad.

Es dable aclarar que sostenemos que estas condiciones socio-laborales que nos “atraviesan”, son a la vez condicionantes y construidas por nosotras como profesionales de la salud.

Tal como lo plantean Giribuela y Carlis, se reconoce en la inserción laboral, la existencia de determinadas presiones “... que atraviesan la cotidianidad del/la tra-

bajador/a social que desempeña su labor profesional provocando y/o agudizando la presencia de presiones de distinto origen” (Giribuela y Carlis, 2007: 155).

Siguiendo a los autores mencionados, estas presiones pueden ser cuatro: de tipo políticas, relacionadas al encuadre laboral, institucionales y de carácter emocional.

En el caso de la Residencia, se considera que las presiones por las que atravesamos se resignifican, se potencian, o bien algunas no entran en juego por el ámbito en que nos desempeñamos y el lugar que ocupamos.

En lo que respecta a las presiones políticas, si bien estas se encuentran presentes en todos los ámbitos del ejercicio profesional, en el contexto en el que estamos insertas se logra llevar adelante la tarea con autonomía relativa, propia de la condición de profesión liberal, que incluye desde el planteo de lamamoto algunos elementos como “la existencia de un código de ética, el carácter no rutinario de la intervención, la existencia de un cierto margen de maniobra en el ejercicio de las funciones institucionales, y la existencia de una relación singular en el contacto directo con los usuarios, esto posibilitaría la orientación del ejercicio profesional de acuerdo a los fundamentos teórico metodológico, ético político y operativo instrumentales de los profesionales en relación a su comprensión del ser social y a su comprensión del papel del profesional” (lamamoto, 2001: S/D *apud* Siede et al, 2005: S/D)

Más allá que la contratación de las/los residentes es a nivel provincial, es a nivel municipal donde se lleva adelante el ejercicio. Cabe resaltar que esto no representa un obstáculo, sino que el espacio se ve favorecido por el acompañamiento de la instancia municipal, visualizado en los recursos que habilitan para la Residencia, facilitando llevar a cabo el cotidiano de las tareas. El hecho de reconocer esta potencialidad no significa que no consideremos fundamental realizar un trabajo constante de lecturas de escenarios políticos, como insumo para el trabajo cotidiano, por ejemplo en las rotaciones curriculares, en donde puede observarse cómo se desarrolla la lógica de trabajo intersectorial, constituyéndose en espacio privilegiado para el conocimiento de los diferentes actores presentes en el escenario local.

En tal sentido, las rotaciones, pensadas en función de una mirada holística, permiten transitar por diferentes espacios que nos brindan la posibilidad de pensar desde diferentes miradas, incorporando distintas lógicas de trabajo, proveyéndonos herramientas que son posibles de adquirir y desarrollar en un contexto de formación.

Aquí resulta pertinente retomar, que la Residencia se construye desde un colectivo, tomando posición al respecto de cómo trabajar con la población, desde qué lugar, con qué concepción de sujeto. Este es un proceso constante de lucha, en que la Residencia se inscribe desde su surgimiento, y en la constante búsqueda de qué proyecto profesional construir/adherir.

Respecto al *encuadre laboral*, se trabaja en la elaboración de objetivos de intervención con la comunidad ubicados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y no sólo al interior de la sede de Residencia. A su vez se intenta sentar una posición crítica sobre el rol “tradicional” del profesional del Trabajo Social, donde la planificación de actividades tenga como eje central el trabajo comunitario, privilegiando en dicha planificación los tiempos de la población.

Se trabaja en pensar la integralidad de las actividades, por lo que resulta de fundamental importancia tener en cuenta el uso del tiempo, entendido éste como la posibilidad de utilizar la herramienta de la planificación estratégica, en la incorporación de la realización del cronograma de actividades mensuales, complementando las actividades de campo con las de formación, investigación, asistencia, promoción, prevención, y seguimientos familiares.

El poder planificar las actividades desde la perspectiva estratégica que mencionamos, nos permite correr el eje de la perspectiva cuantitativa de atención, y ampliar el horizonte hacia los principios de la atención primaria de salud.

En lo que refiere a las *presiones institucionales*, se reconoce que la Residencia muchas veces puede ser visualizada como una posibilidad de cobertura de puestos en sectores como lo son Salud o Acción Social, entendiendo a esto como un modo de flexibilización de los recursos humanos de los sectores.

En tal sentido, se intenta trabajar más allá de los aspectos burocráticos presentes y muchas veces prioritarios en la práctica, problematizando la inmediatez de respuesta que se requiere, a lo que suele adjudicarse la eficacia de un servicio.

Lo anterior se vincula con la necesidad de realizar un ejercicio de análisis permanente del rol del trabajo social en el Área de Salud y reflexionar hacia dónde se pretende direccionar dicho rol profesional. Resulta necesario tener en cuenta las múltiples modalidades de organización de los servicios a nivel local, visualizado en la variedad de dependencias del mencionado nivel, en donde por ejemplo un/a colega depende contractualmente del área de Acción Social y se desempeña operativamente en algún servicio del área de salud.

Al respecto cabe citar a Mónica Abramzón, quien en el marco del *XXVI Congreso Argentino de Medicina General (2011)*, reflexionaba a raíz de un trabajo de investigación sobre las dependencias de los/as profesionales de la salud, en donde se dificultó el establecimiento de estadísticas acerca de las dependencias de trabajadores/as sociales que se desempeñan del área de Salud, por no hallarse este dato claramente establecido.

Finalmente, los autores citados plantean las *presiones de tipo emocional*, al respecto consideramos que estas están presentes en el desarrollo cotidiano más allá del lugar en el que nos encontremos trabajando, y que responden a la singularidad del tipo de práctica que realizamos como también a la subjetividad propia del/la profesional.

Todo lo mencionado, además, se enmarca en el PRIM, en donde se intentan trascender los aspectos disciplinares para ampliar la mirada y el trabajo en equipo con otras cuatro disciplinas más. Sin lugar a dudas, aquí también están presentes presiones, originadas en la necesidad de consenso y acuerdo frente a las actividades interdisciplinarias. Se rescata entonces, la necesidad de lucha constante para formar y sostener un posicionamiento en el contexto de formación profesional en que nos encontramos.

En síntesis, lo que se ha intentado transmitir en este apartado son las condiciones socio-laborales en que las residentes de Trabajo Social de la PRIM Moreno, desarrollan sus prácticas de formación en servicio y su vinculación

con las condiciones del colectivo profesional. Esta reflexión nos permite aproximarnos a la construcción de nuestro perfil profesional.

Trabajo Social y Salud... Construyendo una práctica posible

La propuesta de la Residencia, en cuanto al perfil profesional, refiere:

Que el Trabajador Social como profesional de la salud, adquiera y desarrolle una comprensión integral del proceso de salud de las personas y su comunidad, sustentando en prácticas sociales contextualizadas histórica y culturalmente, que le posibiliten participar en el desarrollo de estrategias sanitarias colectivas que favorezcan la calidad de vida y posibiliten el ejercicio pleno de sus derechos. (Pesolano, 2010: 3)

Reviendo y desarmando la definición de perfil profesional propuesta nos encontramos en primer término con la idea fuerza del *Trabajador Social como profesional de la salud*. Para pensar esto resulta necesario plantear cual es la concepción de salud que orienta la reflexión y por ende nuestra posición.

En los distintos momentos históricos, en todas las sociedades existen concepciones hegemónicas o dominantes de *salud*, la misma se entrelaza con la visión acerca de la sociedad y los objetivos de la misma, constituyéndose una instancia de regulación social. Tomamos a Floreal Ferrara quien entiende que *“la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de la sociedad. El dinamismo del proceso salud – enfermedad, se trata de un proceso incesante, hacia la idea de acción frente al conflicto, de transformación hacia la realidad”* (Ferrara, 1985: S/D).

Analizar el Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud (APS), posibilita profundizar y afianzar las incumbencias de la profesión con la promoción de los derechos de las personas y la construcción de ciudadanía; y a su vez se convierte en un desafío y oportunidad para desplegar todas las aristas que permite nuestra formación en y para el trabajo de equipos, en pos de la concepción integral de salud.

La APS posee numerosos elementos que merecen ser rescatados, analizados y ejecutados, en beneficio de diversos aspectos de la Salud de las personas, pero “no es posible considerar la APS, como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia (...) la contextualidad de la misma, está dada por el Sistema de Salud en el que se encuentra inserta” (Testa, 1990: S/D).

La APS puede tener un “significado concreto”, el que le otorga su inserción en el Sistema de salud, o tener un “significado abstracto”, el que corresponde a su definición ideológica.

La Residencia toma los principios de la APS como pilares en la formación y ejercicio profesional a partir de la planificación, ejecución y evaluación de proyectos comunitarios en las Sedes de Residencia en los que se trabaja desde la Participación Comunitaria, el Fortalecimiento Institucional, la Tecnología Apropiaada, la Interculturalidad, la Accesibilidad, la Prevención y la Promoción. Por

otra parte las rotaciones en diversos programas de distintas áreas del Municipio nos posibilitan una mirada intersectorial y de Gestión desde el Trabajo Social en Salud. Se genera producción de conocimiento a partir de la reflexión crítica de la práctica fortaleciendo la Investigación en el marco de la APS. Finalmente, si bien cada uno de estos principios se encuentran presentes de manera transversal en todo momento, es la Interdisciplina el marco general que nos atraviesa en el contexto de un Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias.

En el contexto del trabajo en salud, la presencia del modelo médico hegemónico y sus históricas implicancias en las prácticas, configura el escenario cotidiano; pero el abordaje de la complejidad, genera la imperiosa necesidad de trabajar con el otro, con los otros, con el equipo de salud, con otros equipos, con otros sectores y actores. “La especialización de saberes, de campos y sub-campos de estudio e intervención, lleva a que las profesiones interactúen, pues empiezan a emerger los debates inter, multi y transdisciplinarios, pues la irrupción de la inter y de la transdisciplinariedad trae consigo la posibilidad de tejer redes, iniciar conversaciones, compartir fronteras y rutas en el contexto de la complejidad, antes vedadas por las disciplinas” (Cardozo, 2006: 254).

El avance en ésta línea de acción, es producto de procesos de trabajo de construcción constante, que generan hacia el interior de la disciplina, la permanente revisión de la configuración de sentidos y de identidad.

La actuación del Trabajo Social en este campo de acción “se convierte en uno de los factores principales para favorecer estas estrategias, ya que el carácter integral y el enfoque de unión multidisciplinaria propios de su formación le otorga la particularidad y la esencia al quehacer profesional” (Galeana, 1995: S/D); el que debe ejercitarse permanentemente, comprendiendo e incorporando la autonomía y potencialidad de los procesos de los distintos actores intervinientes.

Entonces, pensando la Atención Primaria de la Salud desde un “significado concreto”; se debe partir del análisis, la reflexión y el abordaje, ya que se considera muy importante rescatar, recordar y analizar estos principios básicos de la Atención Primaria de la Salud, que más allá de los distintos enfoques en la que pueda ser concebida, como estrategia, como nivel de asistencia o como programa de actividades; permite en la amplitud y ambigüedad de su definición, entenderla y actuarla, movilizándolo a la reflexión y a la acción en torno a la salud de la población y a las prácticas de los equipos.

En este sentido, es necesario incorporar el término de Calidad de Atención desde la perspectiva del usuario, tomamos a Susana Ramírez Hita quien lo conceptualiza como el:

Óptimo entendimiento por parte de los actores involucrados en el acto médico, implica tiempo adecuado para la consulta, que los servicios de salud cumplan con las condiciones mínimas propias de funcionamiento resolutivo y que el personal sanitario esté en plenas condiciones para ejercer bien sus funciones (sueldo digno, ejercicio pleno de derechos laborales, buena formación académica), y también los prestadores del servicio de salud otorguen un buen trato al paciente (Ramírez Hita, 2009: 9)

Con respecto a esto último un buen trato debería incorporar el respeto a las diversas formas de atender y entender la salud y la enfermedad, los orígenes culturales, las desigualdades de género, la clase social y la identidad étnica, como así también el deseo y lo que quiere la persona en función del ejercicio pleno de sus derechos. Desde esta perspectiva, se organiza el Programa de la residencia teniendo en cuenta los tiempos y condiciones del trabajador/a y de la población. Por ende, surge la necesidad de comprometerse e involucrarse con los proyectos y actividades, sosteniéndolas en el tiempo, construyendo vínculos con la población y el equipo de salud y siendo propositivos en su planificación, ejecución y evaluación.

Conclusión: Residencia de Trabajo Social, Trabajadoras de la Salud en Formación

La Residencia implica una contratación como becaria y la premisa de la formación como parte constitutiva de la práctica, pero también incluye a la práctica misma. En este segundo punto nos centramos para afirmarnos como Trabajadoras, pues consideramos que las actividades desarrolladas en los espacios cotidianos, no tienen como único fin el proceso de aprendizaje, sino que se enmarcan en estrategias de transformación de la realidad junto con sujetos individuales y colectivos.

El programa de formación incluye: atención, acompañamientos familiares, proyectos comunitarios de prevención y/o promoción de la salud, actividades de investigación. Desde la Residencia se realizan las actividades inherentes a estos procesos y sabemos que cada una de ellas genera impacto en la población con la que trabajamos y, por supuesto, en los equipos a los que pertenecemos.

Reconocemos los obstáculos que se presentan en el día a día con colegas, pues las condiciones de trabajo y las modalidades de contratación son, en muchas ocasiones, el punto de partida para la construcción de colectivos y redes. En ese sentido y retomando otros ejes como la formación en diferentes Unidades Académicas y encuadres institucionales, es que nos preguntamos ¿cómo construimos colectivos en la heterogeneidad?, pregunta que aún continúa elaborándose. Pues consideramos que no hay una respuesta única y absoluta acerca de esto, sino un espiral de estrategias creativas de comunicación y acercamiento, de problematización acerca de la fragmentación hacia dentro de la propia disciplina, que construimos y reproducimos cotidianamente.

Consideramos que las ideas elaboradas en esta presentación, son el aporte al colectivo profesional que hoy queremos realizar desde la residencia.

El proceso de este trabajo surge de la interpelación hacia nuestras prácticas, preguntándonos acerca de cómo nos pensamos insertas en los diferentes equipos a los que pertenecemos: la Residencia de Trabajo Social dentro de la Residencia Integrada Multidisciplinaria, ubicadas en dos Unidades Sanitarias, en un Municipio. Pues entendemos que no hay práctica que pueda analizarse por fuera de su contexto y escenario, siendo actores participantes en él. Comenzamos a indagar/indagarnos acerca de qué esperamos de nuestra formación y cómo pensarnos en el ámbito de la salud, el por qué y para qué del Trabajo Social en salud, reconociendo las particularidades del campo de actuación.

A partir de diversos análisis y reflexiones llevados adelante en el transcurso de la residencia, hemos logrado visualizar las potencialidades del Trabajo Social para favorecer y fortalecer los equipos de salud construyendo una mirada integral y multidisciplinar; contribuyendo desde de la disciplina, principalmente a la construcción de una visión integral del sujeto, superando visiones biologicistas en el campo de la salud, aportando desde los saberes propios a la construcción de un sujeto social, histórico y político. Asimismo, se observa y destaca la participación en los espacios de planificación y ejecución en proyectos de promoción y prevención, como así también en áreas de gestión de políticas públicas en salud.

Destacamos la posibilidad de formarnos en el ámbito de Programas de Residencias Integradas Multidisciplinarias, ya que consideramos que la propia realidad nos impone la necesidad de construcción con otros/as y, al mismo tiempo, la profundización en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Pues consideramos que es este espacio el que hoy habilita los interrogantes y presenta el desafío de pensarnos más allá y más acá del Trabajo Social, entendiéndonos como Trabajadoras de la Salud Pública.

Bibliografía

- BITTANTE Elizabet, LIZARRAGA Natalia, PERALTA Nadia** (2008): “Informe final, Centro de Salud N° 3.” En: *Trabajo final. Cátedra Trabajo Social V*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social. La Plata.
- CADEMARTORI Fiorella, CAMPOS Julia y SEIFFER Tamara** (2007): “*Condiciones de trabajo de los Trabajadores Sociales: Hacia un Proyecto Profesional Crítico*”. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- CARDOZO Leidy Carolina Díaz** (2006): “*Producción de conocimiento sobre trabajo social en las unidades académicas de Bogotá en el período comprendido entre 1995 a 2003*”. Revista Tabula Rasa N° 5. Colombia.
- CARLIS M. F y GIRIBUELA Walter** (2007): “Profesional/Personal. Algunos impactos del contexto en la persona del/la trabajador/a social”. En Simonotto Eve. *Los laberintos del Trabajo Social*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- CAVALLERI M. Silvina** (1997): “Construyendo identidad en Trabajo Social. Los aportes de la Investigación en el fortalecimiento de la Categoría profesional”. En *Ficha de Trabajo, Trabajo Social IV*. Universidad Nacional de Lujan.
- FERRARA Floreal** (1955): “Las desdichas de la Atención de Salud”. *Teoría Política y Salud. La Planificación como Teoría*. Editorial Catálogos. Argentina
- GALEANA S.** (1995): “Campos de Acción. Características del Campo profesional”. En *Manual del Trabajo Social*. Universidad Nacional Autónoma de México. Editorial SIAB. México.
- GUERRA Yolanda** (1995): “Instrumentalidad del proceso de trabajo y Servicio Social”. En: *Compilador/es Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora. Brasil.
- LIZARRAGA Natalia** (2009): “La instrumentalidad en Trabajo Social”. En *Trabajo Final. Cátedra Trabajo Social V*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social. La Plata.
- MONTAÑO Carlos** (S/D): “El debate metodológico de los ‘80/ ‘90. El enfoque Ontológico versus el abordaje epistemológico”. En *Compilador/es Metodología y Servicio Social*. Hoy en debate. Cortez Editora. Brasil.

- NETTO J. Paulo** (1999): “La construcción del Proyecto Ético-Político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea”. En *Compilador/es Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora. Brasil.
- PARRA Gustavo** (2002): “Los Proyectos Socio-Profesionales en el Trabajo Social Argentino. Un recorrido histórico”. En: A.A.V.V. *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- PESOLANO Omar** (2010): *Propuesta Docente: Residencia de Trabajo Social*. Programa de Residencia Integrada Multidisciplinaria. Moreno, Provincia de Buenos Aires.
- RAMÍREZ M. Cecilia** (2007): “El Trabajo en el Campo de la Salud. Construyendo mediaciones necesarias para el proceso de praxis social”. En *Trabajo Final. Cátedra Trabajo Social V*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social. La Plata.
- RAMÍREZ Hita Susana** (2009): “*Calidad de Atención en Salud*”. Editorial OPS/OMS. Bolivia.
- SIEDE, Ma. Virginia; FUENTES, Ma. Pilar; CARLIS Ma. Fabiana; SIMONOTTO, Evelina; STAFFIERI, Ma. Fernanda y RIVEIRO, Laura** (2005): “La Autonomía Relativa en la Práctica Profesional del Trabajo Social en relación a las condiciones de trabajo del Capitalismo Tardío”. Buenos Aires.
- TESTA Mario** (1990): “*Pensar en Salud*”. Editorial: Organización Panamericana de la Salud

Ramón Carrillo: bosquejo de una biografía

Olga Paez¹

Introducción

En este trabajo presentaré a un Ramón Carrillo que demuestra su vigencia en la actualidad, a más de cincuenta años de su desaparición física, emulando aquello de que algunos grandes hombres nunca nos dejan, porque perduran a través del tiempo por la memoria de su ejemplo y de sus obras.

El legado que él y los hombres y mujeres de su generación nos dejaron es una fuente de inspiración y un modelo de acción política que necesita ser cabalmente recuperado para ser utilizado por las actuales generaciones.

Porque lo que ellos nos dejaron es una forma de ver el mundo, una forma de entender la justicia social y una concepción de la acción política como instrumento de transformación para que el pueblo argentino alcance un destino mejor.

Así como Eva Perón -coautora junto con Ramón del gigantesco salto cualitativo de la salud pública proclamaba que la acción social gubernamental no debía estar direccionada a paliar necesidades sino a reparar injusticias, Ramón Carrillo sostenía que la salud de un pueblo no es apenas una cuestión de hospitales y medicamentos sino una consecuencia de la calidad de vida de sus habitantes.

Lo que proponían y concretaban en realizaciones a lo largo y ancho del país era un proyecto de país alternativo frente al modelo vigente hasta entonces. Significó una ruptura con paradigmas obsoletos y la formulación de un nuevo paradigma que mejor interpretaba las expectativas sociales y orientaba la acción del poder público.

Porque Ramón Carrillo fue un modelo de hombre público, porque su vida ofrece muchas enseñanzas sobre la forma como un hombre asume una misión y la lleva a cabo contra todas las dificultades. Porque nuestra sociedad precisa recuperar la memoria es que surgió la idea de realizar la publicación, que es una forma de difundir y divulgar el ejemplo que Carrillo nos dejara.

¹ Doctora en Servicio Social (PUC SP); Master en Antropología Social (UFSC); Licenciada en Trabajo Social (UNC); Docente en la Escuela de Trabajo Social de la UNC.

² Esta presentación es un recorte del libro "Ramón Carrillo, de Santiago del Estero a Belén de Pará" gestado por la decisión del Grupo ALUBAR, una empresa de dueños argentinos que produce cables de energía en Brasil, en la lejana Belén do Pará, en medio de la selva amazónica y desde la cual Ramón Carrillo partió para la inmortalidad en el año 1956

Como docente universitaria me parece que esto es lo que le otorga un carácter singular a la iniciativa y a las circunstancias que permitieron realizar esa publicación. Es de fundamental importancia que nuestra profesión conozca la vida y obra de Ramón Carrillo, porque todavía queda mucho por hacer para que los argentinos tengamos el país que soñaron hombres como él y también para nuestra generación, para avivar la llama en aquellos que se resignaron a la pobreza de las políticas sociales para las familias de trabajadores y desocupados. Queda para otra vez, relatarles sobre el exilio, contarles de su discípulo brasileño, su hermosa esposa y el “pibe”, su secretario en el gobierno.

Ramón Carrillo (Hijo): Infancia y adolescencia

Ramón Carrillo nació en Santiago del Estero el 7 de marzo de 1906, en un hogar de vieja tradición argentina.

El hogar paterno era una antigua casona de dos patios y anchos muros de adobe, ubicada en el número 49 de la calle Córdoba, a dos cuadras de la plaza Libertad. La construcción era de típico estilo colonial, el frente con detalles sobrios, las habitaciones con puertas hacia una galería y en el centro del patio un aljibe rodeado de macetas.

Cursa los estudios primarios en la Escuela Manuel Belgrano, en donde rinde como libre 5to y 6to. grado, lo que le permite ingresar al Colegio Nacional de Santiago del Estero con doce años de edad. En este colegio obtuvo el título de bachiller en 1923, con Medalla de Oro; contaba entonces con dieciséis años de edad.

Recibió de su padre Ramón la influencia humanística, fundamentalmente de este comprendió la realidad de miles de argentinos criollos sin trabajo, que debían mandar a sus hijos a la escuela después de solo almorzar queso de cabra con mazamorra, en el mejor de los casos.

Su padre dirigió el periódico *El siglo* que producía noticias del país y de todo el mundo, recogidas a través del telégrafo. El profesor Carrillo profesaba las ideas progresistas de Julio A. Roca y el pensamiento del nacionalismo democrático del interior del país.

A través de los compañeros de escuela Ramón vio el rostro de la pobreza. Aunque en su hogar no sufrían de apremios económicos, observó como las mujeres de clases humildes procuraban aliviar su pobreza lavando ropa, planchando o empleándose como domésticas.

Era la mujer en su Santiago del Estero quien se constituía en el sostén económico de sus respectivos hogares; las familias se mantenían con el tejido de colchas y ponchos, con la fabricación de accesorios para montura o diversas ropas. En otros casos fabricaban esteras, canastos, asientos para sillas o muebles todos de mimbre.

Los hombres trabajaban en los obrajes o en zonas mineras, quienes debían vivir de “changas” esporádicas, o internarse en los obrajes del Chaco Santiagueño, donde la vida era dura y de la que a veces no se regresaba.

Conoció a los obreros “golondrinas” que año tras año abandonaban sus ranchos, donde dejaban guardados sus morteros de piedras e iban a las

cosechas con mujer e hijos; durante el año trabajaban por el periodo de las cosechas en Tucumán, con la caña de azúcar, o cosechando trigo, lino o papas en las zonas litoraleñas del país.

Estos primeros dieciséis años de vida, le graban el paisaje de Santiago del Estero en la retina y en el alma.

Buenos Aires 1924. Universidad, Investigación y Clínica.

En 1924, ingresó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Inició las clases con sólo 17 años, siendo el más joven de su curso. Tres años más tarde, obtuvo, por concurso el cargo de practicante del Hospital Nacional de Clínicas; asistiendo como Practicante Externo al Instituto de Clínica Quirúrgica que dirigía en aquel entonces el profesor Dr. José Arce, su primer maestro en Cirugía.

Casi al mismo tiempo, comenzó sus tareas como redactor de la Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina, de la que llegaría a ser subdirector.

Ese mismo año conoció al doctor Manuel Balado, importante neurocirujano argentino con formación en los Estados Unidos, con quien publicaría trabajos científicos que fueron calificados como los primeros trabajos publicados en serie y los cuales presentaban una alta calidad en sus métodos de investigación.

Ramón Carrillo se une al maestro Balado, para orientarse en forma definitiva en el campo de la cirugía del sistema nervioso. Completó luego su formación en la especialidad con el profesor Algañaraz, estudiando neurooftalmología y con el Prof. Eliseo Segura, clínica otoneurológica, ambas disciplinas vinculadas a la cirugía neurológica.

Además de estar compenetrado en sus estudios, tuvo tiempo para ocuparse de la situación social que lo rodeaba, sentía que faltaba un movimiento político que contuviese a la masa de necesitados. Expresó sus críticas a la prensa, las letras y las artes, ya que pensaba que no representaban cabalmente a la Argentina, en especial al interior, sino que estaban impregnadas de ideas extranjeras (Barrios, 2004).

A los 22 años de edad recibió su título de médico, también con Medalla de Oro.

En 1930, basándose en el procedimiento ideado por el Dr. Balado “Yodoventriculografía”, publicó sus dos primeros trabajos sobre “Radiología del 4º Ventrículo”, iniciando una serie de publicaciones sobre este original procedimiento, que ha de culminar con su obra cumbre “Yodoventriculografía fosa posterior”, libro que le mereció mención especial en el premio Nacional de Ciencias en el año 1938.

En base a sus antecedentes, altas calificaciones y a la calidad de sus trabajos, ganó la Beca de la Universidad de Buenos Aires, que consistía en tres años de perfeccionamiento en Europa. Su padrino de beca fue el Dr. Nerio Rojas, comprovinciano de Carrillo, quien reconociendo el talento del joven médico, lo presentó con cartas al profesor Baltasar, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de París.

En octubre de 1932, Carrillo representó a la Argentina en el Primer Congreso de Neurología, en Berna, Suiza, siendo el participante más joven y uno de los más activos.

Retornó al país en 1933 y lo encontró en medio de una gran crisis económica y política, propia de la Década Infame.

Es en el marco de la llamada “Década Infame”, donde puede vivenciar el sistemático saqueo y destrucción que sufre su patria, en un periodo caracterizado por la profunda decadencia moral de la dirigencia, donde se impone la corrupción, el negociado, la enajenación del patrimonio nacional y el empobrecimiento de una gran mayoría poblacional.

Adhiere entonces al pensamiento nacional que toma auge en aquella época. Complementa su educación científica con ideas políticas y formación cultural. Se vincula con hombres como Homero Manzi, claro representante de nuestra cultura y de las nuevas ideas, y la escuela neurobiológica argentina activa en el Hospicio de la Mercedes y el Hospital de Alienadas, luego hospitales Borda y Moyano (Matera, 1985:88).

En 1942, con sólo 36 años, gana por concurso la titularidad de la cátedra de Neurocirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Brillante era su carrera en el mundo científico y académico.

Sin embargo, los sucesos históricos harían cambiar radicalmente el destino de su vida y de sus pasiones. Son precisamente estos hechos los que harían que la figura de Carrillo tome dimensiones trascendentes.

Los doctores José Arce y Manuel Balado le confiaron a su regreso de Europa, la organización del laboratorio de neuropatología del instituto de Clínica Quirúrgica, dividiendo su tiempo entre la neurocirugía, en horas de la mañana y la organización de ese laboratorio por la tarde.

Se dedica a la organización del Archivo de Neuropatología del mencionado Instituto, y abre un consultorio privado en 1939, siendo en ese momento uno de los especialistas más prestigiosos y consultados en Cirugía del Cerebro del país.

Durante los nueve años posteriores a su graduación se dedicó exclusivamente al estudio de las materias básicas de la especialidad que abrazó y a la elaboración de numerosos trabajos científicos de la misma orientación.

Después del fallecimiento de su padre (1937), queda de hecho como jefe de familia, integrada por su madre, una tía soltera y diez hermanos. Cinco de ellos estudian medicina y Carrillo no les permite trabajar a los fines de que ellos se dediquen totalmente al estudio. En 1940 se produce el traslado de la familia, alquilan una casa en la calle French 3036, Capital Federal.

El Dr. Carrillo a pesar de soportar un pesado presupuesto familiar, tenía ingresos buenos debido a su especialidad que le permitía enriquecer su biblioteca y adquirir obras de arte. La lectura y la pintura eran dos grandes aficiones que le atraían desde los tiempos de juventud.

Docencia y Cátedra

Al fallecer el prof. Dr. Manuel Balado, el Dr. Ramón Carrillo obtiene por concurso la titularidad de la cátedra vacante de Neurocirugía de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Su ingreso al cargo recibió objeciones, Ramón Carrillo, tenía una posición neutral, respecto a la II Guerra Mundial, coincidiendo con los argumentos de FORJA, en el sentido que la guerra era un problema entre países imperialistas, en el que Argentina no debía participar. Por esta razón fue tildado de “pro-nazi”, orquestándose una campaña para evitar que ganara el concurso.

Durante esos años se dedica a la investigación y a la docencia, hasta que en 1939 se hace cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central. Este cargo le permite conocer con mayor profundidad la realidad sanitaria del país.

Toma contacto con las historias clínicas de los aspirantes al servicio militar, procedentes de toda la Argentina, y puede comprobar la prevalencia de enfermedades vinculadas con la pobreza, sobre todo en los aspirantes de las provincias más postergadas.

Lleva a cabo estudios estadísticos que determinan que el país sólo contaba con el 45% de las camas necesarias, además distribuidas de manera desigual, con regiones que contaban con 0,00% de camas por mil habitantes. Confirmó de esta manera sus recuerdos e imágenes de provincia, que mostraban el estado de postergación en que se encontraba gran parte del interior argentino.

Con un núcleo de profesionales en su mayoría jóvenes, comenzó el Dr. Carrillo su labor docente, asistencial y de investigación en la Cátedra de Neurocirugía.

El Dr. Carrillo forma una descollante escuela de neurólogos y neurocirujanos de excepcional idoneidad. No enseñaba, formaba. Desde el hospital, el quirófano y la Cátedra, fijó y ayudó a alcanzar estos objetivos.

Pagaba los sueldos de cuatro empleados de su cátedra, que eran imprescindibles para el desenvolvimiento de las tareas docentes y que no estaban en el presupuesto universitario (Arzugaray, 1988).

Por otro lado financiaba la Revista *Archivos de Neurocirugía*, que se difundía en el país y en el extranjero y que le producía un considerable déficit económico.

Breve referencia de la historia de los servicios de salud. El caso argentino

Siguiendo al Dr. F. Tobar (1985) se pueden distinguir cuatro etapas en la formación de las políticas de salud a nivel mundial, las cuales también se encuentran en el proceso de conformación del Estado en Argentina.

1.- *Estado Liberal*, en el cual las demandas sociales fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. Se promulgaron leyes que nunca se cumplieron en cuanto al trabajo infantil y femenino (correspondería al período de mediados y finales del siglo XVIII).

2.- *Estado de compromiso*, a partir de la industrialización se inaugura la etapa de crecimiento hacia afuera. Se da lugar a una coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y a los trabajadores urbanos. Dichas demandas son incorporadas a través de organismos de seguridad social.

3.- *Estado burocrático – autoritario*: Este modelo de Estado excluye del poder al movimiento obrero. Las políticas sociales se subordinan a los intereses de acumulación dando lugar a dos tendencias: La privatización y la incorporación de tecnología.

Agotamiento del Estado Benefactor, las crisis económicas del capitalismo mundial, redefinen los patrones de acumulación, los modelos de producción y la división del trabajo. Se abandona el modelo anterior y se produce un agotamiento del Estado benefactor imponiendo un discurso neoliberal.

Estas etapas también tienen correlato en nuestro país dando lugar a las siguientes etapas o fases de la evolución del sector salud argentino:

- a) La policía médica
- b) El Estado de Bienestar (estado de compromiso)
- c) El modelo desarrollista
- d) El modelo neoliberal

Dado el período histórico que se analiza, se tomará en cuenta solamente el modelo de Estado de Bienestar.

En la Argentina surgen los primeros hospitales públicos para atender a los ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas. El surgimiento de epidemias, guerras, catástrofes, etc., impulsaron al Estado a involucrarse en las cuestiones de salud.

Situación Sanitaria Argentina hacia 1945 - El Estado de compromiso

Si bien el Estado Argentino había comenzado a ocuparse de la salud de la población, siendo competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior hasta 1943 y posteriormente de la Dirección de Salud Pública y Asistencia Social, recién en 1949 durante el primer gobierno de Perón se convierte en Ministerio a cargo del Dr. Ramón Carrillo.

El gobierno de Juan Domingo Perón, asume de este modo la salud Pública como un problema de interés específico, estableciéndose a partir de este momento verdaderas políticas de salud con el propósito de promover una salud para toda la sociedad argentina que permitiera entre otras cosas elevar la expectativa de vida y acompañar el ritmo del progreso de los países europeos.

Se puede afirmar que a partir de este momento el concepto de salud en Argentina cambió.

La política de salud aplicada por el Dr. Carrillo fue la primera política sanitaria con sentido orgánico y social. Este médico santiagueño “no solo entendía a la salud como un derecho, sino que sostenía un principio muy moderno en la materia al considerar que la prevención es la base del sistema de la asistencia médica. Lo cual supone enfrentar y combatir la idea de que al hospital se va

a esperar la muerte. “Carrillo entendía que los hospitales no deben ser sólo casas de enfermedad, sino casas de salud, de acuerdo con la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano enferme” (Katz, 2004).

Para el Dr. Carrillo la medicina sanitaria “es la rama de la salud pública que tiene por objeto organizar los medios técnicos, jurídicos, científicos, para eliminar y destruir los gérmenes patógenos para impedir así la contaminación del hombre directa o indirectamente, protegiéndolo de las contingencias o injurias del medio ambiente. La medicina sanitaria tiene dos objetivos: 1) la destrucción de los factores biofísicos o biológicos puros y 2) la lucha contra los factores físicos, como ser el clima, la temperatura, la tierra, el agua etc” (Carrillo. 1951b).

El concepto de medicina preventiva se condensaba en la afirmación de que el triunfo de la medicina se concretaría cuando dejara de atender enfermos. “el día en que todos los sanos se hagan examinar- decía Carrillo (1951b)- para tener una idea exacta de su estado de salud, habrá triunfado la medicina preventiva y habrá llegado el momento de cerrar los hospitales por falta de enfermos”.

La constitución de 1853, según Carrillo (1951), no decía una palabra sobre salud pública. A lo sumo mencionaba el concepto de bienestar general, pero sin que dicho concepto adquiriera las precisiones que tenía el texto en materia de educación o de aduanas o de defensa militar nacional; decía que nuestra nueva constitución- se refiere a la de 1949- había incorporado ya la materia de la salud pública a los dictados básicos de la organización nacional

Contexto socio-sanitario

Los focos endémicos (paludismo, anquilostomiasis), junto con las infecciones puerperales, las enteritis endémicas y epidémicas, y las afecciones infecto-contagiosas, constituían el problema sanitario por excelencia en Argentina.

La mortalidad infantil era superior en las zonas rurales, si se la compara con la de las ciudades más importantes del país. La cifra de niños y adolescentes fallecidos, crecía en progresión casi vertical hacia el norte y el sur del territorio, al igual que el número de madres fallecidas en o durante el parto, de modo tal que la mortalidad materna rural era un tercio más alta que en las grandes ciudades (Carrillo, 1947).

La neumonía, la gripe, las enteritis graves, la tifoidea y salmonelosis, la difteria y el sarampión, escarlatina y coqueluche, controlada por los médicos y las medidas preventivas en las ciudades, afectaba enormemente a los niños en el interior del país, allí fueron dirigidos los esfuerzos sanitarios ideados por Ramón Carrillo, durante su gestión en la Secretaría de Salud.

Los índices de morbilidad y mortalidad rural, en el momento actual en nuestro país, demuestran que tenemos una pérdida de vidas humanas en la campaña tan caudalosa como la que sufría la Nación en el año 1900, cuando el saneamiento rural, los sueros, las vacunas y la penicilina eran desconocidos.

Tres millones de argentinos vivían en comunidades rurales carentes de toda organización sanitaria y asistencial, lo que suponía que una quinta parte de la población argentina, se encontraba en la prehistoria de la higiene y de la medicina social.

La situación sanitaria del país, fue así definida por el Presidente Gral. Perón al asumir su primera presidencia (1946-1951): “en el país de la carne, en el país del pan, en el país que tiene 300 días de sol al año, en el país que tenemos de todo, en el país donde la población tiene mayor límite de posibilidades para la salud, el término medio de la vida esta de diez a veinte veces por debajo de otros pueblos de Europa y diez años por debajo de la de Estados Unidos.”³

El país presentaba un estado sanitario deplorable (Alzugaray, 1997):

- Déficit de camas y hospitales, inadecuada distribución geográfica de esos establecimientos
- Falta de personal técnico, bajas remuneraciones
- Ausencia de información estadística y de sistemas administrativos eficaces
- Inexistencia de seguros sociales y regímenes previsionales
- Mortalidad infantil con índices similares a los países europeos en guerra
- La tuberculosis, el paludismo, la fiebre amarilla y la enfermedad de chagas extendidos en amplias regiones de la población, eran enfermedades endémicas no afrontadas social y sistemáticamente. Cinco leprosarios recientemente inaugurados aislaban sólo a la décima parte de los afectados
- Los enfermos mentales sobrevivían reclusos y hacinados en establecimientos anacrónicos
- Las instituciones de caridad hacían lo poco que podían por la atención de niños y ancianos

1946. El Ministerio de Salud

Al iniciar sus funciones como Secretario de Salud Pública, el doctor Carrillo se encontró con una gran desorganización, con instalaciones sanitarias inadecuadas, y con falta de camas, de equipamiento médico, de insumos y de personal capacitado, bajos sueldos, déficit de abastecimiento en rubros elementales, ausencia de sistema administrativo, inexistencia de seguros sociales, entre otras cosas. Esto fue lo que lo motivó a comenzar a trabajar en una serie de cambios.

A poco de iniciarse 1945, la Escuela de Medicina designa a Carrillo representante ante el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. En dicho cargo se destaca por la comprensión de los problemas universitarios y de la política general del país, en un momento marcado por el caótico panorama de la Segunda Guerra Mundial.

Desde el ámbito universitario, Carrillo apoyó el gobierno peronista desde comienzos de 1944. Consideraba que a pesar de algunas marchas y contramarchas del movimiento que representaba el General Perón, se constituía paulatinamente en una nueva síntesis política e ideológica de característica nacional (Alzugaray, 1997).

Perón y Carrillo entablan una estrecha relación política; éste último comprende que el General era un verdadero líder de masas, que encabezaba un auténtico movimiento nacional al que había que dotar de ideología extrayéndola de la propia historia argentina y de la cultura del pueblo.



Perón a su vez, percibe rápidamente en Carrillo a un político, tanto como un hombre de Ciencia y un docente de nivel, pero que además poseía una asombrosa cultura.

El 17 de Octubre de 1945 Carrillo como Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar, ordena que se acondicione una habitación para la recepción del General Perón, lo que lo convirtió en un testigo privilegiado de la llegada del mismo en las primeras horas de ese día, aún en calidad de detenido por el gobierno de facto que lo había confinado a la isla Martín García.

Luego de la llegada de Perón al mencionado nosocomio, Carrillo hizo varios viajes del Hospital Militar a la Casa Rosada, siendo su interlocutor. Los hechos del 17 de octubre de 1945 darían como resultado la salida democrática y la posterior elección de Juan Domingo Perón como Presidente de la Nación.

Después de las elecciones que llevaron al Partido Laborista al poder, el doctor Carrillo pasó a ocupar un lugar importantísimo en la estructura del naciente peronismo.

El 23 de Mayo de 1946, en acuerdo general de Ministros fue creada la Secretaría de Salud Pública de la Nación, con rango de Ministerio.

La idea de centralizar la salud pública en una organización ministerial, surge en el mundo como un programa de posguerra en 1918, y fueron países como Inglaterra, Francia, Polonia Yugoslavia, Austria, entre otros los que se organizaron de esta forma, iniciando así la nueva era legal en esta materia.

Hasta la aparición del decreto ley 12.311, de 1943 dictado por el gobierno de facto del Gral. Farrell, por el cual se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, el cuadro de la organización de la sanidad y asistencia en nuestro país era poco menos que desolador en cuanto a la multiplicidad de comandos. Existía por un lado el viejo Departamento Nacional de Higiene, fundado por ley de 1891; paralelo a dicho Departamento, existía una multiplicidad de servicios como los que prestaba la Sociedad de Beneficencia, la Dirección de Asilos y Hospitales Regionales y muchos otros servicios que se interferían simultáneamente.

La creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, significaron un gran paso para lograr la unidad sanitaria nacional, fue la antesala del decreto 14.807 de 1946 por el que se crea la Secretaría de Salud Pública.

Carrillo marcó un interés especial en áreas que el Estado no había profundizado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil.

La política sanitaria de Carrillo estaba fundamentada en tres principios:

1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad.
2. No puede haber política sanitaria sin política social.
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

Como ejemplo de su pensamiento, planteaba que:

- La medicina moderna tiende a ocuparse de la salud y de los sanos y el objetivo principal es ya no curar al enfermo sino evitar estar enfermo.
- La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida.
- Las tareas de los higienistas no rendirán frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en fábricas y oficinas, a mejorar sueldos y salarios y lograr los beneficios de jubilaciones y pensiones.
- A los fines de la Salud Pública, es más importante proporcionarle a la madre los medios para que, una vez que tenga al hijo, pueda defenderse de las contingencias posibles, o bien otorgar al padre los medios materiales para atender al nuevo hijo.

El plan quinquenal de Salud

El primer paso de Carrillo fue realizar un estudio integral de los problemas de salud en la República Argentina, siendo el primer sanitarista en realizar un trabajo semejante. El estudio dio origen al Plan Analítico de Salud Pública, que en sus cuatro mil páginas expresaba todas las acciones a desarrollar por la Secretaría de Salud Pública.

El plan quinquenal de Salud Pública, poseía los siguientes ejes básicos⁴:

- a) La organización previa de la *estadística sanitaria* y una exacta discriminación de las causas de muerte. En este terreno, nuestro país carecía de estadísticas precisas. El certificado confidencial de la causa de muerte, permitiría “sincerar” las tablas de mortalidad y morbilidad de la Argentina.
- b) Creación de una *red de laboratorios* destinados al diagnóstico precoz de todas las enfermedades infecto contagiosas, empezando por los test serológicos comunes y los procedimientos corrientes de identificación microbiana, de los cuales carecía el interior del país.
- c) *Educación Sanitaria* de la población. Fue creado el Instituto de Educación Sanitaria. El procedimiento utilizaría la vía de las maestras

⁴Ramón Carrillo. Discurso al inaugurar la 2da. Conferencia de Epidemiología y endemias, el día 6 de octubre de 1947.

y maestros para hacer llegar a los hogares las normas de higiene familiar, a través del niño que concurre a la escuela. La sanidad tendría 40 mil agentes entre los maestros que bien instruidos completarían la tarea sanitaria aportando un nuevo elemento de cultura, como era la de poner en manos del pueblo una serie de principios e ideas que las ayudasen a vivir en salud.

d) La instalación de *unidades sanitarias rurales*, integradas por un médico, un dentista, una partera y una enfermera de salud pública o visitadora sanitaria, cuya función sería proteger la salud de la familia rural.

e) La extensión y la ampliación de las *obras sanitarias, obras de saneamiento e ingeniería sanitaria* para poblaciones de menos de 3000 mil habitantes, para terminar con las infecciones de orden hídrico.

f) La socialización del *cuidado médico*, que es distinta a la socialización de la medicina, permitiría dominar las infecciones contagiosas por medio de tres instrumentos de acción: 1) por vía de las unidades sanitarias funcionando alrededor de los centros sanitarios de cada provincia. 2) por la creación del “médico de familia” y 3) por la organización del Registro Sanitario de Familia. El Registro sanitario de Familia permitirá reunir en un sólo legajo los problemas médicos y sociales de la comunidad en todos los aspectos vinculados a la salud y a la enfermedad, tomando como unidad a la familia y no al individuo.

El Plan establecía dos principios fundamentales de planificación. El primero era la centralización normativa, en el cual se obligaba a la unificación de definiciones, criterios, regímenes de trabajo, normas sobre administración de fondos, economatos, depósitos, personal, contrataciones y contabilidad patrimonial; así como a la unificación de procedimientos y a la tipificación de planillas, formularios, muebles, etcétera.

También se iniciaron tratativas para acordar con las provincias y municipalidades un sólo tipo de organización hospitalaria y un mínimo de la cantidad y calidad de las prestaciones.

El segundo principio de planificación era la descentralización ejecutiva, la cual en la práctica dio lugar a la participación directa, tanto de grandes Hospitales como de modestas Postas Sanitarias, cada uno dentro de su radio de acción, en tareas concretas de defensa de la salud popular. Para ello, Carrillo dividió el país en grandes áreas geográficas, delegando gradualmente funciones y atribuciones técnicas y administrativas en distintos niveles, lo que le permitió multiplicar los organismos de ejecución del Plan.

Dentro de las normas y medios para implementar los procedimientos y acciones administrativas y técnicas detalladas en el Plan debe agregarse la *Teoría del Hospital*.

Este compendio doctrinario contiene los principios orgánicos sobre la conformación arquitectónica, técnica y administrativa del Hospital moderno. Sin embargo, Carrillo (1951) advertía que los hospitales no se organizaban a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente al conocimiento de la problemática social de la población que el esta-

blecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno.

La Teoría del Hospital, con sus respectivos tomos sobre Arquitectura y Administración, orientaba sobre la descentralización ejecutiva de competencias y funciones por sectores de actividad y la regionalización sanitaria del país en seis zonas, en las que se incluye la participación de las provincias, las municipalidades y las delegaciones regionales del ministerio nacional (Hernández, 1999).

En su Teoría del Hospital clasifica y describe las características de los establecimientos de salud, según sus finalidades y especializaciones: los Hospitales generales, polivalentes, que cuentan con todas las especialidades clínicas, cirugía general, obstetricia y pediatría, con servicio de internación o consultorios externos; los Institutos especializados encargados de receptor casos que superan las posibilidades del Hospital General, incluían los Establecimientos para enfermos crónicos: Hospitales Tisiológicos, Sanatorios Colonia para leprosos, Hospitales y Colonias para enfermos mentales.

Una concepción novedosa fue la Ciudad Hospital, que consistía en un grupo de pabellones o unidades hospitalarias especializadas y técnicamente independientes, pero centralizados administrativamente, para optimizar eficiencia y reducir costos. Se comenzaron a construir 7 unidades de este tipo que, después de 1955, fueron destinados a otros fines.

Todo este enorme plan requería acciones complementarias y colaterales. En primer lugar la capacitación de personal auxiliar, en cantidad y calidad: se puso en marcha un plan de formación, en el ámbito de las universidades, de inspectores sanitarios, visitantes de higiene, bioestadígrafos, administradores hospitalarios, técnicos radiólogos, etc. En esta época salen también de las Facultades de Medicina los primeros médicos higienistas, que luego se llamarían sanitaristas.

Además era necesario organizar y reglamentar la profesión médica, según su nueva perspectiva social. En esta área, se dictaron normas y medidas reguladoras del ejercicio profesional; reglamentación de especialidades, juntas o consultas profesionales, ética y deontología, organización y estatuto profesional, enfermedades profesionales y caja de jubilaciones.

En suma, toda la acción del ministerio estaba orientada a poner a la medicina en una función social, a lograr un cierto grado de Socialización de la medicina. Él defendía ese objetivo con una frase gráfica y precisa “... *no mas médicos sin enfermos, ni enfermos sin médicos...*”

Según Matera la tesis de Carrillo suponía “... una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa con gratuidad total para la población que lo necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población...” (Matera, 1985: 88)

Lineamientos generales de la Política Sanitaria Carrilista

Objetivos fundamentales de la Secretaría de Salud Pública bajo la dirección de Ramón Carrillo:

- 1) Preservación, conservación y restitución de la salud de la población.
- 2) Problemas de la higiene.
- 3) Profilaxis y tratamiento de las enfermedades.
- 4) Defensa sanitaria de las fronteras y cooperación internacional.
- 5) Medicina preventiva.
- 6) Fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos.
- 7) Protección médica integral de la madre y el niño.
- 8) Higiene y medicina infantil.
- 9) Higiene y medicina del trabajo.
- 10) Prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, sin enfermedad y vejez que correspondan.
 - 11) Readaptación y reeducación de los enfermos e inválidos.
 - 12) Higiene de la vivienda urbana.
 - 13) Higiene y medicina en el deporte.
 - 14) Aspectos higiénico-sanitarios del suministro de agua potable y de las redes cloacales.
- 15) Reglamentación y fiscalización del ejercicio de las actividades de la Salud Pública y las profesiones médicas.
- 16) Fiscalización de lo atinente a la producción de productos médicos, biológicos, alcaloides, estupefacientes, dietéticas, insecticidas y de tocador, drogas, aguas minerales, yerbas medicinales y material e instrumental de aplicación médica.
- 17) Creación y dirección de establecimientos para fines de Salud Pública y fiscalización de los privados.
- 18) Control de los subsidios a entidades públicas y privadas de salud.
- 19) Inspección y fiscalización técnica del funcionamiento de institutos y sanatorios.
- 20) Demología sanitaria de la Nación.
- 21) Educación higiénico-sanitaria de la población.
- 22) Fiscalización de la aplicación de los conocimientos de las ciencias médicas.

Entre 1946 y 1951 se construyeron treinta y cinco policlínicos en todo el país, esto llevó a elevar el número de camas públicas en más de 130.000. En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó (Tobar, 2001)

A comienzos de los años '50, se había erradicado el paludismo que sólo cuatro años antes, afectaba a 300 mil argentinos.

Durante los años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción sanitaria basada en la medicina social.

Durante el primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan la Ley de Sanidad Pública, N° 13019. A través de la misma se garantiza la financiación y sometimiento de los servicios públicos para ofrecer servicios de asistencia médica, pública y gratuita al 65% de la población argentina que era

considerada no pudiente, y para ofrecer servicios de tarifas reducidas a otro 20% de población en mejor situación económica.

Ramón Carrillo no se quedará con la medicina como ciencia cerrada, la abre y la expande hacia la sociedad, que le sirve para auscultar sus padecimientos. Por eso toma la historia que le servirá para entender esa situación, los responsables y la forma de modificarla. Por otro lado fue un hombre que entendió al Estado como espacio esencial en el camino de revertir las situaciones deficitarias de la salud de la población.

Al elaborarse el Primer Plan Quinquenal, Carrillo se encuentra con la necesidad de planificar la construcción de hospitales, institutos, sanatorios para crónicos, centros de salud, hogares para niños y ancianos, hogares escuelas, entre otras obras. La situación la resolvió con un criterio pragmático y ejecutivo.

Se armó así un inmenso aparato organizado, cuyos primeros resultados positivos pudieron observarse en la rápida formación de una conciencia sanitaria, documentada por el éxito de las campañas masivas de vacunación antivariólica y antidiftérica aunque, es lógico, los logros más significativos y espectaculares tuvieron que ver con las campañas masivas, de gran envergadura y dimensión nacional, que instrumentó para erradicar enfermedades endémicas.

Los trabajos, que se llevaron a cabo por intermedio del entonces Ministerio de Obras Públicas, por la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud (que creó con ese fin) y por la Fundación Eva Perón, darían como saldo la creación de 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas. Esta extraordinaria labor tuvo como pilares a los dos brazos de la antiburocracia, Eva Perón y Ramón Carrillo.

La lucha antipalúdica

Los logros más significativos de la gestión de Carrillo estuvieron vinculados con las campañas masivas de dimensión nacional que instrumentó para erradicar enfermedades endémicas. El ejemplo mayor lo constituyó la lucha contra el paludismo que diezaba a la población del nordeste del país. Durante tres años brigadas trabajaron casa por casa y pueblo por pueblo, bajo la dirección de los Dres. Carlos Alberto Albarado y Jorge Argentino Coll con centro en Tucumán. La enfermedad fue derrotada y tuvo repercusión internacional. Campañas similares se desarrollaron contra los brotes de fiebre amarilla en la frontera con Bolivia, las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la viruela, la rabia (Alzugaray, 1988).

Dentro de lo que Carrillo llamaba “Grandes Luchas Sanitarias” se ubica a la Campaña contra el Paludismo, a la cual organizó con la idea de “disputar palmo a palmo” y casa por casa el terreno que había invadido el *Anopheles pseudo puncti penni* (mosquito causante de la enfermedad).

La Campaña, fue uno de los mayores emprendimientos sanitarios realizados en el mundo hasta entonces, debido a la cantidad de técnicos, vehículos y equipos que se movilizaron; a la enorme superficie abarcada; a la coordinación; y sobre todo al espectacular resultado alcanzado, la disminución de casos nuevos, de 300.000 en 1946 a 137 en 1950.

Otro éxito notable fue el descenso del índice de mortalidad infantil que bajó del 90 por 1000 en 1940, al 56 por 1000 en el 1955. Se debió no solo a una acción sanitaria directa sino también a una política social general que había elevado los índices de nutrición, higiene, bienestar y condiciones de vida, en un país que en 1946 tenía un tercio de su población sub-alimentada.

Durante su gestión también fue creada EMESTA, primera fábrica nacional de medicamentos, pese a las fuertes presiones de las multinacionales. EMESTA, que estaba dedicada a abastecer a todos los establecimientos públicos del país, constituyó un gran freno para las multinacionales ya que les impidió dominar el mercado y abusar de los precios.

El médico santiagueño vio el avance de la medicina asistencial a la medicina social, desde donde se propuso no sólo curar enfermos sino ensañar al pueblo a vivir en salud.

Uno de sus discípulos, Raúl Matera (1985), sentenció que la labor ministerial de Carrillo, marcó un hito en la política nacional sanitaria pudiéndose hablar de dos épocas: antes de Carrillo y después de Carrillo; y que esto ya está inscrita en la historia.

Centro Sanitario y Ciudad Hospital:

Durante su gestión el Dr. Carrillo impulsó un conjunto de propuestas, entre las cuales se destacan las ideas de Centro Sanitario y Ciudad Hospital.

El Centro Sanitario, debía ser un conjunto de consultorios polivalentes con servicio social, visitadoras sanitarias, y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios. Debía ser urbano, central de fácil acceso. Desde allí con ambulancias para el traslado a la Ciudad Hospital. Estos centros debían incluir en su diseño baños públicos y sala de conferencias, entre otros servicios. En áreas suburbanas y en relación con uno o más Centros Sanitarios funcionaría la Ciudad Hospital, integrada por un grupo de monoblocks independientes pero administrativamente centralizados.

La Ciudad Hospital, era el organismo típicamente hospitalario de asistencia de los enfermos.

Para la instalación de la Ciudad Hospital, Carrillo preveía, un amplio estudio sobre cada zona, obtención de datos estadísticos, encuestas económico-sociales (tipo de población, composición por sexo, edad, nacionalidad, ocupación, necesidades, etc.), estudios de la zona, de sus medios de comunicación, transporte. Todos los detalles estarían contemplados. Lo primero sería el trabajo de prevención, el examen de salud, la búsqueda del enfermo en el hogar, en la escuela, en los lugares de trabajo; la higiene general, la asistencia social, es decir llevar toda la obra de salud al individuo y su familia.

La década del 40 es testigo de un doble nacimiento, el del Estado “responsable-garante” del derecho a la salud y el de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales que más tarde darán origen al sistema de obras sociales (Belmartino, 1991).

Salud y Política Social para Carrillo

Raúl Matera, conoce a Carrillo en 1939, cuando Carrillo se hizo cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central, y le atrajo “la modestia de su personalidad, su talento y capacidad y, por encima de todo, la amplia disposición con la que me invitó a seguirlo en esa especialidad, que también yo abrazaría con fervor y entusiasmo” (Matera, 1985: 23).

La política sanitaria basada en un fuerte contenido social no es algo aislado. Por el contrario es elevada a política de Estado, a través de su integración a los planes quinquenales, conjugándola con una estrategia, con un proyecto de país. Aquellos contenidos precursores que nosotros olvidamos, son el sustento de las pocas experiencias sanitarias exitosas que se destacan en el mundo actual (Fernández, 2004).

Carrillo pensaba que el desafío en salud pública, era concretar una política que tuviera como objetivo lograr “que no haya enfermos”. Para lograr ese objetivo, no podía haber una mirada exclusivamente sanitaria, separada de la realidad económica, social y cultural de la sociedad.

Implicaba participar de un proyecto de desarrollo basado en la justicia social, en la inclusión de los postergados, en el fácil acceso a la atención médica, en la vivienda digna, en la vida sana, en la igualdad de oportunidades, en el mejoramiento de las condiciones de vida.

Y eso era posible sólo si se entendía a la salud como un derecho ciudadano y al Estado como el responsable de asegurarlo. Carrillo planteaba con lucidez que no podía haber una política sanitaria si no había como marco conceptual un proyecto de política social. Y, a su vez, que “no hay una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría” (Carrillo, 1951: 96)

Sus palabras no pueden ser más claras:

El hombre está rodeado por un círculo, el microcosmos, al que corresponde la medicina asistencial; a su vez, en otro círculo, que es el ambiente físico inmediato, el mesocosmos, al que corresponde la medicina sanitaria, y, todo encerrado o involucrado en un círculo concéntrico más amplio, que es el ámbito social, al que atañen los factores indirectos de las enfermedades, que corresponden a la medicina social. (...) La medicina sanitaria tiene como objetivo el tratamiento del ámbito biofísico, es decir los factores directos de las enfermedades y también los indirectos, como la ignorancia, la alimentación insuficiente o deficiente, la vivienda, el trabajo en condiciones inadecuadas o insalubres (...). La medicina sanitaria es defensiva y profiláctica; en cambio la medicina social es, naturalmente, por esencia, de carácter preventivo (...). Pero hay una forma más avanzada, más nueva aún, que constituiría un cuarto círculo concéntrico y que está relacionada con la pedagogía, que tiene por objeto perfeccionar la salud, que es activa, dinámica (...). Esta es la medicina del porvenir porque tiene el más profundo e integral sentido humano (Carrillo, 1951a: 6-36)

El propio Perón en 1956 resume el balance de la gestión de Carrillo en Salud Pública durante ocho años (1946-1954)

Sería largo historiar la acción proficua y decidida de este primer ministro de Salud pública, pero algunos datos estadísticos serán elocuente reflejo de esta acción. En 1946 el país tenía 66.300 camas hospitalarias en 1951 sumaban 114.000. Mediante un nuevo método de dedetización sistemática, se terminó con el paludismo en sólo dos años de acción intensa y no se conocen nuevos casos. En 1946 el índice de mortalidad por tuberculosis era de 130 por 100.000, en 1954 ese índice era de 36 por 100.000. La sífilis y las enfermedades venéreas han desaparecido en su casi totalidad con el empleo adecuado de los modernos antibióticos. La lepra ha sido circunscripta a los leprosarios preparados y habilitados. De la misma manera se ha terminado con las epidemias de tifus exantemático, brucelosis, etc. La organización sanitaria asegura ahora una vigilancia estatal sobre toda epidemia propia o emigratoria, de modo que podemos afirmar que, por primera vez, la población Argentina está realmente protegida contra ese peligro siempre latente... La medicina preventiva ha recibido un impulso extraordinario. Las revisiones periódicas, los catastros pulmonares permanentes, desconocidos en nuestro país, van siendo generalizados en casi todo el territorio. Podrán morir argentinos por miserias fisiológicas, pero ya no mueren más por miserias sociales (Alzugaray, 1997: 220-231)

Cambios significativos por la incidencia de las políticas llevadas a cabo por el Dr. Carrillo

- La construcción de 35 policlínicos en todo el país, elevando la cantidad de camas públicas a más de 130.000, 7.4 camas cada 1000 habitantes.
- Se nacionalizaron los establecimientos públicos, desplazándose a las sociedades de beneficencia.
- La esperanza de vida creció de 48 años en la década del 30 a 60 años en la década del 50.
- Se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó.
- A comienzos de los 50 se había erradicado el paludismo que afectaba a 300.000 argentinos. Se detectaron sólo 137 casos. Se redujo en un 50% la mortalidad por tuberculosis.
- La Argentina contaba con una de las mayores coberturas del mundo, sin desconocer la institucionalización de una concepción propia de Medicina social. Se trabajó en forma articulada entre nación y provincias, se creó una red de centros ambulatorios que permitió abarcar la totalidad de factores que incidían en la salud de la población.
- Durante el primer Plan Quinquenal se sancionaron las leyes de Sanidad Pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación, y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos, la asistencia médica, completa y gratuita al 65% de la población que era considerada no pudiente y el ofrecimiento de servicios a tarifas reducidas a un 20% de la población de mejor situación económica.

En ese período el sistema de salud Argentino superaba al británico tanto en recursos como en resultados (Gonzalez García- Tobar, 2004).

Bibliografía

- ALZUGARAY R. A.** (1977) *Ramón Carrillo o la Salud pública. Todo es Historia..* Vol. 117. Buenos Aires
- ALZUGARAY R. A.** (1988) *Ramón Carrillo. Fundador del sanitarismo nacional.* 1 y 2. Centro Editor de América Latina.
- BARRIOS, D.** (2004) *Ramón Carrillo. Primer Ministro de Salud de la Nación. No hay política Sanitaria sin Política Social.* En INFOR-MET yahoo.com.ar . Mar –Dic. 2004
- BELMARTINO, S.** (1991) *Políticas de Salud en la Argentina perspectiva histórica.* En: Cuadernos Médicos Sociales N° 55: 13-33
- CARRILLO, R.** (1951). *Teoría del hospital.* EUDEBA. Buenos Aires.
- CARRILLO, R.** (1951a). Plan sintético de salud pública 1952-1958. Ministerio de Salud Pública de la Nación .Buenos Aires
- CARRILLO R.** (1951b) *Progresos de la Medicina Social en la Republica Argentina.* Cuarta Conferencia del ciclo “Recientes conquistas de la sanidad argentina”. 23 de Febrero de 1951. En *Contribuciones al conocimiento Sanitario.* Ed. Talleres Gráficos del Ministerio de Salud Publica de la Nación.
- CARRILLO, R.** (1947) *Discurso en la Secretaria de Salud Pública de la Nación, al inaugurar la 2da. Conferencia de Epidemiología y Endemias.* Argentina. 6 de Octubre de 1947. En: *Revista Archivos de la Secretaria de salud Pública.* Vol. II. Nro 11. Agosto de 1947. Pág. 35-37
- FERNÁNDEZ, D.** (2004). *Salud una cuestión de criterios.* Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Opinión. Diciembre
- GONZÁLEZ GARCÍA, G –TOBAR, F.** (2004) *.Salud para los Argentinos.* Ediciones Salud. Buenos Aires
- HERNÁNDEZ P. J.** (1999). *La doble vocación. Perfiles de la militancia peronista.* Bibles. Buenos Aires
- KATZ I.** (2004). *Argentina Hospital, el lado oscuro de la salud.* Edhasa, Buenos Aires.
- MATERA, R.** (1985) *Homenaje al Dr. Ramón Carrillo. Discurso del Dr. Raúl Matera.* En *Revista Salud y Sociedad.* Nro.3.Vol 8. Mayo-Junio 1985
- ODDO V.** (1999). *Historia de la medicina en Santiago del Estero.* El liberal, Argentina
- ORDÓÑEZ M. A.** *Ramón Carrillo el Gran Sanitarista Argentino.* En <http://electroneurobiologia.gov.ar/index2.htm>>. *Electroneurobiología.* 2004; 12 (2) pp.144-147. URL.
- PAEZ, O.** (directora de investigación) (2006): *Dr. Ramón Carrillo de Santiago del Estero a Belem do Pará.* Arcangel Maggio S.A- (ISBN:987-05-1892-3) Homenaje ALUBAR - (publicado en portugués y español
- TOBAR F.** (1985). *Breve Historia de la prestación del servicio de Salud en Argentina.* http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf 23/08/2001

políticas sociales en la escuela: ¿es posible el espacio de la ciudadanía?

Mario Villarreal ¹

Introducción

El presente artículo se propone analizar el escenario escolar en tanto espacio particular de ejecución de políticas sociales y arena de definición de la cuestión social abordando el lugar de los jóvenes en el espacio escolar.

Partimos del supuesto que es en los límites y las posibilidades que el escenario escolar permite se dan los alcances del ejercicio de la ciudadanía. Particularmente de los jóvenes y desde ellos de sus familias.

Se pretende con el artículo plantear los primeros recorridos teóricos de la investigación “Impacto de las políticas sociales en el Proyecto Institucional de las escuelas públicas cordobesas” que desarrollamos como equipo de cátedra este año y que cuenta con antecedente el proceso de cuatro años de investigación en los proyectos:

2004: Necesidades que plantean las demandas de Intervención Institucional en Escuelas al Trabajo Social.

2005: Los obstáculos y posibilidades para abordar las necesidades desde la institución educativa.

2006- 2007: La Intervención institucional de Trabajo Social en instituciones educativas y la trayectoria que la cátedra de Trabajo Social V. Intervención en Instituciones desde el año 1992 viene trabajando con contenidos afines al proyecto, entre ellos para destacar, desde 2006, el Encuentro de Centros de Estudiantes Secundarios.

¹ Licenciado en Trabajo Social (Universidad Nacional de Córdoba) Magister en Administración Pública. Docente e investigador de las universidades nacionales de Córdoba y Villa María.

El estado, las políticas sociales y la cuestión social

Los procesos de legitimación de la desigualdad están íntimamente ligados a la implementación de las políticas sociales como mecanismos de “procesamiento” de la conflictiva social. Es en estas respuestas institucionales donde podemos encontrar el origen de variadas disciplinas de las ciencias sociales, entre ellas el trabajo social.

Es por ello, que en el afán de “tratar” la “cuestión social” en sus manifestaciones más sobresalientes el Estado capitalista fragmenta la misma en una multiplicidad de “problemas sociales” no reconociendo la contradicción de fondo y “procesando” esta contradicción de dos maneras:

(...) es posible intervenir sobre la “cuestión social” en el marco de este orden, o sea que no es necesaria otra estructura societal. La segunda luz: haciendo intervenciones técnico-manipulativas. Para decirlo más sencillo: hay problemas sociales, con buena administración y buenos técnicos podemos solucionarlos (...) (Netto, 2002: 13)

“Quien subestima la fuerza de la ideología no hará nada bueno. Las amplias masas apolíticas son las que determinan la suerte de la revolución. ¡La energía revolucionaria está acumulada en la vida cotidiana!” Wilhelm Reich

La reflexión de Wilhelm Reich nos desafía a pensar sobre los procesos de legitimación de las desigualdades sociales, las cuales se “condensan” en el ámbito de la vida cotidiana de los diferentes grupos sociales. La clásica distinción sobre el rol del Estado Moderno

como referente de la ciudadanía el Estado moderno se funda en la idea de igualdad y libertad y como constitutivo del proceso de acumulación capitalista, se funda en la desigualdad estructural (...) el Estado que conocemos sostiene simultáneamente- la libertad y la igualdad y la dependencia y la desigualdad

Estela Grassi al respecto va a señalar

El Estado que conocemos sostiene- simultáneamente- la libertad y la igualdad, y la dependencia y la desigualdad. En tanto la contradicción es constitutiva, empuja los problemas que la ciencia política designa como problemas de legitimidad, al tener que hacer compatibles la igualdad formal a partir de la desigualdad estructural que constituye a la sociedad capitalista” (Grassi, 2003: 14).

Un concepto que permite pensar el objeto es el de “Cuestión Social”, según Estela Grassi,

la cuestión social es una cuestión política y de ninguna manera el resultado natural o predeterminado de una ley histórica (...) Es que no se trata de cuestiones unidimensionales, limitadas a un espacio económico hipotéticamente aislable, sino que comprometen la totali-

dad de la vida social y los circuitos de selección y exclusión discurren por todas las instituciones del espacio social: políticas, educativas, de protección, culturales...” (Grassi, 2004: 39-50)

Definir la cuestión social y las políticas sociales es el punto de partida para poder abordar la complejidad de los fenómenos que se manifiestan en los espacios educativos. Estos espacios que hoy por hoy se constituyen en uno de los escasos y magros enclaves de políticas universales, aparecen para la lógica de igualdad/desigualdad acoplada a la dupla inclusión/exclusión social.

Las particularidades de las políticas sociales en el neoliberalismo

*“Instrúyanse, porque necesitaremos toda nuestra inteligencia.
Conmuévanse, porque necesitaremos todo nuestro entusiasmo.
Organícense, porque necesitaremos de toda nuestra fuerza”*
Antonio Gramsci

La instauración del modelo neoliberal, que en Argentina comienza a partir de la dictadura militar de 1976 y se consolida en la década de los noventa con Menem, fue-parafraseando a Perry Anderson (1999)- una reacción y una ofensiva teórica y política al Estado de Bienestar, sobre todo a aquel intervencionismo del Estado sobre el mercado.

De esta forma, el neoliberalismo, en cuanto programa político y teórico atacó una-multiplicidad de procesos, de los cuales aparece con mayor relevancia el económico, pero también se produce un ataque sistemático a otros procesos referidos a lo político, lo social y lo cultural. Para ello, se recurre a los aportes de Marx y Engels cuando señalan que “Las ideas (Gedanken) de la clase dominante, son en cada época las ideas dominantes, esto es, la clase que es la fuerza material dominante, es al mismo tiempo, su fuerza espiritual dominante...” (Marx y Engels, 2005: s/d).

Es decir, el neoliberalismo no sólo se constituye en un modo de producción capitalista con sus particularidades -adquiriendo características como la flexibilización laboral, la represión a los movimientos obreros, la elevación de las tasas de interés, la baja en los impuestos sobre los ingresos altos, la abolición de los flujos financieros, aumento del desempleo, corte de gastos sociales, retirada del Estado (Anderson, 1999)- sino que también es un ataque sistemático a la cultura -instalando el miedo a la política y su posterior descreimiento, el individualismo, el ataque a la “cultura del trabajo”, el fin de la historia, entre otros- tanto en el plano de la clase trabajadora como en los espacios académicos.

Dentro de este ataque sistemático, el Estado no está exento de esta ofensiva, tanto en su concepción teórica como en la vida política. Así, la corriente neoliberal y antikeynesiana señala la

(...) ingobernabilidad de las democracias contemporáneas: (es) debido a la sobrecarga de las demandas provenientes de múltiples intereses coagulados...La solución indicada por esos liberales que fetichizan el mercado sería el desmonte del Welfare State: pregonan el

retorno del Estado-mínimo, mediante una drástica reducción de los derechos sociales, de las políticas públicas, y si es necesario...de los derechos políticos (Couthino, 2000: 116).

Es decir, esta noción de Couthino, de un Estado neoliberal que sea mínimo, en lo referido a la accesibilidad de los derechos sociales y las políticas sociales, coincide con la noción de Estado neoliberal propuesta por Perry Anderson (1999) pero, éste también añade que debe ser un Estado fuerte capaz de controlar al movimiento obrero y sindical y mantener un control sobre el dinero.

De esta manera desde una visión neoliberal todo intervencionismo estatal es antieconómico y antiproduktivo porque ha desincentivado al capital a invertir y a los trabajadores a trabajar.

Resulta ineficaz porque tiende a la monopolización económica estatal y al tutelaje de los intereses particulares en vez de responder a las demandas de los consumidores dispersos en el mercado; y es ineficiente porque no ha logrado terminar con la pobreza e, incluso la ha empeorado con el desplazamiento de las formas tradicionales de protección social basadas en la familia y en la comunidad. (Laurell, 2000: 243).

Esto, se materializa concretamente en un giro absoluto en el tratamiento de la “cuestión social” por parte del Estado, ya que las políticas sociales comienzan a ser *focalizadas*, centrándose en los más pobres entre los pobres, *descentralizadas*, de forma tal que muchos municipios e intendencias tuvieron que afrontar la ejecución y desarrollo de políticas sociales sin tener los recursos ni personal necesario y privatizadas, permitiendo la obtención de ganancias por parte de empresas, dejando en manos del Estado y la sociedad civil aquellos sectores improductivos.

Laurell (2000) expresa que, con la expansión de las privatizaciones, las políticas sociales neoliberales, garantizan un mínimo de bienestar social para aliviar la pobreza, pero con servicios públicos insuficientes y con niveles mínimos de alimentación, salud y educación para la población. Sostiene que es el ámbito de lo privado, la familia y la comunidad, las fuentes que deben proveer del bienestar.

Carlos Montaña (2003), con respecto a la privatización señala la existencia de dos estrategias principales, por un lado, la re-mercantilización, que como ya se señaló supone transformar determinados servicios en ganancia capitalista y por otro lado, la refilantropización, en la medida en que determinados sectores de la sociedad no puedan acceder a la asistencia estatal ni a la privada se transfieren a la órbita de la sociedad civil.

Esto fue generando el avance del tercer sector en la atención a la “cuestión social”. Según Montaña esto supone pasar de una lógica de Estado a una lógica de la sociedad civil, tanto el mercado como la sociedad civil no son ámbitos que se rijan por el principio de igualdad y democracia. “...en la sociedad civil y en el mercado (se) convierte la igualdad frente al Estado en desigualdad: las personas se diferencian, aquí, por lo que poseen...” (Montaña, 2003: 110). Así, las políticas sociales del Estado son reducidas en calidad y variedad, y no son sustituidas por las acciones desarrolladas por el tercer sector, por ser multifragmentadas y sectoriales. Tienen un vaciamiento de la dimensión de “conquista” y de “derecho”; se dirigen a la familia como espacio unitario, sin distinción de sus

miembros, por una parte, y por otra, se pone a los niños, mujeres y ancianos de manera individual, como sujetos a-histórico y sin relaciones sociales.

De esta manera, el neoliberalismo liquida las políticas sociales de corte universal, pregonando nuevas políticas sociales que profundizan relaciones clientelares con los “beneficiarios” y naturalizan las desigualdades sociales. El carácter *focalizado* de las políticas sociales tienen el objetivo de solventar las desigualdades más extremas, “*garantiza un mínimo de seguridad para todos*” como los planes y programas circunscriptos a acciones “anti-pobreza” y contra el desempleo.

En el neoliberalismo, el proceso donde se dirimen las políticas sociales, ya no sólo interviene la clase trabajadora, el Estado y la burguesía, sino que otro actor social que incidió –e incide- en la formulación de las Políticas públicas y del control de los gastos, son los organismos de crédito como el BM (Banco Mundial), el BID (Banco Interamericano de Desarrollo), el FMI (Fondo Monetario Internacional) entre otros que, con su financiamiento traen conjuntamente sus “recomendaciones”.

También en el espacio público oficial, las acciones y los discursos de los “expertos” (Fraser, 1993) -o los mal llamados técnicos- en forma general, tienden a considerar la politización de las necesidades de la clase trabajadora, como casos individuales y no como miembros que participan en grupos sociales o en organizaciones sociales.

Así, la política social es dirimida de forma cada vez más compleja interviniendo en ella una multiplicidad de actores. De modo que es posible pensar la misma en forma de “ensamble” donde los diferentes intereses en juego se encuentran incluidos en la política social. Destacándose en la misma, una dimensión material que “brinda” bienes y/o servicios a la población “beneficiaria” y una dimensión del orden simbólico que supone la transmisión de ciertos valores, visiones del mundo, cosmovisiones².

Por lo tanto, en esta segunda dimensión de la política social subyace una visión de los beneficiarios como “sujetos/objetos pasivos”, donde se naturalizan las desigualdades e incluso -en muchos casos- desde una visión funcionalista se considera al sujeto como “desviado”, anormal. Es decir, sólo se recupera en la política social la dimensión de carencia del sujeto³, como mero portador de necesidades, sin reconocer en él su potencialidad -germen transformador- como sujetos transformadores y de actitud crítica, involucrado en la interpretación y disputa de y por sus necesidades y en la definición de sus condiciones de vida.

Es decir, que en el contexto neoliberal, predomina lo que José Paulo Netto llama la psicologización de la “cuestión social” que la considera como

El pasaje de la moralización de la sociedad a la individualización de los problemas sociales (siendo) un proceso que enlaza, como se verifica, componentes teórico-culturales y tendencias económico-sociales propias de la gestión y de la consolidación del orden monopolista (Netto, 1992: 42).

² Esto no implica que los “beneficiarios” de las políticas sociales acepten acriticamente esta dimensión simbólica, sino que el objetivo es desmitificar aquella visión de que las políticas sociales no transmiten valores, visiones de mundo, que por lo general coinciden con la de la clase dominante.

³ En este caso, hacer referencia al sujeto no supone considerarlo de forma aislada ni a-histórica, sino mas bien, como señala lamamoto “*No se niega la singularidad de los individuos, en una visión determinista de la historia, pero esa individualidad es tenida como expresión y manifestación de su ser social, de su vida en sociedad*” (lamamoto: 1984: 81).

¿Qué pasa en las escuelas? La política educativa: las particularidades del escenario escolar

¿Esos edificios materiales y simbólicos que resultaron de los sueños de los poderes públicos y del conjunto de actores sociales están destinados al derrumbe obligatorio? ¿Las instituciones educativas son o eran el andamiaje apropiado para el despliegue de sueños de órdenes sociales modernos?

“Arquitectura institucional metafórica sobre cuyos restos y ruinas se siguen construyendo los edificios materiales y simbólicos de las sociedades” (Frigerio, 1993).

Queremos

...destacar que la institución educativa surge con una asignación de sentido dada desde la social. Asignación que viene a parcelar el terreno social, creando esos edificios materiales, simbólicos e imaginarios que albergan los intentos de respuestas a necesidades reales o “inventadas” por las sociedades.

Desde que el hombre se plantea la cuestión propia del lazo social, la cuestión de la educación toma forma de prácticas y discurso para terminar construyendo arquitecturas educativas y edificios escolares (Ibíd.).

En ese sentido la educación en tanto proceso social involucra prácticas sociales que llevan las marcas de los momentos históricos y de las construcciones planteadas en la reproducción social.

Se trata, como destaca Eugene Enriquez (1987), de instituciones en sentido estricto en las que su finalidad primordial es de “existencia”, no de producción, se centran en relaciones humanas, en la trama simbólica e imaginaria donde estas se inscriben, y no en las relaciones económicas. Operan con seres humanos a los que se le posibilitan, o no, vivir, trabajar, educarse, confortarse, curarse, cambiar y “tal vez crear el mundo a su imagen” (Garay, s.f).

“Nos gustaba la casa porque aparte de espaciosa y antigua (hoy que las casas antiguas sucumben a la más ventajosa liquidación de materiales) guardaba los recuerdos de nuestros bisabuelos, el abuelo paterno, nuestros padres y toda la infancia” “Casa tomada” Julio Cortázar

Asistimos a una educación “tomada”, puesta de remate por las políticas neoliberales.

Para comprender las políticas sociales actuales, es necesario enmarcarlas en su profunda transformación a partir de la implementación desde el marco del neoliberalismo. Aquí haremos algunos señalamientos que son válidos en general para las políticas sociales y que afectaron las políticas educativas en particular.

(...) dadas las sustantivas transformaciones en el mundo del trabajo, de forma tal de afectar la realidad de las clases trabajadoras, usuarios principales de las políticas sociales, y dados los cambios desarrollados en el ámbito de los Estados Nacionales... podemos entonces afirmar que, consecuentemente las políticas sociales en el actual contexto neoliberal son sustantivamente alteradas en sus orientaciones y en su funcionalidad” (Montaño, 2003: s/d) “ Se crea una modalidad poli-

morfa de respuestas a las necesidades individuales, diferente según el poder adquisitivo de cada quien.

Como señala el investigador Pablo Gentili (1998) el *neoliberalismo privatiza todo, inclusive el éxito y el fracaso social*. Señala más adelante "...una sociedad moderna (y "libre") es aquella en la cual solo los mejores triunfan. Dicho de manera simple: la escuela funciona mal porque las personas no reconocen el valor del conocimiento e invierten poco en su capital humano".

Los profesores trabajan mal y no se actualizan; los alumnos hacen como si estudian cuando en realidad pierden el tiempo; etc. La sociedad no solo sufre la crisis de la educación. Ella también la produce y la reproduce.

La retórica neoliberal enfatiza así que debe desconfiarse de la capacidad supuestamente milagrosa del gobierno para mejorar la calidad de la escuela. Semejante tarea depende mucho más del empeño y esfuerzo individual de las personas y las familias que de las iniciativas que pueda (o quiera) implementar el Estado.(...) Desconfiar del Estado y de la sociedad es, de esta forma el primer paso para reconocer que la transformación de la educación depende de la capacidad, la inventiva, el esfuerzo y el merito incesante de cada alumno (maestros, alumnos, personal no docente, padres, etc.) para cambiar su propio trabajo en su propia escuela (Ídem. p, 113:114).

Esta lógica de poner el acento en lo individual rompe con la idea universalista de las políticas sociales y de derecho.

Aun así persiste en la perspectiva juvenil la idea de "movilidad social". Por eso ante la pregunta "para que ir a la escuela?" existen una serie de constantes tanto en el trabajo realizado como en estudios del temática (Tenti Fantani, Auyero, entre otros).

Hoy la Argentina es una sociedad mucho más desigual (Auyero, 2005). En los últimos años, en las barriadas nos encontramos con la desigualdad más abismal llevada al límite de lo imaginable, e inédito para nuestro país.

Donde no están señalizadas las calles, no existen las cloacas, no entran los colectivos, no hay centros de salud, ni registros civiles hay una escuela. Este dato parece obvio, para quienes conocen el grado de expansión del sistema educativo argentino, pero no lo es. Ya que al referirnos a la educación y a la igualdad y su posible reverso –el de la educación y la pobreza- quizá sea este el punto de inflexión en el que radique una oportunidad –en términos históricos y sociales- de que algo se modifique o altere frente a lo crudamente real como es aún y, con riesgo de cristalizarse, el profundo desamparo en que viven las jóvenes generaciones (Redondo, 2006: s/d)

La escuela es la institución que está de pie en las zonas más alejadas de los espacios de poder. Cuando en los barrios no quedó nada, con el que "se vayan todos" y a pesar de la fuerte crisis de legitimidad que atraviesan las instituciones es la escuela la referencia obligada en lo barrial.

A su vez que espacio de reproducción de lo cotidiano: se educa, da de comer, registra necesidades, canaliza programas y proyectos del estado que "ba-

jan” recursos a la comunidad. También es la escuela el espacio de la producción de sentidos en tanto la misión de educar se pone en juego.

La situación social que produce el sobrevivir ubica el presente como un día a día cargado de urgencias y emergencias. En la escuela, los docentes quedan sujetos a atender y resolver multiplicidad de tareas y funciones habitando un cotidiano escolar intensificado y sobrecargado por cubrir aquello que falta e intentar cumplir con lo que sería lo específico de su tarea, la enseñanza. Y repetirse a sí mismo, al mismo tiempo que a sus alumnos, la validez del conocimiento y el saber, a sabiendas de que, en la superficie escolar, se desdibuja y desgarrar por el arrasamiento que provoca la marginación” (Redondo, 2006: s/d).

Las situaciones de abandono, privaciones, falta de oportunidades y hasta los conflictos con la ley que padecen los alumnos ponen en tensión y conflictiva a los docentes que deben llevar adelante la tarea de enseñar. Además que los modos, y los discursos en los que los docentes se formaron, aprendieron y tienen seguridad para ejercer su rol están cuestionados por la misma realidad social de los alumnos y las situaciones que atraviesan el espacio escolar. Situaciones de las que muchas veces ellos son también sujetos afectados (precarización laboral, falta de recursos, violencia institucional, sobre exigencias, etc.).

Esta tensión individualiza a los sujetos en un profundo malestar que tiene, entre otros efectos, una horizontalidad de culpabilizaciones. Al no poder cada uno ocupar el lugar para el que fue destinado, con frecuencia se *individualizan los conflictos e institucionalmente se descolectivizan las prácticas* (Castel, 2004).

Las respuestas a las preguntas realizadas a los docentes sobre cómo imaginan la escuela y a sus alumnos en el futuro, dan como resultado la imposibilidad/obturación de la misma posibilidad de imaginarlo; una mirada absolutamente negativa del presente que inhabilita imaginar otro futuro posible que sea representado como pura continuidad del actual.

La pobreza y la exclusión cada día se constituyen en el principal texto escolar y la tarea docente se circunscribe y limita a la realidad del aula en la escuela. La violencia escolar como signifiante adquiere autonomía propia y se la trata por fuera de la violencia estructural que provoca, en centenares de miles de niños, adolescentes y jóvenes y sus respectivos grupos familiares, la privación más absoluta de aquello mínimo e indispensable para una vida digna (Redondo, 2006: s/d).

Es esta situación la que cuestiona y dispara el desafío: ¿puede la escuela educar ciudadanía? ¿Qué democracia se vive? ¿Qué prácticas ciudadanas se reproducen? ¿La cuestión social está presente, se discute, se negocia en la escuela? ¿Podemos decir que la ejecución de la política social posibilita, acerca procesos de ciudadanía? ¿Resuelve los problemas de los adolescentes la escuela aplicando estas políticas? ¿Es el espacio de la educación? ¿Qué buscan los jóvenes en la escuela? ¿Qué encuentran?

Hoy para qué ir a la escuela es una pregunta pertinente, que la mayoría de los jóvenes y adolescentes se hacen a diario.

Es obvio que aquellos que no son capaces de dar una respuesta satisfactoria a esta pregunta tienen pocas razones para persistir en la carrera escolar. ¿Cuáles son las respuestas posibles y cuáles son las condiciones sociales que las determinan?⁴. Ellas son tres:

a) *La obligación como sentido*. Se va a la secundaria por una obligatoriedad social más que jurídica, «porque sí», porque no hay más remedio, porque no se puede no ir, y esto porque existe un sistema de contención familiar que, pese al vacío de la experiencia escolar y al malestar y padecimiento que puede llegar a producir, no ir a la escuela no es una alternativa objetivamente posible para ciertos adolescentes y jóvenes. En este caso el «ir al colegio» no es objeto de deliberación y elección, sino una experiencia ligada a una condición de edad.

b) *La razón instrumental*. Hay que estudiar por una razón puramente instrumental. Algunos adolescentes asumen la lógica de la postergación de beneficios presentes con el fin de beneficios mayores en el futuro. Si hoy me esfuerzo en los estudios (que en sí mismo no tienen mayor sentido), mañana seré alguien en la vida, podré ingresar a la universidad, podré lograr un buen empleo, recibiré mejor trato, etc.

c) *El amor al conocimiento*. Este emergente tiene que ver con la pasión, con la entrega incondicional al saber o a un campo del saber. Es una energía extremadamente poderosa que, según una representación pedagógica bastante difundida, se constituye en un recurso mayor para el éxito en la carrera escolar”.

“la idea revolucionaria tiene que desalojar a la idea conservadora no solo de las instituciones sino también de la mentalidad y del espíritu de la humanidad. Al mismo tiempo que conquista el poder, la revolución acomete la conquista de pensamiento” J. C. Mariategui

Referencias bibliográficas

- ANDERSON, Perry** (1999): “Neoliberalismo: un balance provisorio.” en “La trama del neoliberalismo.” Editorial CLACSO-EUDEBA. Buenos Aires. Argentina. 19
- COUTHINO, Carlos Nelson** (2000): “Representación de intereses, formulación de política y hegemonía”. En “La política social hoy” Borgianni E.; Montañó C. (Orgs). Cortez Editora. Sao Pablo, Brasil.
- FERNÁNDEZ SOTO, María Silvia** (2004): “Implicancias de la cuestión social en la intervención profesional”. Revista Escenario. Año 4 (Nº 8). Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- FRASER, Nancy** (1993): “Repensar el ámbito público: una contribución a la crítica de la democracia realmente existente”. *Debate Feminista*. Año 4. Volumen 7, México.
- FRIGERIO, Graciela** (1993): “¿Se han vuelto inútiles las instituciones educativas?” en “¿Para que sirve la escuela?” AAVV. Editorial NORMA. Buenos Aires. Argentina
- GARAY, Lucya**: “La cuestión institucional de la educación y la escuela: conceptos y reflexiones”.
- GENTILI, Pablo** (1998): “El consenso de Washington y la crisis de la educación en

⁴ Aquí tomamos los aportes de Tenti Fanfani (1990)

América Latina en “Neoliberalismo versus democracia” AAVV. Editorial La Piqueta. Madrid. España

GRASSI, Estela (2004): “Cuestión social: precisiones necesarias y principales problemas”. *Revista Escenario*. Año 4 (N° 8). Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.

IAMAMOTO, Marilda.; CARVALHO, Raúl de (1984): “*Relaciones Sociales y Trabajo Social. Esbozo de una Interpretación histórico-metodológica.*” Editorial CELATS. Perú.

LAURELL, Ana Cristina (2000): “Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo”, en **Borganni, E. y Montaña, C.** (Orgs.) “*La Política Social Hoy*”. Cortez Editora. Sao Pablo. Brasil.

MONTAÑO, Carlos (2003): “Introducción. Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional Crítico” en “*Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*” AAVV. Cortez Editora. Sao Pablo. Brasil.

NETTO, José Paulo (1992): “Capitalismo Monopolista y Servicio Social.” Cortez Editora. Sao Pablo. Brasil.

----- (2002): “Reflexiones en torno a la “cuestión social” en “*Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*”. AAVV. Espacio Editorial. Buenos Aires. Argentina.

----- (2003): “Cinco notas a propósito de la “cuestión social”” en “*Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional.*” Borgianni E.; Guerra Y.; Montaña C. (Orgs.) Cortez Editora. Sao Pablo, Brasil.

PASTORINI, Alejandra (2000): “¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “concesión-conquista” en “*La política social hoy*” **Borgianni E.; Montaña C.** (Orgs). Cortez Editora. Sao Pablo, Brasil.

REDONDO, Patricia (2006): “*Jornadas de Reflexión Pública ‘La educación en debate: Desafíos para una nueva Ley’*” .Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, Fundación ARCOR y Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba. Córdoba. Argentina. 8, 9 y 10 de Agosto

TENTI FANFANI, Emilio (1990): “*Culturas juveniles y cultura escolar*” IPEE/UNESCO, Sede Regional Buenos Aires. Argentina.

trabajo social y escuela rural. algunos elementos teóricos para la intervención profesional de los trabajadores sociales en la educación rural

Diego Bermeo ¹
Natalia Bonavita ²

I. Introducción

En el presente trabajo, nos proponemos analizar algunas de las conceptualizaciones sobre la educación rural y su influencia en la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito de la educación formal de la provincia de Buenos Aires.

Para tal fin, analizaremos algunas de las producciones teóricas, que se generan en ámbitos oficiales de Educación sobre la educación rural y sobre la función en este ámbito de los orientadores sociales.

También analizaremos los aportes los ámbitos de investigación sobre la temática.

Este trabajo, es el producto del intercambio entre dos aspirantes a Maestría en Trabajo Social por la FTS-UNLP y a Doctor en Educación por la UNTRF-UNLa, que nos encontramos en etapa de redacción de las tesis correspondientes.

Nuestra intención es conceptualizar teóricamente algunas de las intervenciones de los trabajadores sociales en la escuela rural Bonaerense.

La necesidad de conceptuar algunas prácticas, surgieron de los trabajos de campo que realizamos para nuestras tesis y para la elaboración de esta ponencia. Los trabajos de campo, se desarrollaron en el partido de Cañuelas y en el partido de La Plata.

La Educación se plantea en las sociedades modernas como una necesidad. Es decir, es necesario realizar la trasmisión de saberes, valores y representaciones que desde una generación, la generación adulta, son considerados “necesarios” para las generaciones siguientes. Se resaltan como objetivos propios

¹ Magister en Trabajo Social por la UNLP. Docente en la UNLP

² Licenciada en Trabajo Social de la FCS- UBA. Maestranda en Maestría en Trabajo Social de la UNLP.

de esta acción educativa, la búsqueda de la trascendencia, en tanto sociedad perteneciente a un tiempo determinado.

Ahora bien, ese planteo de la educación en términos de necesidad, importa la tarea de determinar qué es lo que se necesita transmitir. Y esto conlleva a reconocer que la necesidad social de educación, así entendida, se inserta en un orden socio económico particular, en el marco de lo que Gramsci ha identificado como “*rapport general político-pedagógico existente en toda sociedad, ya sea como dictadura-coerción ejercida por la ‘sociedad política,(...) ya sea como hegemonía-persuasión ejercida por la ‘sociedad civil’*” (Gramsci, 1981: 21).

La Educación se identifica con una construcción/acción permanente. Construcción en el sentido que no puede pensársela como algo pre configurado y estanco, que escape a las posibilidades de ser modificado. Desde la perspectiva de pensar la acción educativa como una práctica o una serie de prácticas realizadas entre sujetos sociales, resulta necesario considerar que se va a ver influenciada por el acontecer de sí misma, más precisamente por las relaciones que se van a ir estableciendo entre los sujetos que la llevan a cabo. Podríamos plantear que se trata de relaciones sociales que estructuran la acción educativa, pero que también son estructuradas por esa acción. No es algo ya dado, que pueda darse como finalizado en un determinado momento de la vida de los sujetos sociales, sino que cuando se habla de Educación se habla de estas acciones intencionales que ejercen algunos sujetos sociales sobre otros, con intenciones particulares e históricas, sin plantear clausuras previas, aunque sí planteando inicios bien determinados.

Podríamos plantear que la Educación contiene, tanto a nivel de concepto como de práctica concreta, una serie de elementos que la constituyen y definen. Uno de esos elementos es la necesaria intencionalidad con la que se lleva a cabo, intencionalidad que además la define y que presupone la necesidad de una programación de esa intencionalidad (Argumedo, 2001: 32).

Podemos reconocer esa intencionalidad, entre otras cosas, en la división en cuanto al tipo de escuelas existentes: escuelas primarias básicas, de educación secundaria, técnicas, agrarias. La diversidad en cuanto a la intencionalidad deviene más explícita en la escolaridad secundaria, donde podemos encontrar diferentes “orientaciones” en cuanto a qué se enseña, cómo se enseña, a quiénes y para quiénes se enseña (escuelas técnicas, escuelas agrarias, escuelas de arte, escuelas con orientación de gestión económica y recursos humanos, etc.) Podríamos encontrar aquí un claro ejemplo de los que Gramsci va a llamar “*escuelas no inmediatamente interesadas, escuelas profesionales especializadas donde el destino del alumno y su futura actividad están predeterminados*” (Gramsci, 1981:46).

Tal lo planteado por el Dr. Argumedo:

Para comprender al menos algunas formas diferentes de entender lo que es educar, podemos analizar colectivos que se constituyen a partir de la adhesión a una determinada concepción del mundo. Es a partir de la “cultura” del grupo que se definen las “intenciones educativas, que se decide qué es lo que es necesario “enseñar” y cómo enseñarlo. Es evidente, por otra parte, que será más fácil que los individuos aprendan lo

que el grupo considera que “deben” aprender, cuando más temprano se inicie la acción educativa, porque la relación puede ser más complementaria, a causa de la dependencia en que el niño se encuentra con relación a las personas adultas, sin la protección y la ayuda de las cuales le sería muy difícil sobrevivir. Por eso se plantea con más fuerza la lucha política entre los diferentes grupos para tener injerencia en la “formación” de los niños, en el seno de la familia y en la enseñanza básica. En esos terrenos será más fácil difundir la concepción del mundo y ampliar la hegemonía del grupo (Argumedo, 2001: 29).

En la Ley de Educación Provincial N° 13.688/07 se establece el rol del Estado, en tanto responsable de “proveer, garantizar y supervisar una educación integral, inclusiva, permanente y de calidad” (art.5).

Para ello se rescatan concepciones tales como la educación pública como derecho social (art.2) y común a todos los sujetos de la educación (niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores), a través de la cual el sistema educativo bonaerense brinde una “educación de calidad, en términos de justicia social, fortaleciendo el principio de inclusión de todos sin ninguna discriminación” (art. 16), a través de una red de instituciones educativas que impartan “saberes socialmente productivos” (art. 16); entendiendo a éstos en relación a la cultura del trabajo: “el trabajo como valor, como formador de sujetos integrales y creativos” (Puiggrós, 2003: 46).

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, lo discursivo de los debates gubernamentales girarán en torno a una reinauguración de las “relaciones entre el Estado, la niñez y la adolescencia”, haciendo un fuerte énfasis, desde el discurso, en el rescate de “lo local”, como marco para una “nueva institucionalidad” del “ámbito familiar” y “comunitario” (MDH, 2005: 118). Se redefine, entonces, la relación entre el Estado y los diversos actores y organizaciones de la sociedad civil. Desde esta lógica, se transita desde un modelo de intervención de tipo tutelar de la niñez, y específicamente dentro de ella, de la niñez pobre, a un sistema en el cual, desde lo discursivo, se apela a la condición de sujeto portador de derechos para el niño, niña y adolescente, introduciéndose también, desde la nominación, la noción de género. Nos parece, sin embargo, necesario puntualizar rol central que se les asigna a las familias, en este nuevo sistema, el cual inauguraré un sujeto del discurso diferente al anterior, con un llamamiento a constituirse en sujeto de políticas sociales particulares y sectorizadas.

También cabe destacar las modificaciones en la histórica Ley del Patronato de la Infancia N° 10.903/19192, que tiene fuertes implicancias en la nueva Ley Nacional de Educación. Se sanciona la Ley Nacional de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061/05, en el marco de la invocación del Estado como garantista de estos derechos, y recuperando los principios de la Convención Internacional por los Derechos del Niño a la que Argentina adhirió luego de la reforma constitucional del año 1994.

La sanción de esta nueva reglamentación apuntará a la promoción de políticas públicas superadoras de una visión de judicialización y encierro de la pobreza, para restituir, entre otros derechos, el acceso a la educación al “pro-

mover la reinserción escolar de niños, niñas y adolescentes que por diferentes causas hayan dejado de concurrir a la escuela” (art 15).

Se comienza a reivindicar a la educación como “dimensión social” y la necesidad de priorizar las “posibilidades de inclusión de los niños y jóvenes” (DGCyE, 2002).

Por todo esto, se postula que las reformas educativas, realizadas en los últimos años, en mayor medida y con mayor celeridad, que en toda la historia de la educación pública laica, desde su establecimiento como tal, no apuntan ni se proponen el enfrentamiento de las manifestaciones de la cuestión social, ni la definición de un campo problemático.

Sin embargo, se reconoce que el Estado debe, no ya promover, sino garantizar el acceso, la permanencia y la oferta en las diferentes modalidades. Así, la inclusión en la diversidad pasa a ser un derecho enunciado de los ciudadanos y una obligación del Estado.

La diversidad cultural, en las sociedades complejas, y pese a los procesos universalizadores de socialización, está atravesada por la desigualdad social, y en la constitución de ésta, la clase y la organización económico-social en un tiempo y en un espacio histórico determinados, constituyen modelos de identificación social y son núcleos fundamentales en la conformación de formas de pensar, de expectativas y prácticas sociales.

Como puede observarse, la idea misma de educación se amplía reconociendo las particularidades de diferentes grupos sociales y necesidades educativas, comprometiendo al Estado en la institucionalización de las modalidades educativas.

Sin embargo no puede dejar de considerarse, que en el marco de las instituciones educativas, si bien se reconoce la diversidad cultural, diferentes actores realizan prácticas homogeneizadoras y de diferenciación, basándose en cuestiones “naturales”, en representaciones particulares de las relaciones sociales y culturales, que siguen priorizando un modelo cultural “único”, “superior”, a alcanzar, de orden nacional.

“La diferencia es construida cuando se imaginan y asignan determinados rasgos o características a ciertos conjuntos sociales o culturales de manera arbitraria o fundada” (Domenech, E.; 2003: 5).

Cabe entonces analizar las categorías de diversidad y de desigualdad social. En la lectura de los artículos que componen estas nuevas normas, existe un reconocimiento a las diversas realidades que vivencian los sujetos a los cuales se enfoca esta política socio educativa. Sin embargo el reconocimiento de esta diversidad no alcanza para reconocer la existencia de desigualdades en el acceso, la permanencia y la promoción del sistema. Desigualdades del orden de la organización social que les da origen. Las mismas no son puestas en cuestión ni reconocidas en tanto tales. Por lo que se podría postular que las estrategias que plantean una mayor cobertura educativa, un acceso irrestricto al sistema y la garantía de la permanencia en el mismo, se convierten en postulados acotados, ya que una buena parte de la realidad de los sujetos a los cuales se dirigen, es ocultado bajo la premisa de la supuesta “diversidad”, con la que son caracterizados. Lo diferente es diverso, pero en el caso educativo es necesario

reconocer que lo diferente, en muchas ocasiones, también es de orden desigual. Y que esta desigualdad se transforma en exclusión, en el marco de una normativa que pretende ser otra cosa, por lo menos, desde la letra de la Ley.

Se corre así el riesgo de negar las desigualdades de orden societal, encubriéndolas en la categoría de diversidad cultural. Las estrategias de intervención que se diseñan son significativamente diferentes en el caso de la diversidad cultural, frente a la existencia real de desigualdades de origen social. En este sentido no se considera que sea esta una “confusión a-intencional”, sino más bien es una forma de posicionarse, desde el espacio educativo público, frente a los sujetos que en él se encuentran, y a quienes se dirige la acción educativa. Es así como la diversidad es usada, en ocasiones, como legitimación de la exclusión social que padecen determinados colectivos, entre ellos, alumnos y alumnas de sectores rurales pobres.

Precisamente, la uniformidad y homogeneización, características de nuestros sistemas educativos, donde se da lo mismo a todas las personas, es uno de los factores que genera desigualdad. La diversidad no ha de ser sinónimo de desigualdad, aunque en muchos casos el tratamiento inadecuado de dicha diversidad conduzca a la desigualdad educativa. La diversidad es un elemento que nos enriquece y un bien social, ya que nos aporta distintas visiones del mundo. Las desigualdades, por su parte, son producto de las diferencias de poder al interior de una sociedad y que redundan en la exclusión de los grupos que no pertenecen a la cultura dominante. En este sentido, las desigualdades son una manifestación de la negación de las diferencias o de un tratamiento homogeneizador de las mismas.

La insistencia en la aceptación de la diversidad (cultural) de ciertos discursos, lleva implícitamente, una invitación a la aceptación de la desigualdad (social), como una manifestación más, como otra “consecuencia natural” de la diversidad cultural.

Es a partir de la cotidianeidad de los sujetos que se podrán establecer las distancias existentes entre lo que la política socio educativa establece y lo que se vivencia por parte de los alumnos, familias, docentes y actores que lleven adelante dicha política estatal.

La intervención profesional:

En el ámbito educativo los trabajadores sociales trabajamos con esos SERES SUJETOS con los cuales nos vinculamos, a través de relaciones atravesadas por lucha de poderes.

Tal como señala Martinelli, “somos profesionales que llegamos a lo más próximo de la vida cotidiana de las personas con las cuales trabajamos”.

Nuestra inserción además se realiza mediada por las relaciones capitalistas, reconocimiento necesario para poder posicionarnos en aquella categoría que nos define: somos trabajadores sociales, somos trabajadores asalariados, que nos insertamos en un mercado laboral particular, vendedores de nuestra fuerza de trabajo.

Se considera fundante para la intervención del trabajador social en la escuela

rural el concepto de trayectoria escolar de los alumnos y alumnas. Este concepto permite abrir el análisis y la reflexión sobre las intervenciones profesionales que pueden realizarse en este ámbito institucional.

Para poder abordar la cuestión de los recorridos escolares que realizan los alumnos dentro de este sistema reglado, el concepto de *trayectoria escolar*, permite hacer referencia a las *múltiples formas de atravesar la experiencia escolar*, muchas de las cuales no implican recorridos lineales por el sistema educativo. La comprensión de estos recorridos requiere:

poner en interacción los condicionamientos materiales de vida de los alumnos, los determinantes institucionales de la experiencia en las escuelas y las estrategias individuales que se ponen en juego conforme a los márgenes de autonomía relativa que tienen los estudiantes en la producción de las propias trayectorias escolares (Kaplan y Fainsod, 2001: s/d).

Cuando hablamos de trayectorias nos ubicamos en el plano de lo social y hacemos referencia a las posiciones que van ocupando los sujetos en la estructura social, en las relaciones de poder entre los diferentes grupos sociales. Así es importante para el análisis de estas trayectorias, no sólo la consideración de las secuencias en las que se desarrollan estas trayectorias, sino que deben considerarse las posiciones y disposiciones subjetivas que producen los cambios de condición (Ghiardo y Dávila, 2005:35-39)

Es por esto que se plantea que para el análisis de las trayectorias importan el grupo social de origen, el nivel de educación alcanzado, el tipo de establecimiento escolar, el título y el tipo de trabajo al que se accede con él y la valoración social y simbólica del título obtenido, así como la configuración propia del sujeto que aprende, que transita.

Para pensar estas cuestiones puede resultar de utilidad el concepto de capital de Bourdieu, el cual indica que “a un volumen determinado de capital heredado corresponde un haz de trayectorias más o menos equiprobables que conducen a unas posiciones más o menos equivalentes -es el campo de los posibles objetivamente ofrecidos a un agente determinado” (Bourdieu, 1988).

En otras palabras, como explicita el mismo Bourdieu

existe una correlación muy fuerte entre las posiciones sociales y las disposiciones de los agentes que las ocupan o, lo que viene a ser lo mismo, las trayectorias que han llevado a ocuparlas, y que, en consecuencia, la trayectoria modal forma parte integrante del sistema constitutivo de la clase (Bourdieu, 1988: s/d).

Es necesario destacar, tal como lo hace Agnes Heller, que el *sujeto no esté condenado a la mera pasividad*.

La persona humana como totalidad no es una marioneta tirada por las cuerdas de la costumbre. Las normas necesitan interpretarse en contextos siempre nuevos, las personas deben tomar iniciativas en situaciones imprevistas; deben enfrentarse también a las catástrofes de la vida cotidiana (Héller, 1991: 75).

Esta no pasividad, puede ser el motor que genera en las escuelas las situaciones de emergencia y estallido, calificaciones establecidas desde los sujetos adultos que transitamos el escenario escolar.

Ante la generación de nuevas condiciones históricas, se vuelven posibles las prácticas transformadoras que a su vez, generan la oportunidad de reorganizar las disposiciones adquiridas. Por lo tanto, al hablar de trayectorias es necesario alejarse de posturas meramente reproductivistas, que si bien juegan un papel importante en estas trayectorias, también se reconoce el espacio para la ruptura de trayectorias pre-configuradas; es decir, aparecen las posibilidades para dar una nueva interpretación, un cambio, una nueva manera de transitar la vida cotidiana. Una reinterpretación significativa y significante para los sujetos.

El concepto de trayectorias implica ir más allá de la simple relación de condición social de origen y de una fácil proyección en cuanto al punto de llegada. Históricamente se ha dotado al sistema educativo de un conjunto de “representaciones simbólicas” que presuponen la existencia de trayectorias o recorridos “ideales o normales” configurados a partir de una imagen gráfica dentro del espacio simbólico muy fuerte: la de una escalera con peldaños, perfectamente simétrica, donde cada peldaño en subida supone un avance, y en bajada, un retroceso.

Desde esta última concepción, las trayectorias, y en particular las trayectorias escolares, hoy claramente se ven reforzadas en su mayor individuación y reconocimiento del ejercicio de la libertad, dados los importantes cambios experimentados por la propia institución escolar. Sin embargo, frente a estos recorridos “no esperables”, se observa un sentimiento de inadecuación por parte de los sujetos adultos que intervienen en la tarea educativa. Y frente a este sentimiento de inadecuación se diseñan estrategias que, más que reconocer estas posibilidades de trayectorias diferentes, tratarán de invisibilizar recorridos distintos, “disruptivos”, que vienen a cuestionar aquello que se creía establecido.

En un ejemplo concreto, y dentro de la educación rural, podemos encontrar el caso de la llegada de alumnos provenientes de zonas urbanas cuyos trayectos escolares se caracterizan por la discontinuidad, el conflicto y son calificados como “trayectorias de fracaso”. Desde el Trabajo Social, las trayectorias complejas de los y las alumnos/as de las escuelas pueden ser consideradas como una de las manifestaciones de la cuestión social, en consonancia con la emergencia de nuevas expresiones, teniendo para los y las profesionales como especial preocupación, la necesidad de determinar concretamente la relación entre las expresiones emergentes y las modalidades imperantes de explotación.

Muchas veces se recurre a las escuelas rurales para enviar allí a los niños y niñas que ya han pasado por varias escuelas urbanas y no se ha podido sostener en las mismas sus trayectorias escolares.

Esto respondería a nuestro entender a dos cuestiones asentadas en representaciones o imaginarios sociales sobre el mundo rural: por un lado la identificación del espacio escolar rural como un espacio carente de conflictos, más acotado en cuanto a los actores que en dicho espacio se interrelacionan, y por ende, más “sencillo”. Y por el otro las distancias reales de las escuelas rurales que ponen el “niño/a problema” lejos, no visible.

Se está así negado la complejidad de este escenario escolar, introduciendo en él caracteres provenientes del desconocimiento, de las representaciones basadas en visiones románticas de la vida cotidiana en el campo.

Pero en la escuela rural también existen los conflictos y se construyen interrelaciones entre diversos actores sociales. Sin embargo, si hay algo que las caracteriza son los escasos recursos materiales y humanos con los que se cuenta en la mayoría de esas escuelas, en donde los años se encuentran agrupados, con un docente a cargo de varios niños de diferentes edades y niveles, falta de acceso a medios tecnológicos, etc.

Es decir, donde menos recursos hay, allí se ubica o se intenta ubicar a los niños y niñas que podrían necesitar mayor diversidad en cuanto a estrategias y recursos para asegurar su continuidad escolar y trayectos exitosos.

El Trabajo Social interviene en estas manifestaciones de la “cuestión social”. La intervención del trabajador social puede llegar a la escuela rural desde diversos espacios institucionales o de inserción profesional. La intervención se puede dar en el marco de la propia escuela, al insertarse un profesional con el rol de orientador social, en los Equipos de Orientación Escolar dependientes de la DGCyE; o bien cuando desde otros espacios públicos y/o comunitarios se interviene en las escuelas rurales en situaciones particulares y/o institucionales. En el caso de otros organismos del Estado, estas intervenciones pueden darse en el marco de una política pública particular que llega a la escuela rural, o bien desde el sector comunitario y/o no gubernamental.

Desde la definición de las intervenciones en las manifestaciones de la cuestión social, propias de un sistema de organización social particular, se ha destacado la inserción profesional en espacios institucionales, gubernamentales y/o no gubernamentales, enclavados en lo urbano. Es desde allí que se analizan las estrategias posibles de intervención y de enfrentamiento de estas manifestaciones. Sin embargo es necesario reconocer que en el espacio territorial rural y/o periurbano, estas manifestaciones también pueden visualizarse y es necesario repensar las prácticas posibles, teniendo en cuenta las diferencias que en él se observan y vivencian.

En la ciudad de la Plata y Berisso, se entrevistó a docentes y padres de escuelas rurales, las cuales, no tienen equipos de orientación escolar y que manifestaron una diversidad de problemáticas vinculadas a diversidad de trayectorias de los alumnos.

Los alumnos provienen en su mayoría de procesos migratorios familiares de países limítrofes y regiones del interior del país, cuyos oficios son en empleos de las zonas rurales de la ciudad (el empleo en quintas de las zonas) y empleos vinculados a la construcción.

Las familias, tienen una valorización de la escuela pública y le asignan un elemento fundamental para el desarrollo de los niños miembro de esas familias.

Otro elemento característico de estas escuelas, es que una parte de la población escolar, son alumnos que no han podido insertarse en otras modalidades de la educación formal, lo cual genera una distorsión de la función de la escuela rural en el marco de la actual discursos oficiales de las política educativa.

Es así, que las intervenciones de los trabajadores sociales, son por lo general, el producto de intervenciones de trabajadores sociales de otros ámbitos de intervención profesional (salud, organismos estatales, poder judicial, ONGs, etc.) que tienen algún “caso” en la escuela, por el organismo al que pertenecen.

Estas intervenciones se caracterizan, por ser intervenciones por lo general de entrevistas con docentes para la realización de informes sociales y en menor medida de acciones educativas, aunque las existentes son de capacitación en temas diversos como los vinculados a salud, capacitación profesional, etc.

Las tareas vinculadas al trabajo sobre políticas sociales y públicas, suelen ser cubiertas por las directoras o por docentes que se comprometen con la transformación de las realidades de los estudiantes que tienen a cargo en las aulas.

Otros aportes son del EDIA, creemos que la falta de EOE y de OS, generan un déficit en la producciones de dichas escuelas sobrecargando las actividades de los docentes.

Algunos elementos esbozamos al principio de esta ponencia, vinculados a la diversidad cultural y su relación con la desigualdad social y creemos que deben ser los aportes para nuestra intervención en los ámbitos de la escuela rural, pues esta vinculación de estas temáticas, nos darán elementos para nuestra intervención como profesionales. Unos de los elementos a tener en cuenta en la articulación entre diversidad cultural y desigualdad social, es el aporte cultural de las migraciones. Tomaremos dos de los grupos migrantes más importantes en ambas escuelas: bolivianos y paraguayos.

En primer lugar tomaremos la escuela de Berisso, ubicada en las zona rural sobre la ruta 11, está ubicada a 20 cuadras de una zona del municipio de Berisso que se le denomina La Franja ubicado entre las calles 60 y 600 (por la numeración son solo 40 cuadras) y desde la calle 122 hasta la calle 130, este barrio es culturalmente opuesto a lo que es el discurso oficial de Berisso, donde se define a Berisso un municipio de inmigrantes de origen europeo, esta zona del municipio es habitada por inmigración de países limítrofe y de Perú. Son barrios con NBI y conviven en dicho barrio y sectorizados por países, los inmigrantes peruanos, paraguayos y bolivianos, en ese orden.

La característica del barrio, es que son familias que viven del trabajo en la construcción, en changas y planes sociales.

Los niños que no han podido establecerse en instituciones del barrio por distintas situaciones, suelen llegar a esa escuela. Produciendo distintos conflictos entre los alumnos por el origen de los países.

En estos grupos de educandos, se han producido distintas situaciones vinculadas a la xenofobia y racismo entre las comunidades de inmigrantes con los niños argentinos y hacia dentro de una misma colectividad, por su procedencia regional o étnica cultura.

Las intervenciones sociales de la escuela, aunque basadas en el paradigma de los derechos humanos y en las legislaciones basadas en él cómo las leyes de niñez y adolescencia, violencia familiar etc. Suelen estar vinculadas a prácticas liberales ya que la idea de igualdad homogenizan los actores como forman de frenar los conflictos.

La escuela basada en este paradigma homogeneizador culturalmente (Grimn-

son, 2006; Novaro, 1999; Sinisi, 1999) donde lo “argentino” es una idea estática y, es un reproductor de esta mirada, voluntaria o involuntariamente, generando una folklorización de las herencias culturales y no valorizar sus conocimientos heredados ancestralmente o por su cultura nacional (Novaro, 1999), lo cual genera una distancia con los niños que asisten a la escuela y con sus familias.

Esto es producto de los discursos de inferiorización de las instituciones con respecto a la población que cubre, sea argentino o de un país limítrofe, pero en el caso de las poblaciones de inmigrantes reafirma la idea del “otro no deseado” (Margulis, 1999).

Estos discursos, son producto de proyectos políticos culturales donde la escuela no puede dar respuestas solamente, sino es el conjunto de la sociedad la que debe poner la cuestión de la identidad en interpelación permanente. Tener en cuenta la situación de desigualdad social en este debate y las relaciones de poder, para evitar se consolide un proyecto de racialización (Walsh, 2010; Segato, 2010) y estigmatización de la relación con estos grupos.

Este modelo de intervención en espacios de diversidad cultural, no es patrimonio de la escuela rural, ni siquiera de estas escuelas, todo lo contrario, se repite en diversas escuelas de todas las modalidades de la educación formal, incluso en las universidades.

La escuela ubicada en la ciudad de La Plata donde realizamos las entrevistas para este trabajo, está ubicada en la localidad de Colonia Urquiza, ubicada a 20 kilómetros del centro de la ciudad y de difícil acceso, ya que el transporte urbano va hacia la zona cada cuatro horas.

Fue una zona poblada por migración japonesa desde la década del 40 del siglo XX y a partir de la década del 70, empieza a poblarse de inmigrantes de origen paraguayo y en mayor medida de bolivianos. Dichos grupos pasan a ser empleados de los primeros migrantes de origen japonés.

Los dos grupos migrantes, paraguayos y bolivianos, provenían de zonas rurales de sus respectivos países.

La escuela enseguida los incorporó a la misma, siendo pasando a cumplir no solo una función pedagógica, sino un lugar para la denuncia sobre las formas de empleo vigentes en la zona, como la explotación y precarización laboral. Denuncia que fueron públicas en medios de comunicación. La escuela jugó un papel importante en este proceso de denuncia.

Ambas instituciones, no tienen EOE y OS, pero desde las intervenciones sobre las manifestaciones de la cuestión social como es la vinculadas a la pobreza y las situaciones de empleo es indudable que han intervenido para superar las situaciones que producen la vulneración de derecho.

Pero los vínculos con la diversidad cultural y las particularidades culturales, según lo que se manifiestan en las entrevistas, no se intervienen pedagógicamente ni en el social desde la valorización de la cultura de origen y que tienen relación con las manifestaciones de la cuestión social, por ejemplo la idea de trabajo, la relación con la tierra y el trabajo rural, las formas de organización familiar y comunitaria.

El no tener en cuenta estos elementos de las culturas de origen, se terminan en in-

tervenciones vinculadas a la racialización de las relaciones y la inferiorización del otro.

Como hemos dicho, se genera con estas intervenciones discriminaciones y xenofobia, creemos importante que se trabajen desde estas instituciones la valorización de elementos culturales que compartimos con los migrantes de países limítrofes. Romperemos así con prejuicios discriminatorios como el del juez Oyarbide que manifestó, que los bolivianos que se encontraron en talleres clandestinos vivían en situación de explotación, pues estaban acostumbrados hace siglos y era una modalidad de trabajo culturalmente aceptada. Esta explicación cultural es profundamente falsa y legitimadora de la explotación laboral.

Otro elemento discriminador es la mirada de muchos docentes, directivos y miembros de EOE, sobre la características de los niños bolivianos, son buenos porque son “callados, no son inquietos y serios”, como una virtud. Este planteo, esconde la idea de muchos docentes, que toda pregunta conlleva una dificultad para el docente, en este caso “el silencio”, niega el problema, supone el aprendizaje, no se problematiza que ese silencio. En muchos casos, es el proceso de traducción a su lengua de origen en algún caso o a problemas de integración y socialización con los grupos de educandos o con la maestra. Esto suele generar problemas de aprendizaje en la escuela, donde intervenimos, en algunos casos se ha llegado a patologizar las explicaciones de los trabajadores sociales y docentes ante situaciones de dificultad de aprendizaje.

Nos interesa, que podamos desde trabajo social aportar a la mejora de la educación pública, debatiendo estos temas y generando las distintas intervenciones profesionales, teniendo en cuenta que la argentina es un país multicultural pluriétnico y plurilingüístico (Hirsch y Serrudo, 2010), y son en estos espacios donde se ponen en juego. Desterrar la idea de que la Argentina es un país monocultural y que la identidad argentina es producto del crisol de razas.

Este posicionamiento ético político, nos llevará a prácticas interculturales que producirán creemos, mejoras en nuestras intervenciones profesionales.

Nos parece importante remarcar lo ya dicho, que la escuela es un espacio con diversidad cultural, por lo tanto es importante realizar intervenciones, teniendo en cuenta las diferentes culturas que están en disputa y sin separarlas de las manifestaciones de la cuestión social. En este sentido, la escuela rural es un espacio claro de esta articulación para nuestra intervención profesional.

Nos sentimos interpelados en tanto profesionales, frente a estas cuestiones, a la hora de aportar un saber crítico que pretende superar posturas facilistas e invisibilizadoras de la realidad. Esto nos coloca muchas veces en lugares de conflicto, de ruptura con prácticas o modelos de intervención producidos en otros contextos políticos e históricos.

Es necesario entonces partir del reconocimiento de los supuestos políticos e ideológicos subyacentes en su accionar profesional, a partir del conocimiento crítico de las manifestaciones de la cuestión social. Y, en segundo lugar, a evitar la utilización acrítica de estrategias de intervención.

Bibliografía:

- ARGUMEDO, M.** (2001) *El trabajador social como educador. Formación profesional y educación*. Tesis de Doctorado presentada por el programa de Estudios Posgraduados em Servicio social, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo.
- BOURDIEU, P.** (1988) *Cosas dichas*. Ed. Gedisa S.A. Buenos Aires.
- BRENES, A. BURGUEÑOS, M., CASAS A. Y PEREZ, E.** (comps) (2009): José Luis Rebellato, *Intelectual Radical*. Selección de textos, coedición: Extensión-EPPAL-NORDAN, Uruguay
- DOMENECH, E.** (2003) *Etnicidad e inmigración: ¿Hacia nuevos modos de integración en el espacio escolar?* Versión corregida y aumentada de aquella publicada bajo el título “La otredad y el espejismo de la integración. Reflexiones sobre la escuela multicultural en Argentina” en NAYA: Educación y Antropología II, Buenos Aires, 2003.
- GHIARDO, F. Y DÁVILA, O.,** (2005) “Curso y Discursos escolares en las trayectorias juveniles”. En Revista Última Década N° 23 CIDPA; Valparaíso, diciembre.
- GRAMSCI, A.** (1989) *La Alternativa pedagógica*, Fontamara, España.
- GRIMSON, A.** (2006): *Nueva xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina*, en **Jelín, E. y Grimson, A** (compiladores): *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Prometeo libros, Lima.
- HÉLLER A.,** (1991). *Historia y Futuro, ¿sobrevivirá la modernidad*. Ed. Península, Barcelona, España.
- HIRSCH, S. Y SERRUDO, A.** (2010) La educación en comunidades indígenas en la Argentina: de la integración a la educación intercultural Bilingüe”. En *La Educación Intercultural Bilingüe en Argentina. Identidades, lenguas y protagonistas*, noveduc, ciudad de Bs As.
- KAPLAN, C. Y FAINSOD, P.,** (2001). *Pobreza urbana, diversidad cultural y escuela media. Notas sobre las trayectorias escolares de las adolescentes embarazadas* en: Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación, Año X, N° 18. Miño y Dávila /Facultad de Filosofía y Letras - UBA. Buenos Aires.
- MARGULIS, M.** (1999) *La discriminación en la discursiva social*. En **Margulis, M., Urresti, M. y otros:** *La segregación negada: Cultura y discriminación*, Buenos Aires, Biblos, Bs. As.
- NOVARO, G.** (1999). *El tratamiento de la migración en los contenidos escolares. Nacionalismo, Integración y Marginación* en **Neufeld y Thisted** (comps): “De eso no se habla... los usos de la diversidad sociocultural en la escuela”. Eudeba, Ba As.
- PUIGROS, A..** (2003). *Qué paso en la Educación Argentina. Breve historia desde la conquista hasta el presente*, Galerna, Buenos Aires.
- SEGATO, R.** (2010). “Raza y racismo” en Revista Crítica y Emancipación. Revista de Ciencias sociales. Año II N°3 Primer semestre 2010, CLACSO, Bs. As
- SINISI, L.** (1999), “La relación nosotros-otros en espacios escolares “Multiculturales”. Estigma y racialidad” en **Neufeld, M y Thisted, J.** (comp.): “De eso no se habla...” los usos de la diversidad sociocultural en la escuela”. Eudeba, Ba As,
- WALSH, C.** (2010) *Raza, mestizaje y poder. Horizontes coloniales pasados y presentes* en Revista Crítica y Emancipación, Revista de Ciencias sociales. Año II N°3 Primer semestre 2010. CLACSO, Bs. As.