



Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública

Un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida

Gisela Mariana Gagliolo

**Saberes y prácticas de trabajadores sociales
en el campo de la salud pública**

Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública

Un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida

Gisela Mariana Gagliolo



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

Decana

Graciela Morgade

Vicedecano

Américo Cristófalo

Secretaria Académica

Sofía Thisted

Secretaria de Extensión

Ivanna Petz

Secretario de Posgrado

Alejandro Balazote

Secretario de Investigación

Marcelo Campagno

Secretario General

Jorge Gugliotta

Secretaria Hacienda

Marcela Lamelza

Subsecretaria de Bibliotecas

María Rosa Mostaccio

Subsecretarios de Publicaciones

Matías Cordo

Miguel Vitagliano

Subsecretario de Transferencia y Desarrollo

Alejandro Valitutti

Subsecretaria de Cooperación Internacional

Silvana Campanini

Consejo Editor

Virginia Manzano

Flora Hilert

Marcelo Topuzián

María Marta García

Negroni

Fernando Rodríguez

Gustavo Daujotas

Hernán Inverso

Raúl Illescas

Matías Verdecchia

Jimena Pautasso

Grisel Azcuy

Silvia Gattafoni

Rosa Gómez

Rosa Graciela Palmas

Sergio Castelo

Ayelén Suárez

Dirección de Imprenta

Rosa Gómez

Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras

Colección Saberes

ISBN 978-987-4923-18-9

© Facultad de Filosofía y Letras (UBA) Colección Saberes

Subsecretaría de Publicaciones

Puan 480 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina

Tel.: 4432-0606 int. 213 - info.publicaciones@filo.uba.ar

www.filo.uba.ar

Obra en Tapa: *Constelación*. Xilografía, 20 x 25 cm.

Autora: Analia Pérez

Gagliolo, Gisela Mariana

Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública : un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida / Gisela Mariana Gagliolo ; compilado por Gisela Mariana Gagliolo ; prólogo de Susana Margulies ; Alfredo Juan Manuel Carballeda. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2018.

260 p. ; 20 x 14 cm. - (Saberes)

ISBN 978-987-4923-18-9

1. Antropología. 2. Antropología Social. 3. Etnografía. I. Gagliolo, Gisela Mariana, comp. II. Margulies, Susana, prolog. III. Carballeda, Alfredo Juan Manuel, prolog. IV. Título. CDD 306.4

Índice

Agradecimientos	9
Prólogo <i>Alfredo Juan Manuel Carballeda</i>	11
Prólogo <i>Susana Margulies</i>	15
Introducción	23
Capítulo 1 <i>La profesionalización del trabajo social en el campo sanitario. Historia y debates</i>	49
Capítulo 2 <i>La Región Sanitaria y el hospital en estudio</i>	79
Capítulo 3 <i>Espacios y Lugares en la atención del VIH-Sida</i>	111

Capítulo 4	157
<i>El trabajo social en la atención hospitalaria del VIH-Sida</i>	
Capítulo 5	185
<i>El VIH-Sida: un cristal para analizar las prácticas del trabajo social hospitalario</i>	
Capítulo 6	221
<i>La demanda de las personas: la clave para desentrañar el misterio de "lo administrativo"</i>	
Bibliografía	249
Sobre la autora	259

Este libro es una versión revisada de la tesis de maestría que, con el título “Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública: un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema del VIH-Sida”, fue realizada bajo la dirección de la Dra. Susana Margulies. Fue defendida en la Maestría de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires el 9 de septiembre de 2015 ante un jurado integrado por el Dr. Alfredo Carballeda, la Dra. Carla Villalta y el Dr. Diego Zenobi, siendo calificada con sobresaliente con recomendación de publicación.

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias a la generosa colaboración de muchas personas e instituciones.

En primer lugar, la Universidad de Buenos Aires que me dio la posibilidad de aplicar a una beca para realizar la Maestría en Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras. La Facultad Regional Avellaneda de la Universidad Tecnológica Nacional que me brindó el apoyo necesario para que pudiera compatibilizar mi trabajo docente con esta investigación. El Programa de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas de la UBA, que me permitió participar de ese espacio tan valioso y significativo para la producción de conocimiento.

Susana Margulies, directora del Programa de Antropología y Salud y directora de esta tesis: vaya a ella mi profundo agradecimiento por sus permanentes orientaciones, por las lecturas atentas y las valiosísimas correcciones, como así también por la paciencia, la comprensión y la confianza que tuvo para conmigo aún cuando yo misma las perdía.

Laura Recoder, quien me invitó a pensar los problemas de salud y me acompañó en esta búsqueda curiosa; a ella mi agradecimiento por sus lecturas, sus observaciones precisas y por su cariño.

Agradezco a Nélica Barber y Guadalupe García, compañeras en el desarrollo de esta investigación con quienes compartí intensas experiencias durante el trabajo de campo y agudas reflexiones; y a Matías Stival y Julia Name, entrañables compañeros del Programa de Antropología y Salud.

Ramiro Unsain, Clara Barrio, Pilar Barrientos, Soledad Gesteira y Julián Pérez Álvarez, compañeros de la Maestría que aportaron generosamente sus miradas críticas sobre este trabajo y compartieron conmigo sus propios procesos de investigación de los que aprendí muchísimo. Por supuesto también agradezco a los docentes de la Maestría que me brindaron sus valiosos comentarios de las versiones preliminares de este trabajo que ensayé en las monografías.

Martin Yovan y Constanza Recoder, mis amigos/trabajadores sociales, los que me guiaron en las primeras lecturas sobre esta profesión.

A Marina, Lauchi y Lorena mi agradecimiento por el apoyo, el aliento y por la amistad. A mi hermana de la vida Rosina Roura que me acompañó siempre, escuchando, leyendo, debatiendo, alentando y contribuyendo a este proceso con su mirada inteligente. A Agostina Gagliolo por su contagioso entusiasmo a prueba de huracanes.

Finalmente, mi más profundo agradecimiento a las trabajadoras sociales del hospital que me permitieron compartir con ellas la intimidad de sus jornadas de trabajo.

Prólogo

Alfredo Juan Manuel Carballeda

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud tiene en nuestro país una importante tradición. Esta, se inicia como continuidad de los interrogantes acerca de la relación entre la salud pública y la cuestión social que se generaron desde las primeras prácticas vinculadas con la Higiene Social a principios del siglo XX.

Este texto comienza, retomando esa mirada y profundizando desde el análisis del origen de esa historia (que se liga con las primeras escuelas universitarias de Higiene Social de la Argentina), las diferentes preocupaciones de cada época y la vigencia de distintos paradigmas que atravesaron y construyeron el campo de la Salud Pública en nuestro país, logrando reformular y aportar una visión sistemática entre lo social y la salud, estudiando en una primera etapa los diferentes procesos históricos que llevaron a la profesionalización del Trabajo Social.

De esta forma, el trabajo que estamos presentando logra generar distintas maneras de síntesis donde se conjugan el contexto, la historia y las políticas sanitarias con diferentes modalidades de práctica del Trabajo Social.

El texto logra de manera amable y sencilla, integrar diferentes aspectos del pasado y el presente en el campo de la salud, desde una perspectiva que, utilizando los aportes de la etnografía se transforman en un instrumento de investigación y análisis. Así, nos lleva a la temática central; estudiando y analizando diferentes puntos de encuentro desde donde confluyen distintas miradas, saberes y prácticas del Trabajo Social en el campo de la salud, desde las respuestas institucionales al problema VIH-SIDA.

La mirada etnográfica, que la autora logra desarrollar con gran profundidad, nos lleva a visibilizar diferentes aspectos de la práctica cotidiana del Trabajo Social que se expresan en la construcción de formas de intervención, atraviesan la generación de demanda y presentación de problemas sociales, que aportan a la práctica de esta disciplina, superando el campo específico estudiado.

A su vez, este plano de análisis da cuenta también de las posibilidades perdidas de la intervención en lo social cuando no se visibilizan capacidades, potencialidades y sentidos de ésta.

Así, en el análisis de “saberes y prácticas” la autora da cuenta de la singularidad del Trabajo Social en tanto disciplina interventiva donde la práctica interpela a la teoría, produciendo una suerte de integración situacional entre ambas que se expresa en cada espacio de intervención.

Pero, a su vez, también se desprende del texto un punto de vista que permite visibilizar como, en el campo de la intervención y a partir de situaciones concretas se disuelven muchas de las tensiones entre lo cualitativo y lo cuantitativo que suelen generar tensiones dentro de las prácticas de investigación.

En otras palabras, es, en el terreno de la intervención donde ambas perspectivas se necesitan y complementan.

Por otra parte, el trabajo de campo, al situarse en un hospital también dialoga con las características territoriales donde se ubica la institución y permite desde allí analizar

en forma integral las prácticas referidas al VIH-SIDA desde lo interdisciplinario. Pero también, a partir de la reconstrucción histórica de la institución desde donde se realizó el presente trabajo, aportando de este modo otro punto de análisis que logra dar cuenta de cómo los condicionantes históricos y sociales se encuentran y atraviesan lo institucional desde la singularidad que se expresa en las prácticas, la construcción de demanda y la percepción de las modalidades de intervención del Trabajo Social.

Lo institucional también fue analizado desde lo relacional, la construcción de diferentes perfiles de práctica también condicionados desde lo histórico, las representaciones sociales y los distintos lugares de circulación de la palabra.

Desde el estudio de los espacios y lugares en la atención del VIH-SIDA, la autora logró una perspectiva institucional interesante donde las prácticas del Trabajo Social fueron analizadas desde la atención del VIH-SIDA generando, desde allí un análisis amplio que sobrepasa de manera relevante el tema que convoca la investigación realizada.

De esta manera, también el análisis de la institución como espacio, permite entenderla como un escenario donde es posible encontrar, tramas, actores, que construyen significados de diferente índole. Desde el estudio y análisis de las diferentes prácticas y discursos que atraviesan las instituciones en general y lo estudiado en particular surge una sugestiva explicación vinculada con la forma en que cada espacio construye un sujeto de intervención desde diferentes marcos conceptuales, desarrollándose de esa forma diferentes formas de acción. Por ejemplo, cuando se hace referencia a la presentación de usuarios del sistema de salud en el Servicio Social solo para “hablar con el trabajador social” devela una forma de demanda que generalmente es leída desde lo administrativo o en términos de “consulta”, dejando de lado las diferentes posibilidades que se expresan

dentro de los espacios de intervención en lo social donde muchas veces no se logran visibilizar aspectos relacionados con la palabra, la mirada y la escucha. Es decir con diferentes formas de expresión de lenguajes que van desde lo corporal hasta lo dicho lo verbalizado, que requieren respuesta, que están ahí demandando algo más que una respuesta vinculada con el sistema de protección social.

El método etnográfico le permitió a la autora, también analizar las diferentes formas de presentación de los problemas sociales que convocan a las prácticas donde la centralidad se ubica en el fenómeno estudiado; las respuestas institucionales al VIH-SIDA. El análisis de las narrativas que circulan en los servicios sociales, aportó otro plano interesante hacia la reflexión de las diferentes formas de intervención del Trabajo Social, logrando desde allí aproximar la noción de construcción de conocimiento desde el hacer. Una elaboración que se produce a partir de diferentes encuentros, desde lo cotidiano, especialmente formulados desde el lugar de la pregunta, de la interpelación.

Lo histórico, las representaciones sociales y la percepción subjetiva de los problemas sociales desde el lugar de la demanda permiten acceder a uno de los temas más sobresalientes del trabajo que la autora denomina “oportunidades perdidas de la intervención”, donde se da cuenta de las diferentes posibilidades de acción del Trabajo Social en la medida que tenga la capacidad de reflexionar o reconocer diferentes aspectos que se expresan en la intervención que requieren ser visibilizadas para poder potenciarse, logrando un proceso de elucidación pensando lo que se hace y sabiendo lo que se piensa.

Noviembre de 2017

Prólogo

Susana Margulies

En este texto, su tesis de Maestría en Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, Gisela Gagliolo nos propone un análisis del ejercicio profesional de un grupo de trabajadoras sociales en un hospital público provincial de Buenos Aires. Su mirada se orienta en particular a su participación en los procesos de atención de personas con VIH-Sida adoptando para ello una perspectiva a la vez etnográfica e histórica. A través de la voz y las experiencias de las trabajadoras sociales se enhebran los distintos momentos en la organización del servicio de infectología del hospital y en las respuestas políticas a la epidemia. Desde la década “heroica” de 1980, la generalización de las terapias antirretrovirales de alta eficacia a fines de los noventa hasta la implementación local de proyectos globales: todos estos cambios discurren en los relatos a la par de cambios y transformaciones en las propias prácticas de estas profesionales frente a viejos y nuevos problemas asociados al acceso al diagnóstico y la medicación y la continuidad de los tratamientos y también frente a los distintos requerimientos burocrático-administrativos implicados.

Siguiendo a Petryna (2016), se podría caracterizar el abordaje de Gisela como “prismático” ya que enfocada en las trayectorias formativas, laborales y personales y las prácticas cotidianas de las trabajadoras sociales en la tramitación de demandas y necesidades asistenciales de pacientes y familiares, busca captar cómo se “reflejan”, “refractan” y “transforman” las políticas de salud y sus orientaciones locales y globales, los debates históricos del campo profesional, las tramas y dispositivos locales de protección y seguridad y las condiciones sociales, económicas políticas y culturales de la enfermedad y los padecimientos.

Este trabajo de investigación se realizó en el marco de proyectos desarrollados por el Programa de Antropología y Salud con financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires y radicados en la Sección de Antropología Social del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras. Entre otros objetivos, se buscó analizar la institucionalización de los procesos de atención del VIH-Sida recuperando la perspectiva desarrollada por Menéndez (2003) de priorización descriptiva y analítica de las condiciones de acceso, los recorridos institucionales de las personas afectadas y las situaciones de interacción que se producen en las instituciones. Se tomaron en cuenta las modalidades diagnósticas, terapéuticas y preventivas y las condiciones de las prácticas de los actores profesionales involucrados, entre ellos, médicos infectólogos y trabajadores sociales. Una parte significativa de los estudios ha sido desarrollada a través de una etnografía colectiva de distintas integrantes del Programa en un hospital de conurbano bonaerense, incluida Gisela, atendiendo a las distintas instancias de los procesos de atención hospitalaria de personas afectadas por el VIH-Sida.

El análisis de las diversas actividades de atención, las situaciones de interacción y las narrativas desplegadas por los

sujetos afectados permitió dar cuenta de los diversos modos en que las dinámicas institucionales y las modalidades de la atención atraviesan la experiencia de la enfermedad. Asimismo, atender a la heterogeneidad institucional y a la pluralidad de espacios/actividades institucionales permitió vislumbrar cómo éstos pueden constituirse como formas de autoridad y discursos de verdad en nombre de la salud (Rabinow y Rose 2006) tanto como ámbitos de sociabilidad y desarrollo de formas de reflexividad y agencia para quienes intervienen en ellos (García 2014, Barber 2015).

Disparadas por una primera exploración en un hospital de ciudad de Buenos Aires (Gagliolo, 2007), existieron un conjunto de preguntas iniciales para el estudio contenido en este libro y que refieren a la configuración del “aspecto” o “parte” social como terreno propio de intervención en el trabajo asistencial y preventivo de los trabajadores sociales. A partir de recuperar los desarrollos teóricos de distintos autores (entre ellos Armstrong 1987, Gordon 1988), la investigación incorporó los debates en torno de los dualismos epistemológicos implicados en los saberes técnicos en biomedicina (naturaleza-cultura, objeto-sujeto, universalidad-variabilidad) y del problema de la fragmentación que implica la objetivación y naturalización del cuerpo y la reintegración de la sociabilidad del paciente como factor social y/o psicológico (Margulies 2014). Y, en este marco, se desprendió el interrogante sobre cómo operaba el reconocimiento del carácter social y cultural de la enfermedad, el padecimiento y su atención por parte de las trabajadoras sociales.

Si, en efecto, la definición de “lo social” como objeto específico de intervención del trabajo social es uno de los temas significativos sobre el cual Gisela relevó distintas visiones a lo largo del trabajo de campo, la revisión de la historia y las tradiciones conceptuales y políticas del campo profesional permitió poner en evidencia otros debates

cuyas marcas estaban presentes y modelaban en parte las prácticas profesionales.

La cuestión de la especialización profesional y el reconocimiento del carácter productivo del trabajo social en términos de producción de conocimiento y de planificación se analiza en el texto a la luz de los significados y las prácticas en particular en referencia a proyectos desarrollados en el hospital y financiados mediante fondos internacionales sobre la transmisión madre-hijo del VIH y el tratamiento de profilaxis de los niños. Incorporando el aporte de la sociología de las profesiones, un eje central del análisis lo constituye la valoración del grado de autonomía en la toma de decisiones por parte de las trabajadoras sociales y su posicionamiento frente a las jerarquías institucionales frente a la historia de subordinación al rol de práctica auxiliar del derecho y de la medicina.

En el abordaje de las alternativas y contingencias que atraviesan la tramitación de las demandas de pacientes y familiares a través de los dispositivos burocrático-administrativos hospitalarios y la articulación entre jurisdicciones y agencias estatales, emerge la metáfora del “engranaje” y las críticas en torno de la representación del trabajador social como agente de una maquinaria estatal. Aquí la distinción práctica e ideológica entre lo profesional y lo administrativo juega como un significativo analizador. Es tal vez en la observación de los eventos y situaciones planteadas en el trabajo cotidiano de la denominada “demanda espontánea” que el escrito logra poner en evidencia la complejidad y riqueza de las intervenciones que se llevan adelante a través de las tramas que se tejen en el espacio hospitalario, más allá del reconocimiento de su valor por parte de las propias trabajadoras.

La observación minuciosa y atenta en estas instancias pudo en este sentido mostrar cómo la construcción del

“caso social” implica la edición de las biografías de las personas y el desplazamiento del “lenguaje de las emociones y los sentimientos” de pacientes y de las propias profesionales para transcribirlos en los términos de historias clínicas, historias sociales y expedientes judiciales (Pita 2010). Un aporte significativo del texto es en este sentido su capacidad de interrogar las prácticas y saberes expertos del trabajo social tanto en su efecto “desterritorializador” de las experiencias sociales para encauzarlas como versiones legítimas en las instituciones como en su dimensión de cuidado y protección frente al padecimiento y la aflicción.

Así la tesis de Gisela Gagliolo contenida en este libro es una invitación a una reflexión en distintos órdenes.

En tanto mirada en profundidad sobre las prácticas de trabajadoras sociales en los contextos hospitalarios pondra las relaciones con pacientes y otros profesionales, destacando los límites y las potencialidades del trabajo interdisciplinario, la eventual orientación medicalizadora de los abordajes y la dificultad para considerar en términos de cuidados en salud el papel significativo que juegan sus intervenciones específicas en las experiencias y demandas de “sus” pacientes.

En tanto mirada sobre las respuestas a la epidemia desde las prácticas institucionales, muestra una historia poco contada, oculta hoy tras la sofisticación de los nuevos recursos terapéuticos y las certidumbres sobre su final por intermedio de la acción tecnológica. Esa mirada marca no sólo el camino recorrido, también ilumina las dificultades que parecen acechar estas metas y certezas contemporáneas.

El texto muestra también que el enfoque etnográfico es tanto un modo de indagación, un modo de narrar y también un punto de vista dirigido a establecer una perspectiva que a la vez que recupera y despliega las tramas institucionales cotidianas, al mismo tiempo interroga y coloca preguntas

al accionar institucional que pueden resultar significativas a la hora de valorar las respuestas sanitarias.

Finalmente resulta de interés el abordaje propuesto para el análisis de las políticas de atención lejos de la imagen de “verticalidad” sobre la acción estatal para priorizar las tramas y las relaciones entre los distintos actores. Ni “engranajes” ni “burócratas del nivel de calle” (Lipsky 1969), Gagliolo propone en las páginas finales explorar el papel de las trabajadoras sociales como “agentes” o “mediadoras en los márgenes”, allí donde el estado establece permanentemente sus modos de gobernar, de construir y regular poblaciones y allí donde las poblaciones desenvuelven sus “estrategias de supervivencia en las instituciones” (Menéndez 2003) buscando mejorar su acceso a recursos y obtener respuestas más cercanas a las propios sentidos y necesidades de atención.

Bibliografía

- Armstrong, D. (1987). Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social Science and Medicine*, vol. 25, núm. 11, pp. 1213-218.
- Barber, N. (2015) *Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades*. Tesis de Doctorado en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Gagliolo, G. (2007) *Una aproximación al análisis de la intervención del Servicio Social en el proceso de atención a personas que viven con HIV*. 9° Jornadas Rosarinas de Antropología Social. 25 y 26 de octubre. Rosario, Argentina.
- García, M. G. (2014) *Maternidad y VIH-Sida. Un estudio antropológico del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres que viven con el virus*. Tesis de Doctorado en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Gordon, D. (1988) Tenacious Assumptions in Western Medicine. En Lock, M. y Gordon, D. (eds.) *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lipsky, M. (1969). *Toward a theory of street-level bureaucracy*. Madison: University of Wisconsin. Recuperado de <http://www.irp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp4869.pdf>
- Margulies, S. (2014). *La atención médica del VIH-Sida. Un estudio antropológico de la medicina*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm 1, pp. 185-207.
- Petryna, A. (2016). Ciudadanía biológica: Ciencia y políticas sobre poblaciones expuestas a Chernobyl. *Redes*, vol. 22, núm. 42, pp. 83-107.
- Pita, M. V. (2010). *Formas de morir y formas de vivir: el activismo de los familiares de víctimas de la violencia policial*. Buenos Aires: Ediciones del Puerto
- Rabinow, P. y Rose, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. *Revista Política & Trabalho*, vol. XXII, núm. 24, pp. 27-57.

Introducción

Mi interés por la intervención del trabajo social en la atención del VIH-Sida surgió a partir de mi incorporación al Programa de Antropología y Salud en 2005. En ese momento el equipo al que me *integré* se encontraba desarrollando una investigación¹ en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) referida al proceso de atención y vida cotidiana de personas que viven con el VIH (PVVIH). En ese marco inicié una aproximación al estudio del papel que desempeñaba el Servicio Social del hospital en el proceso de atención de las PVVIH que dio origen a esta indagación acerca de los saberes y prácticas profesionales de los trabajadores sociales que intervienen en la atención médica al VIH-Sida.

A partir de esa primera experiencia sistematicé algunos resultados preliminares en dos ponencias (Gagliolo, 2006; Gagliolo, 2007). En aquellas presentaciones centré mi atención en el declarado interés de los profesionales por integrar

1 Proyecto de investigación radicado en la Universidad de Buenos Aires, con subsidio de la Secretaría de Ciencia y técnica (F095) "Crecer, vivir y atenderse por VIH-Sida: Un estudio antropológico de las experiencias de vida cotidiana y de tratamiento médico en Buenos Aires y GBA". Directora: Dra. Susana Margulies.

“equipos interdisciplinarios” de trabajo. Asimismo señalaba que, pese a ello, en la práctica se evidenciaban intervenciones yuxtapuestas de los distintos servicios y operaba una suerte de división técnica del trabajo entre quienes atendían “aspectos somáticos” de la enfermedad y quienes se “ocupaban de lo social”, a saber, los trabajadores sociales. La tarea de las trabajadoras sociales de aquel efector era entendida por los médicos infectólogos como de “soporte” a la tarea de la medicina. Así, destacaba los límites de las propuestas de construcción de un “objeto de intervención” común entre biomedicina y trabajo social en el campo de la atención de la salud, a pesar del declamado “abordaje interdisciplinario” (Gagliolo, 2006).

El Servicio Social de aquel hospital de CABA contaba con quince trabajadoras sociales, a las que se agregaban otras tantas que reportaban al área programática y desempeñaban su tarea en centros de atención primaria. La mayoría de ellas había ingresado luego de completar la residencia de trabajo social, otras se habían formado en una residencia interdisciplinaria en salud de la Ciudad.² El grupo era ciertamente heterogéneo, pero todas las que participaban de la atención a adultos seropositivos y niños expuestos o infectados con el virus compartían algunos sentidos acerca de la atención: valoraban la “atención integral”, instaban a otros profesionales a integrar “equipos interdisciplinarios”, buscaban formación y capacitación específica, y disputaban con los profesionales médicos los sentidos acerca del papel que ellas debían desempeñar en el proceso de atención.

2 En el ámbito del Ciudad de Buenos Aires existen dos residencias a las que pueden aplicar los trabajadores sociales: la propia de trabajo social y la de educación para la salud, que convoca a profesionales de múltiples áreas. Las residencias de trabajo social surgen como consecuencia del dictado de incumbencias (Ley 23.377 de ejercicio profesional) que se realizó a mediados de la década de 1980 con la recuperación de la democracia en el país. La residencia de trabajo social en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires se inició en 1991.

En aparente contraste, las trabajadoras sociales que se desempeñaban en el área de obstetricia, lejos de manifestar estas preocupaciones, se orientaban más bien a realizar tareas de puericultura, promoviendo la lactancia materna, y a reforzar las indicaciones médicas a través de charlas que daban en el espacio de la sala de espera.

Hacia fines de 2007, el equipo de investigación inició una nueva indagación en un hospital del conurbano bonaerense. Inscripta en esa investigación, diseñé una línea de trabajo que diera continuidad a la iniciada en CABA. Fue así que el proyecto inicial se vio teñido por algunas conclusiones de aquella experiencia previa. En efecto, el trabajo en el hospital de CABA había modelado en mí una imagen determinada del Servicio Social hospitalario, la cual empecé a cuestionar a poco de iniciar el trabajo de campo en el nuevo hospital, cuando reconocí que me estaba enfrentando a una realidad muy diferente. Este hospital contaba con muy pocas trabajadoras sociales (cinco) y el tipo de integración en los “equipos” de atención del VIH-Sida era muy distinto al analizado en el otro efector.

En 2009 obtuve una beca de la Universidad de Buenos Aires para realizar la maestría de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Esto supuso, de algún modo, la formalización de esta línea de investigación en un proyecto³ y a la vez me permitió reformular aquel diseño original. Cabe señalar que al momento de elaborar el proyecto para la presentación a

3 Elena Achilli (2005) advierte sobre posibles confusiones en relación al proyecto de investigación, atendiendo a que se trata de un “documento destinado a un organismo de control de gestión de investigación” (p. 45). La autora señala que no se debe confundir “esa perspectiva administrativa o burocrática que imponen determinados formatos a fin de facilitar la supervisión y/o control de la investigación con el real proceso y dinámica que se despliega en la construcción de nuevos conocimientos” (p. 45). En ese sentido entiendo la elaboración de este proyecto destinado a obtener una beca como una suerte de formalización de un proceso en curso.

la beca, ya habíamos iniciado el trabajo de campo. El hospital elegido se encontraba en una de las zonas del conurbano más densamente pobladas, con muy pocos centros que atendían VIH-Sida y con indicadores epidemiológicos críticos (algunos de estos datos serán desplegados en el Capítulo 2).

Formulé el nuevo proyecto a partir de las primeras aproximaciones a este trabajo de campo y abordado como investigación para una tesis de maestría. Se incluyeron algunos interrogantes acerca de los procesos históricos y sociales implicados en la construcción de una suerte de “aspecto social” de la atención de la salud en las instituciones biomédicas. Asimismo, con el propósito de abordar el análisis de los debates que se desarrollan en el campo profesional del trabajo social —por ejemplo respecto del tipo de participación de estos profesionales en la atención de la salud— recuperé algunos valiosos aportes de la sociología de las profesiones (Freidson, 1978; 2001; Schapira, 1999; 2003a; 2003b) que me permitieron enmarcarlos en las relaciones que establece la medicina con otras profesiones, regularmente calificadas como auxiliares.

Definé entonces como principal objetivo abordar el análisis de los saberes y prácticas de los trabajadores sociales, situándolos en el marco del proceso de atención de la salud. En ese sentido, recortar el proceso de atención del VIH-Sida sirvió como una estrategia para problematizar la intervención del trabajo social en el proceso salud-enfermedad-atención, en los términos de Eduardo Menéndez (1994).

Un desafío importante de este trabajo y el del equipo fue el de adoptar un enfoque relacional que, entre otras cosas, permitiera poner en evidencia los encuentros/desencuentros entre las demandas de los afectados y la organización de la atención hospitalaria. A tal fin desarrollé un trabajo etnográfico, para dar cuenta tanto de las trayectorias/recorridos

desplegados por las personas en la búsqueda de respuestas al problema de vivir con VIH-Sida como de las dinámicas institucionales en el nivel de la atención. Procuré captar en detalle las interacciones cotidianas e identificar las concepciones respecto del ejercicio profesional de las propias trabajadoras sociales así como los sentidos que los diferentes servicios y los usuarios del sistema de salud asignaban a las actividades de aquellas profesionales.

Como señalé anteriormente, la elección de la institución fue realizada por el equipo y allí se desarrollaron simultáneamente tres líneas de indagación conjuntas.⁴ Las tres investigadoras compartimos numerosas visitas al hospital, entrevistas y observaciones. El conjunto de registros de observación y de entrevistas fue compartido, y en cada una de estas investigaciones se utilizaron registros propios y/o producidos por las colegas. Elsie Rockwell (1987) señala al respecto de compartir los registros entre miembros de un equipo que “permite procesos de validación de la construcción y da la posibilidad de enriquecer y contrastar versiones sobre un mismo referente” (p. 5). Así, en muchos casos, fueron los registros de observaciones propias y de las compañeras los que permitieron reconstruir los itinerarios de las personas en diferentes áreas o servicios del hospital.

Aunque se trataba de tres proyectos de investigación diferentes, la tarea de equipo permitió compartir un conjunto de supuestos en la formulación de los problemas que posibilitó la lectura cruzada de los registros durante el trabajo de campo, promoviendo diversas instancias de reflexión compartida:

4 Nélida Barber: "Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades". María Guadalupe García: "Políticas de salud materno-infantil y de VIH-Sida. Un estudio antropológico del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres que viven con el virus." Gisela Gagliolo: "Saberes y prácticas de los trabajadores sociales en el campo de la salud pública: un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida".

para poder interpretar un documento etnográfico elaborado por otro, es necesario conocer las condiciones de producción de los registros a través de la experiencia propia en la localidad y poder consultar con quienes hicieron los registros. Esta es una de las condiciones de “horizontalidad” en el trabajo etnográfico, opuesto a la usual división entre “recolección de datos” y “análisis” que marca otras tradiciones investigativas. (Rockwell, 1987: 5)

La entrada al campo y el problema de la autorización institucional

Como es sabido, para realizar una investigación en un hospital (tanto del subsistema público como del privado), se requiere una autorización institucional en la que suelen intervenir los Comités de Docencia e Investigación y de Bioética. En nuestro caso, la solicitud de autorización fue gestionada por la directora del equipo, Dra. Susana Margulies, quien a tal fin presentó la correspondiente nota acompañada por una síntesis del proyecto UBACyT, dentro del que se inscribían las tres líneas de investigación mencionadas. La tramitación se inició a través del director del Departamento de Docencia e Investigación, un médico con quien la Dra. Margulies había compartido diversas experiencias laborales en el pasado.

Se trata de un requisito para cualquier investigación que se realice en el ámbito hospitalario aunque, como veremos, los procedimientos establecidos están pensados sobre todo para estudios clínicos o epidemiológicos. El proceso para obtener la autorización en esta institución fue analizado en algunos trabajos realizados por miembros del equipo

(Margulies, 2006; Barber, 2009). Como se señala allí, pese a que se trata de un procedimiento más o menos estandarizado, en el caso de investigaciones de ciencias sociales se presentan algunas particularidades.

Tales comités no suelen estar familiarizados con los estudios etnográficos y las metodologías cualitativas que, a diferencia de los estudios médicos y el uso experimental, no se ciñen a protocolos estrictos y para los cuales no es posible efectuar una presentación completa de cada paso que seguirá la indagación. Se plantea entonces la complejidad de proveer información sobre las eventuales implicancias para los participantes, previo a la ejecución de un estudio dado su carácter cualitativo y frecuentemente exploratorio. (Margulies, 2006: 2)

Como veremos ésta fue una de las dificultades que se presentaron a lo largo del proceso de autorización. Entre las sugerencias que los miembros del Comité de Bioética realizaron nos propusieron algunas modificaciones sobre el texto del consentimiento informado que ilustraban la falta de familiaridad con los requerimientos de una investigación cualitativa. Asimismo, los avatares que sufrió el pedido de autorización nos anticiparían algunas disputas y tensiones que en el desarrollo de la etnografía se irían haciendo cada vez más evidentes.

El proceso de la aprobación supone distintas modalidades de transacción entre los múltiples actores involucrados, funcionarios de gobierno, autoridades profesionales y administrativas de la institución, profesionales, trabajadores administrativos y de otros niveles, delegados gremiales, etcétera.

Así, el proceso de la aprobación anticipa y suele ser parte del mismo proceso de la descripción y el análisis antropológicos ya que en el mismo se ponen en juego las retóricas y normativas institucionales, los dispositivos y prácticas rutinarias y cotidianas, las modalidades de los saberes técnicos y las actuaciones de rol respectivas, las microdisputas y las disponibilidades de los distintos sujetos a exponerse al escrutinio. (Margulies, 2006: 3)

En este punto recupero nuevamente a Elsie Rockwell (1987), quien sostiene que siempre se opta “por cierta localidad y por cierta entrada que marcan la experiencia de campo”, y que en ningún caso esa entrada es neutral ya que las decisiones que se toman al respecto contribuyen a modelar la experiencia de campo y los modos de acceso a la información.

Por ello es tan importante considerar la entrada al campo de antemano en función de los propósitos del estudio, en la medida de lo posible. Es necesario recordar que en la etnografía las observaciones o entrevistas se definen mediante un proceso continuo, durante la estancia en el campo, y no siempre coinciden con los planes preestablecidos; en gran medida se van encadenando posibilidades a partir de los puntos de entrada. (Rockwell, 1987: 7)

La elección del hospital y la decisión de comenzar el pedido de autorización a través del departamento de Docencia e Investigación impactaron en la vinculación inicial que establecí con el Servicio Social del hospital. Más adelante los vínculos con las trabajadoras sociales fueron modificándose a partir de mi presencia continua en el hospital, pero algunas preocupaciones iniciales de estas profesionales me acompañaron durante todo el proceso.

Al comienzo, parece inevitable cierto tartamudeo cultural, que es lo que comúnmente llamamos “mal-entendidos” [...]. Las primeras presentaciones del investigador no son una excepción, como tampoco lo son las primeras reacciones de los informantes ante su extraño visitante; desconocen para qué está allí, qué desea y cuáles son sus verdaderas intenciones. Ambos, investigador e informantes, actúan de acuerdo con las expectativas mutuas [...]. (Guber, 2004: 83)

Esta cita de Guber sobre las primeras presentaciones resulta una buena introducción de la experiencia que describiré.

Entradas y salidas del campo

Al cabo de un mes de la presentación de la nota inicial nos comunicamos por teléfono con el profesional a quien la habíamos entregado para averiguar el grado de avance en la autorización. En ese momento nos informó que el proyecto estaba autorizado. Este médico, a quien llamaré Dr. Gómez,⁵ tenía una significativa trayectoria en la atención de personas con VIH-Sida. Se trata de un prestigioso médico infectólogo que comenzó a trabajar con personas afectadas por el Sida muy tempranamente y estuvo estrechamente vinculado con las primeras respuestas a la epidemia en el país, incluso con la creación del Programa Nacional de Lucha contra el Sida. Así, por su especial trayectoria y por las vinculaciones que tenía con algunos miembros del Programa

5 Con el propósito de mantener el anonimato de quienes participaron en esta investigación utilizaré nombres ficticios. Incluso es posible que una misma persona reciba denominaciones diferentes, siempre que esta estrategia no dificulte la comprensión de las escenas etnográficas relatadas.

de Antropología y Salud, el Dr. Gómez siempre contribuyó a facilitarnos el acceso para realizar el estudio.

Con la comunicación de la aprobación del proyecto iniciamos los primeros contactos con los médicos del consultorio de infectología. Así tomamos contacto con el profesional que estaba a cargo del área de infectología,⁶ el Dr. Wilson. Una parte de nuestro equipo había colaborado con él en la elaboración de un primer proyecto sobre adherencia a los tratamientos, financiado por del Fondo Global de Lucha contra el Sida (Fondo Global).⁷

Acordamos con él una entrevista con el propósito de que nos informara acerca del funcionamiento general del consultorio y para acordar la modalidad que adoptaríamos para entrevistar pacientes y otros profesionales que estuvieran a su cargo. El Dr. Wilson accedió al encuentro pero pidió que no registráramos el audio; nos aclaró que tomaba esa precaución porque “después sacan las cosas de contexto”. El acceso al campo ya estaba teniendo sus matices.

Una vez que tuvimos la información básica de la organización de la atención en ese hospital comenzamos a planificar las entrevistas a los distintos profesionales que intervenían en la atención del VHI-Sida. El Dr. Wilson nos había explicado que contaban con un “equipo interdisciplinario” que realizaba actividades tendientes a favorecer la adherencia a los tratamientos. En ese equipo había dos trabajadoras sociales que se encargaban de hacer el asesoramiento anterior y posterior al estudio diagnóstico para VIH. Como esas profesionales trabajaban en un espacio que coordinaba él,

6 Utilizo la denominación área de infectología o consultorio de infectología porque, pese a su extensa y reconocida trayectoria, nunca fue constituido como servicio hospitalario.

7 El Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis constituye un fondo internacional que recibe aporte de los países industrializados con el propósito de promover y financiar (con donaciones de dinero) la lucha contra estos males en países pobres. El organismo define las líneas de trabajo para las que otorga financiamiento y evalúa a qué países transferir los fondos.

le solicitamos que nos contactara con ellas, a lo que accedió sin problemas. Muy bien predispuesto nos dio los teléfonos de las dos trabajadoras sociales y acordamos que él les avisaría que recibirían nuestro llamado.

Al cabo de dos semanas llamamos a una de ellas, Mariana. Acordamos con ella que pasaríamos por el Servicio Social del hospital para presentarnos. Ese día fuimos Nélica Barber y yo. En el registro escribimos lo siguiente:

Sandra estaba recibiendo a un paciente en la puerta de la oficina, le decía “si le dijeron que no hay turno es porque no debe haber, no le van a negar”. Cuando terminó de hablar con el paciente le preguntamos por Mariana, entró y la llamó. Mariana se acercó a la puerta, le recordamos que habíamos hablado con ella por teléfono y nos hizo pasar. Nos presentó a Rosa y a María: “las chicas son de...” No tenía muy clara nuestra pertenencia, pero recordaba que el Dr. Wilson le había hablado de nosotras. Nos invitó a sentarnos y Nélica comenzó a explicar que pertenecíamos al Programa de Antropología y Salud de UBA [Universidad de Buenos Aires] y que hacía tiempo estábamos trabajando con el tema de vivir y atenderse por VIH. Comentó que le habíamos dejado al Dr. Wilson una copia de la síntesis del proyecto y que en tal caso podíamos acercarles una copia a ellas. Mariana también llamó a Luisa, la jefa del servicio, para que escuchara nuestra presentación. Luisa no dijo una palabra, escuchó un ratito y se fue. Sandra también fue invitada a participar [...] continuamos con la explicación de las líneas de investigación... hasta que María, que estaba sentada en un escritorio a espaldas nuestras, preguntó: “¿ustedes tienen la autorización del Comité de Bioética?”. Le respondimos que entendíamos que sí, que le habíamos

presentado la síntesis del proyecto al Dr. Gómez. Ella interrumpe diciendo: “qué raro porque yo estoy en el comité de ética y no me enteré de nada”. Mariana explicó que veníamos de parte del Dr. Wilson y que era raro que él nos autorizara si no estaba aprobado por el comité. De todos modos María insistió con que necesitábamos una autorización formal. Le dijimos que iríamos a ver al Dr. Gómez y que le preguntaríamos por la autorización, de modo de volver con la autorización por escrito. Mariana nos preguntó si se trataba de una entrevista y cuánto tiempo necesitábamos. Rosa, que hasta el momento había estado callada nos preguntó más o menos lo mismo y les explicamos que en primera instancia era una entrevista, pero que el trabajo suponía una presencia más o menos continua para conocer la dinámica de trabajo. Mariana nos dijo: “ah, bueno, te podés venir a hacer una visita conmigo” y nos comentó que no había una trabajadora social destinada a infectología, que ella trabajaba con bebés y niños y que Rosa trabajaba con embarazadas... en ese momento María volvió a interrumpir, y dirigiéndose a Mariana le dijo: “Vos no podés dar esa información porque no sabés si están autorizadas”, hablaba con Mariana como si nosotras no estuviéramos ahí. Mariana respondió que no estaba diciendo nada importante y que veníamos presentadas por el Dr. Wilson, que entendía que no había problema. Nos miraba a nosotras y a María. Nos dimos vuelta y le dijimos que no se preocupara, que buscaríamos la autorización por escrito y que luego la traeríamos para así disipar esa preocupación. María nuevamente, sin mirarnos, le dijo a Mariana: “no es así, la autorización le tiene que llegar a Luisa y después ella la baja y nosotras nos ponemos de acuerdo”. [...] nos despedimos de

quienes estaban allí (Rosa, María y Mariana) y nos fuimos. Mariana nos acompañó a la puerta y le dijimos que no se preocupara, que traeríamos la autorización. [Registro de Campo, 17/10/2007]⁸

De este modo entonces, mi primer acceso al Servicio Social no fue exactamente el esperado y abrió a la necesidad de evaluar la reacción de María. Esta podría leerse de varias maneras: por un lado, tal como ella lo refería, siendo integrante del Comité de Bioética se sentía molesta por haber sido “salteada”. Por el otro, esta escena inicial parecía haberse activado a partir de algunos conflictos que las trabajadoras sociales del servicio tenían entre sí y con los doctores Gómez y Wilson. Más tarde hilvanaríamos estas disputas y analizaríamos el valor atribuido a ser reconocidas como especialistas en VIH-Sida.

Es oportuno señalar que Luisa, que se desempeñaba como jefa del Servicio Social en ese momento estaba pronta a jubilarse y de hecho se retiró al poco tiempo. En su reemplazo fue nombrada Mariana. A lo largo de los meses que duró la investigación, Mariana siempre se mostró bien predispuesta para colaborar con mi trabajo y se esforzó por gestionar los conflictos internos que se activaban con mi presencia allí.

Luego de ese fallido intento de “entrada” volvimos a contactar al médico que nos había informado que teníamos la autorización (Dr. Gómez). Así supimos que su relación con la jefa del Servicio Social y la trabajadora social que integraba el Comité de Bioética (María) no era muy buena. De alguna manera nos dio a entender que no se trataba de un problema institucional sino que más bien se vinculaba con

8 En el caso que se citen registros producidos por alguna de las compañeras del equipo de investigación se consignará el nombre; cuando se trate de registros propios, únicamente se identificarán con la fecha.

antiguos conflictos con el área de infectología. Más adelante nos detendremos en la historia de estas dos áreas.

Mientras conversábamos acerca de la autorización, el Dr. Gómez nos llevó a recorrer el hospital. Se movía por ese espacio como quien lo hace por su casa, no sólo por aquellos lugares en los que era presumible que trabajara habitualmente, sino por otros en los que probablemente circularan otros trabajadores: el “pasillo sucio”,⁹ la lavandería, la cocina, etcétera. Saludaba a uno y a otro, pacientes, trabajadores de la salud y personal de mantenimiento; en definitiva, la familiaridad de este médico con el hospital era evidente. Mientras lo recorriamos con él nos presentó a muchas personas. Es así que nuestra relación con el Dr. Gómez no sólo tuvo que ver con su mediación para la solicitud de autorización al Comité de Bioética sino también con su acompañamiento para el reconocimiento de lugares y personas en el hospital. Sólo un tiempo después nos “desmarcamos” de él y construimos vínculos con las personas por fuera de su mediación.

Supusimos que el Dr. Gómez, con el afán de facilitarnos el acceso y en virtud de la familiaridad con la que se manejaba en la institución, pudo haber omitido algún procedimiento en la gestión de nuestra autorización. Así que, aunque él insistía con que estábamos autorizadas, le pedimos que averiguara si todo estaba en orden con la gestión.

Al cabo de un tiempo, el Dr. Gómez nos comentó que el secretario del Comité de Bioética le había dicho que era necesario anexar a nuestra presentación los modelos de consentimiento informado que utilizaríamos. Llevamos la documentación requerida, y el 21 de noviembre de 2007 obtuvimos una nota firmada por el Dr. Gómez en la que

9 Se trata de un espacio entre los quirófanos y las salas de partos dónde se descarta el material patogénico, obviamente de acceso únicamente para personal autorizado.

decía que contábamos con la autorización para realizar el estudio. Cabe aclarar que no siempre los procesos de autorización culminan con una notificación por escrito a los investigadores, en algunos casos el comité informa a los servicios involucrados, o simplemente les informa a los investigadores oralmente. En este caso encontramos oportuno contar con la autorización por escrito para evitar algún futuro nuevo malentendido.

Cada vez que íbamos al hospital llevábamos con nosotras una copia de esa nota. Fue así que una semana después volvimos a entrevistar a la jefa del Servicio Social. Mostramos la autorización y la entrevista se desarrolló sin problemas. Con la formalización de la autorización y habiendo disipado las dudas respecto de nuestros propósitos allí (al menos eso creía en ese momento) entrevistamos también a las dos trabajadoras sociales integradas al equipo interdisciplinario (Mariana y Rosa).

Paralelamente fuimos haciendo los contactos para entrevistar a los médicos de los servicios de Obstetricia, Neonatología, Farmacia y entrevistamos a una de las psicólogas que participaba en el equipo interdisciplinario. Una mañana acompañé a Guadalupe García a un encuentro con la jefa del Servicio de Neonatología y volvimos a vivir una situación similar a la que un mes antes habíamos tenido en el Servicio Social.

La médica dijo que ella estaba en el comité de ética del hospital y que sabía de la investigación pero que todavía no estaba aprobada porque habían pedido una serie de requisitos —como el consentimiento informado— que aún no habían podido evaluar porque habían estado con mucho trabajo por “las Jornadas”. [...] Le dijimos que nos habían dicho que el comité ya había aprobado el proyecto y que incluso teníamos

una nota de [el Dr. Gómez] certificándolo. La mujer la miró [...] comenzó mirando los últimos papeles que presentamos, dijo que el consentimiento tenía que ir acompañado de una descripción de las características y objetivos de la investigación aunque fuera “social” y no biomédica, además de las preguntas que iban a realizarse, que tenía que decir qué se iba a hacer con los datos, que tenía que garantizar la confidencialidad... mientras tanto Gise y yo, le aclarábamos que esos aspectos estaban incluidos en el consentimiento [...]. En algún momento dijo “no sé qué les habrán enseñado en la Universidad de Buenos Aires” y aclaró que el consentimiento informado era un proceso en el cual se asesoraba a la persona para que pudiera decidir y nos mostró de una carpeta extensos formularios, aclarándonos que esos eran más largos porque eran consentimientos para estudios con drogas. [...] También dijo que teníamos que saber que si íbamos a realizar entrevistas con pacientes íbamos a revolver muchas cosas con respecto al pasado muy delicadas sobre todo en el caso de la transmisión vertical y que las personas tenían que saber cuáles iban a ser los beneficios que iban a tener participando de esta investigación. En vano tratamos de decirle que esta no era la primera investigación del programa, que ya habíamos trabajado en distintos hospitales, que la duración de la entrevista la manejaba el entrevistado, que dejábamos un teléfono en caso de que la persona quisiera contactarnos nuevamente. Pero la médica estaba engeguecida con fervor bioético y no nos escuchaba. Terminó diciendo que en esas condiciones no íbamos a tener la entrevista ese día. Finalmente quedamos que volveríamos luego de que el comité completara la revisión de la documentación. [Registro de Campo de Guadalupe García, 10/12/2007]

Nuevamente nos vimos atrapadas en la dinámica de microdisputas institucionales. Teníamos la nota de autorización pero el Comité de Bioética o al menos una de sus integrantes, objetaba la presentación. Esto obligó a reabrir el proceso de negociación en particular con esta médica, quien actuó en adelante en nombre del Comité de Bioética. Cabe señalar que dicho comité había intervenido en el aval a investigaciones médicas, algunas de las cuales involucraban la experimentación con nuevos fármacos. De hecho, una de las primeras cosas que nos llamó la atención de este hospital fue la cantidad de proyectos¹⁰ que se llevaban adelante en el Servicio de Neonatología y en el área de infectología.

Se nos solicitó incorporar al texto del consentimiento informado “las preguntas que se le formularían al entrevistado”, presumiendo que administraríamos encuestas o instrumentos cerrados. También se nos pidió que los pacientes entrevistados acompañaran la firma del consentimiento con su nombre completo y el número de documento. Asimismo se nos indicó que debíamos administrar un consentimiento informado a los trabajadores del hospital a entrevistar.

La negociación fue larga y trabajosa. Finalmente en mayo de 2008 llegamos a un acuerdo. Fue así que incorporamos al formulario de consentimiento informado los tópicos sobre los que se indagaría, no las preguntas. En cuanto a la identificación de los entrevistados accedimos a que los trabajadores del hospital consignaran su nombre completo y el número de DNI junto a la firma, mientras que para el caso de pacientes se utilizaría el mismo código de identificación que establece la ley para guardar la confidencialidad del diagnóstico.

10 El término “proyecto” es utilizado en el hospital para referirse tanto a investigaciones clínicas, epidemiológicas como intervenciones para fortalecer la atención, todos ellos cuentan con financiamiento externo (de laboratorios farmacéuticos, organismos de crédito internacional, fundaciones, etcétera).

Con los nuevos consentimientos y la nueva autorización (esta vez no por escrito) retomamos el trabajo de campo que habíamos debido suspender entre diciembre y mayo.

Una vez que pudimos retomar el trabajo no se volvieron a presentar dificultades con la autorización. Sin embargo ese proceso nos iluminó algunos conflictos de la institución que obviamente no dejaron de hacerse evidentes en nuestros respectivos análisis. A aquellas tensiones manifestadas por las trabajadoras sociales se agregaron nuevas, por ejemplo la permanente sospecha de que yo estaba auditando o controlando el trabajo que hacían.

La sospecha de que mi tarea consistía en evaluarlas o controlar su desempeño apareció varias veces durante las jornadas de observación en el Servicio Social. Pese a que traté de explicar de todas las formas posibles los términos de mi trabajo, nunca conseguí disipar esa preocupación. Finalmente de alguna manera me acostumbé a ello. Varias veces me preguntaron personas externas al servicio en qué consistía mi trabajo, todas eran buenas oportunidades para esclarecer, así que con gusto me exployaba con cada uno que me preguntara. Una mañana estaba explicándole a la secretaria de otro servicio por qué pasaba jornadas enteras en las oficinas del Servicio Social cuando Mariana me interrumpió y en tono de broma le dijo: “yo te explico, ella observa todo para después darnos con un caño”. El siguiente fragmento de un registro de campo ilustra mi sensación al respecto:

Caminaba por el pasillo central rumbo a la salida, cuando de uno de los pasillos laterales apareció Mirta [la secretaria del SS]. Se puso muy contenta de verme, me pareció sincera su alegría. Me dijo que hoy había estado pensando en mí. Era miércoles y yo no estaba en el Servicio Social, después recordó que el miércoles

anterior les había dicho que era el último. *Me dijo que me extrañaba*, y que hoy, mientras atendía a una persona, *pensó: “¿qué diría Gisela? ¿Le parecerá que atiendo bien? Qué raro que hoy no vino”*.

El comentario me llenó de alegría, me pareció que me estaba expresando algo genuino. *Por un lado se había acostumbrado a mi presencia, y por otra parte no dejaba de sentir que yo las evaluaba*. Mirta “sintetizó” en ese comentario algo que yo percibía constantemente, una mezcla de confianza y buena onda que por momentos se opacaba con la sospecha de que yo estaba evaluando el desempeño, los horarios, el cumplimiento de la normativa, etcétera. [Registro de Campo, 19/11/2008]

La observación en el Servicio Social

Durante las entrevistas que realicé a las trabajadoras sociales antes de las observaciones en las oficinas del Servicio Social, todas presentaron sus prácticas dividiéndolas en dos tipos: el trabajo de seguimiento/atención de casos en salas y la atención de la demanda espontánea en el Servicio Social. El trabajo específico de atención del VIH-Sida estaba vinculado al primer tipo de tareas, mientras que la atención de la demanda espontánea fue habitualmente referida como una tarea rutinaria y mayormente administrativa.

Registrar las actividades e interacciones que cotidianamente se desarrollaban en el espacio del Servicio Social tenía el propósito “confirmar” algo que ellas me había repetido un sinnúmero de veces: que las actividades que se desarrollaban en el Servicio Social no estaban vinculadas con la atención del VIH-Sida a excepción de la tarea de

aconsejamiento para quienes acudían solicitando un test para VIH. Por otra parte, durante el tiempo que realizamos observación en la sala de espera de infectología (aproximadamente cinco meses) las referencias al Servicio Social del hospital sólo fueron hechas en vinculación a la solicitud del test. En el espacio de la sala de espera circulaba mucha información acerca de la gestión de recursos asistenciales (alimentos, pensiones, pases de colectivo) y, si bien se mencionaba la intervención de trabajadores sociales, éstos pertenecían a otras dependencias.

Al dar inicio al proceso de observación en el Servicio Social Mariana ya había asumido la jefatura interina del servicio, de modo que fue con ella con quien acordé los términos de mi permanencia en ese lugar.

Le comenté que había estado revisando mi plan de trabajo de investigación y que me parecía muy significativo poder seguir haciendo observaciones allí. Le propuse, siempre que ellas estuvieran de acuerdo, permanecer allí por cuatro miércoles consecutivos. Le aclaré que elegía ese día “porque me parecía que era el que les resultaba más cómodo”, haciendo alusión a lo que me había dicho ella respecto de que prefería que no estuviera María [la trabajadora social que objetó nuestra autorización]. Me confirmó que era mejor que fuera miércoles y me propuso “hablar con las chicas”. Le aclaré que les administraría el consentimiento informado a Sandra y a Lucía porque eran las que no habían estado en las observaciones anteriores. *Me volvió a preguntar si era necesario, en virtud de que ellas no trabajaban directamente con VIH.* Le respondí lo mismo que en la oportunidad anterior, que siendo que yo estaría en su lugar de trabajo mientras ellas atendían,

me parecía oportuno tener su consentimiento y que lo pedía por escrito en virtud de un requisito del Comité de Bioética del hospital. Acordó y me acompañó a la oficina dos. Comenzó una presentación: “chicas, ella es ¿Gisela? (asentí con la cabeza) y se va a quedar acá con nosotras”. Aproveché la pausa para aclarar que si bien yo formaba parte del equipo de antropología que está haciendo una investigación en este hospital sobre atención del VIH-Sida, a mí me interesaba particularmente la intervención de las trabajadoras sociales en ese proceso. *Rosa me volvió a decir que ellas lo que hacían es el testeo y nada más.* Les comenté que mi presencia allí tenía que ver con que, más allá de la organización de la atención, en las dos oportunidades anteriores que había estado en el Servicio Social había notado que varias personas que vivían con el virus habían pasado por el Servicio Social. En algunos casos a tramitar otra cosa o simplemente a saludar y para mí eso era importante de relevar. Rosa me dijo que era cierto, lo dijo con algo de asombro, que había gente que pasaba simplemente a saludar. *Me pareció que esta nueva presentación resultó más clara para ellas, o por lo menos más tranquilizadora. Tal vez, nada de esto fuera así y sólo era mi deseo de que de una vez por todas se relajaran un poco.* [Registro de Campo, 22/10/2008]

De este modo, se planteó y autorizó mi presencia más o menos regular en el Servicio Social, insistiendo con la salvedad de que el problema VIH-Sida sólo era tramitado en lo referido al testeo por Mariana y Rosa. Durante varias jornadas de trabajo acompañé a estas profesionales en su tarea cotidiana, y en el registro correspondiente a la primera jornada de observación escribí lo siguiente:

fin de la primera observación en el Servicio Social. Había llegado a este lugar con el objetivo de confirmar que las trabajadoras sociales no tenían ninguna relación con la atención del VIH-Sida más que brindar un asesoramiento previo al estudio serológico. Me fui pensando que el Servicio Social es un lugar por donde los pacientes que viven con el virus pasan a charlar, a saludar, a notificar que le hicieron el testeo al bebé o a pedir ayuda porque se les quemó la casa... [Registro de Campo, 17/09/2008]

En este punto la observación participante resultó una estrategia clave para poder identificar un significativo conjunto de intervenciones vinculadas a dar respuesta al problema de vivir y atenderse por VIH a las personas afectadas, que en las narraciones acerca de las prácticas profesionales quedaban ocultas detrás del fuerte rechazo a las tareas “administrativas” implicadas en la atención de las demandas de los usuarios del sistema de salud.

Por otra parte, la interacción cotidiana transformó sin duda aquel vínculo que inicialmente entablé con ellas mediado por los médicos Wilson y Gómez. Durante esta etapa del trabajo de campo, Mariana, como jefa del servicio, se ocupó de mediar en mis interacciones con las otras trabajadoras sociales. Ella siempre se mostró muy predispuesta a colaborar con mi trabajo: fue así que la acompañé durante varias jornadas en sus tareas diarias e incluso a una visita domiciliaria.

Sin embargo, más allá de mi presencia regular y de la interacción más fluida con ellas nunca dejé de percibir cierta incomodidad con mi presencia. Según mi parecer, estaba asociada a la presunción de que mi tarea consistía en evaluar el trabajo que ellas realizaban.

Las estrategias de la investigación

En el marco del proceso de investigación se realizaron entrevistas abiertas a diferentes profesionales y técnicos que intervenían en la atención del VIH-Sida: médicos infectólogos, neonatólogo, obstetras, enfermeras, farmacéuticos, psicólogas y trabajadoras sociales. También entrevistamos a personas afectadas por esta enfermedad que se atendían en el hospital y a otras PVVIH que se desempeñaban como promotores/voluntarios en algunas tareas de la atención del consultorio de infectología.

Realizamos observación participante en distintos espacios: la guardia obstétrica, salas de internación, la sala social, el Servicio Social, espacios de espera de los pacientes, espacios de circulación del personal, etcétera, y también en actividades vinculadas a la atención: el taller de adherencia que se desarrollaba en la sala de espera y un taller literario. Registramos variadas interacciones y prácticas en estos lugares estando algunas observaciones más orientadas a una u otra línea de trabajo.

La indagación acerca del tipo de intervención de los trabajadores sociales en la atención del VIH-Sida me llevó también a realizar observaciones y entrevistas en otras instituciones. Siguiendo los itinerarios de las personas en la gestión de pensiones asistenciales por invalidez —un tema muy instalado en la sala de espera de infectología— visité un Centro de Atención del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (CAL), oficinas del municipio donde se gestionan pensiones, y entrevisté a uno de los médicos legistas de la junta médica de la Región Sanitaria. Si bien las trabajadoras sociales del hospital no solían intervenir en este tipo de gestiones a menos que formara parte del “seguimiento de un caso social”, encontré pertinente dar cuenta de los itinerarios que describían los afectados

en busca de respuestas al complejo problema de vivir con esta enfermedad. Fue así que también acompañamos a varios pacientes en los reclamos por la entrega de cajas de alimentos.

El abordaje etnográfico¹¹ me permitió entrar en la cotidianidad de la vida de la institución y reconstruir los circuitos de atención de las personas. Este trabajo fue completado con fuentes secundarias de las que se obtuvieron datos epidemiológicos, sociodemográficos y socio-sanitarios de la región en la que se realizó el estudio. Algunos de esos datos se presentan en el Capítulo 2 con el propósito de completar la caracterización del hospital y la Región Sanitaria¹² correspondiente.

Asimismo realicé una exhaustiva búsqueda bibliográfica de las producciones de los trabajadores sociales en Argentina. Se trata de publicaciones en las que analizan sus propias prácticas y la historia de la profesión en Argentina. Este tipo de material fue trabajado como fuente para reconstruir diferentes abordajes y debates del campo profesional y también como referencia bibliográfica de la historia de la profesión (Alayon, 2007; Carballeda, 1995; Grassi, 1990; Oliva, 2007; Parra, 1999). Del mismo modo, algunos trabajos de historiadores en los que se indaga sobre la historia local de atención de la salud constituyeron importantes antecedentes para esta investigación (Belmartino, 1996;

11 Elsie Rockwell señala respecto del término etnografía: "A pesar de toda la reflexión crítica y los problemas de polisemia, conservo la palabra etnografía. Proviene de la antropología, donde tiene varios sentidos, de los cuales retomo el que se refiere al proceso y al producto de investigaciones antropológicas sobre realidades sociales delimitadas en el tiempo y espacio, cuyo fin es la descripción (grafía) de su particularidad (etnos en el sentido de otredad). Si bien su objeto ha sido clásicamente las culturas ajenas a "la nuestra" (las "etnias", en el sentido que se le da en "etnografía de México"), el trabajo etnográfico es igualmente pertinente para la investigación sobre otros objetos de estudio, entre ellos la escuela." (Rockwell, 1987: 26)

12 La provincia de Buenos Aires organiza la política sanitaria a partir de la división del territorio en doce regiones sanitarias.

Pita, 2008; González Leandri, 1996). Así entonces, a partir del conjunto de los materiales mencionados, se presenta en el Capítulo 1 una descripción del proceso de profesionalización del trabajo social y de su particular inserción en el sistema de salud mediada por la relación con la medicina. En los subsiguientes capítulos procuraré integrar los resultados de estos recorridos en la descripción analítica del proceso de atención del VIH-Sida. En el Capítulo 3 se desarrolla la historia de la atención del VIH-Sida en este hospital a partir de la organización de los diferentes lugares y espacios. Con las transformaciones de los lugares físicos se recorren cambios en la respuesta asistencial a la epidemia —muchos de ellos vinculados a cambios más generales en el gobierno de la epidemia—. En esa descripción se pondrá especial atención a las transformaciones en el rol del trabajador social en la atención del VIH-Sida. Por último describo las prácticas de estas cinco trabajadoras sociales para recorrer con ellas los debates que atraviesan al proceso de profesionalización del trabajo social y las directrices que el mundo del Sida impone en la atención hospitalaria.

Capítulo 1

La profesionalización del trabajo social en el campo sanitario. Historia y debates

Tal vez una característica distintiva del proceso de profesionalización del trabajo social en la Argentina sean los inagotables debates internos respecto de su especificidad profesional y sus antecedentes; en algún sentido, acerca de su identidad, de su propia definición como profesión. La escritura de la historia de esta profesión parece no estar cerrada. Existen múltiples *biógrafos* (Bourdieu, 2003) y varios debates dirigidos a establecer lo que integra y lo que es ajeno a los antecedentes del trabajo social en Argentina. Entre los especialistas, se discute el lugar que ocupa la obra de las “pioneras” norteamericanas (en especial Mary Richmond) y si la beneficencia, la caridad y la filantropía constituyen o no una etapa proto-profesional. Se debate también el papel de la medicina higienista y la centralidad de los aportes del Movimiento de Reconceptualización. Estos debates pueden incluso reconocerse en el ejercicio cotidiano de las trabajadoras sociales del hospital en estudio, por ejemplo, en la permanente disputa con otros profesionales sobre los límites de sus incumbencias y con la institución en general acerca de “lo que lo que le corresponde y lo que no le corresponde” hacer a un trabajador social en el marco de su ejercicio profesional.

En la producción académica del trabajo social en nuestro país, conviven distintas perspectivas o corrientes teóricas.

Algunas de ellas se distancian tanto entre sí que llegan a excluirse mutuamente de los límites de la práctica profesional. Con esto me refiero a que, mientras que ciertas actividades pueden ser consideradas por algunos como propias del legítimo ejercicio profesional, otros las rechazan como actividades propias de la caridad o de la militancia política, excluyéndolas del ejercicio profesional.

Cada una de estas perspectivas se ha esforzado en presentar su “historia del trabajo social” en la que se incluyen los antecedentes considerados legítimos y se argumenta sobre la exclusión de otras ocupaciones o prácticas que algunos autores integran al *linaje* de la profesión. En los términos de Mariza Peirano (2006) podemos decir que aquello que está en disputa en estos estudios son distintas *historias teóricas* de la profesión. Estos estudios debaten entre sí sobre las continuidades y rupturas en el proceso de profesionalización, las prácticas que constituyen antecedentes legítimos, los pioneros y las teorías sociales en las que abreva el trabajo social. Parafraseando a esta autora, podríamos decir que lo que está en debate es el *linaje* de los trabajadores sociales.

Es la aceptación de una determinada historia teórica (la) que establece un linaje, no sólo de etnógrafos, sino de preguntas y de problemas, de interrogantes teóricos, que las nuevas generaciones heredan, intentan responder y legan, modificados, a sus descendientes. Tal reconocimiento no hace de los clásicos autores eternos ni descontextualizados, pero resulta en la observación de que ellos son esenciales para la continuidad de un tipo de conocimiento que, en determinadas circunstancias, se volvió disciplinar [...]. (Peirano, 2006: 15-16)

La adopción de una u otra posición en el debate suele traducirse en clasificaciones cruzadas de marxistas, posmodernos, conservadores, tradicionales, clásicos o funcionalistas. Estas permanentes tensiones y el esfuerzo por narrar la historia de la profesión dan cuenta del relativamente reciente proceso de profesionalización y de conformación del campo. Al respecto de la conformación de un campo profesional, Bourdieu sostiene que:

No por casualidad uno de los indicios más claros de la constitución de un campo es [...] la aparición de un cuerpo de conservadores de vidas —los biógrafos— y de obras —los filólogos, los historiadores de arte y de literatura, que comienzan a archivar los esbozos, las pruebas de imprenta o los manuscritos, a “corregirlos” (el derecho de “corrección” es la violencia legítima del filólogo), a descifrarlos, etcétera—; toda esta gente que está comprometida con la conservación de lo que se produce en el campo, su interés en conservar y conservarse conservando. (Bourdieu, 2003: 122)

Dentro de la copiosa producción académica de los trabajadores sociales¹ argentinos se encuentran algunos trabajos pioneros que constituyen una fuente significativa para identificar esas perspectivas en pugna. Los primeros ensayos acerca del trabajo social en Argentina fueron escritos por Norberto Alayón, Natalio Kisnerman y Ezequiel Ander Egg entre 1970 y 1985. Esta producción se sitúa en los debates

1 Existen muchas denominaciones para estos profesionales: asistentes sociales, trabajadores sociales, visitadores sociales, entre otros. He elegido utilizar como denominación general *trabajador social y trabajo social* para referirme a los profesionales y a la ocupación respectivamente. En la literatura consultada también se utiliza la denominación *Servicio Social* para la profesión, pero a los fines de evitar confusiones con los servicios hospitalarios reservo este término para designar el área institucional en la que se desempeñan las trabajadoras sociales.

acerca del rol profesional y la especificidad del trabajo social abiertos a partir de la mitad de la década de 1960 en el marco del denominado Movimiento Latinoamericano de Reconceptualización del Trabajo Social.

Esta preocupación sobre el carácter profesional de la práctica asistencial aparece ya en publicaciones norteamericanas de comienzos de siglo XX. El trabajo de Mary Richmond² ha sido habitualmente señalado como el punto de partida en el proceso de profesionalización del trabajo social norteamericano. La producción de esta autora, durante los años 20 del siglo XX, se orientó a otorgarle (en sus términos) “fundamentos científicos” a la práctica de la caridad o la beneficencia. La recuperación de este antecedente como el origen de la profesión es en sí mismo objeto actual de debate ya que, según algunos autores, supondría asumir que el trabajo social es la (mera) profesionalización de la beneficencia.

En este punto el Movimiento de Reconceptualización marcó una diferencia sustantiva. Se apartó de la tradición anglosajona para proponer una lectura latinoamericana del trabajo social y centró el interés, ya no en la profesionalización de la beneficencia, sino en la vinculación de esta profesión con el surgimiento del capitalismo. En este sentido se señaló la particularidad de una profesión surgida con el propósito de mitigar los efectos de la explotación del capital sobre el trabajo, claro que sin revertirlos. Tomando este análisis como punto de partida, se han producido muchas experiencias y reflexiones en torno de las posibilidades de orientar la práctica profesional hacia horizontes de transformación social.³

2 Mary Ellen Richmond (1861-1928) es habitualmente reconocida como la pionera del trabajo social debido a la tarea que desempeñó en la *Charity Organization Society* de Baltimore, Estados Unidos, y por la influencia de sus escritos en el diseño y orientación de las intervenciones.

3 Se han planteado propuestas de intervención a partir del trabajo grupal (Natalio Kisnerman, 1976), del método de Organización y Desarrollo de la Comunidad (Ander Egg, 1989, Kisnerman, 1984, entre otros) y del fortalecimiento de los derechos humanos (Carlos Eroles, 1997).

De este modo, el Movimiento de Reconceptualización ha instalado un debate que sigue en alguna medida vigente dentro del campo profesional referido, por un lado, a la vinculación de la práctica profesional con la beneficencia o la caridad y, por otro, a la exploración de la capacidad transformadora de las intervenciones de los trabajadores sociales. Parte de estos debates están presentes en los discursos y las prácticas de las trabajadoras sociales del hospital en estudio y por esa razón los recorreré más adelante en este capítulo.

Trabajo social y medicina

Un aspecto central en la profesionalización del trabajo social, tanto en la Argentina como en la tradición norteamericana, es que este proceso estuvo estrechamente vinculado con la medicina. Me refiero puntualmente a las primeras etapas de formalización de la instrucción o enseñanza del trabajo social. Algunos estudios señalan que esta vinculación se remonta a momentos muy tempranos en varias sociedades industrializadas. Auslander (2001) sostiene que la intervención de trabajadores sociales en el campo de la salud se registra a partir de fines del siglo XIX en Inglaterra —a través de la Charity Organization Societies (COS)— y luego en los Estados Unidos de Norteamérica.

en 1891, Charles Loch de la COS de Londres propuso a la Cámara de los Lores que trabajadores sociales entrenados, llamados *almoners*,⁴ fueran asignados a hospitales, tanto para prevenir el abuso de la caridad

4 Respetamos la expresión en inglés para recuperar los sentidos del término. *Almoner* refiere, en su uso británico, específicamente a los trabajadores sociales que trabajan en hospitales. El término utilizado para su designación alude también a la estrecha vinculación con la caridad.

médica por gente que podía permitirse pagar su cuidado como para lidiar con los problemas sociales de los pacientes que interferían en su tratamiento médico.⁵ (Auslander; 2001: 202. Traducción propia)

El trabajo de Auslander recorre la expansión de esta práctica en hospitales británicos y norteamericanos entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Asimismo releva el surgimiento más tardío de esta práctica en hospitales de Oriente medio y Asia; curiosamente el trabajo no menciona ningún ejemplo en América Latina. Como señala el autor, el propósito de contar con *almoners* en los hospitales se orientaba a prevenir el abuso de la caridad y a intervenir en los “problemas sociales [...] que interferían con el tratamiento médico” (p. 202). Asimismo las intervenciones de estas mujeres denominadas “*medical social workers*” se dirigían a tareas de prevención en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.⁶ Durante este mismo período (fines del siglo XIX y comienzos del XX) el autor encuentra registros de los intentos por establecer asociaciones de trabajadores sociales orientados a la atención de la salud; por ejemplo, en 1918 la American Association of Medical Social Workers en Estados Unidos y, para el mismo período, la Hospital Almoners’ Association and Training Institute en Inglaterra.

5 Texto original: “[...] in 1891, Charles Loch of the London COS proposed to the House of Lords that trained social workers, called almoners, be appointed to hospitals, both to prevent the abuse of medical charity by people who could afford to pay for care and to deal with patients’ social problems that interfered with their medical treatment”.

6 “Esto incluye iniciativas como el establecimiento de un dispensario en Hull House en 1893, así como el trabajo de Edward Devine de la COS de Nueva York en la dirección de campañas para prevenir la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza (Bracht, 1978; Lubove, 1965)” (Auslander, 2001: 202. Traducción propia).

Parte del esfuerzo por profesionalizar la práctica se ve reflejada en la producción de Mary Richmond. Señalada como una de las pioneras, Richmond subrayó la importancia del “diagnóstico del caso social” y del registro sistemático de las intervenciones y modificaciones del “caso” para transformar a la práctica asistencial de una intervención bien intencionada en un ejercicio profesional. Tomó como modelo las historias clínicas⁷ médicas para organizar los registros de las trabajadoras sociales y señaló que sólo consiguiendo sistemáticamente las intervenciones realizadas sería posible producir conocimiento y formar a otros en este oficio. Claramente las llamadas “pioneras del trabajo social” tomaron a la medicina como modelo para transformar a la beneficencia en una profesión. Más aun, algunos referentes de la medicina se ocuparon también de reflexionar sobre el carácter profesional o no de esta ocupación.

Por ejemplo Abraham Flexner, referente en la enseñanza de la medicina, presentó una conferencia en la 42^o *Conferencia Anual de la Caridad* en 1915⁸ en la que se interrogaba sobre el carácter profesional del trabajo social. Allí el autor señaló, a partir de un listado de seis características que a su juicio definían a una profesión, que el trabajo social reunía varios de esos atributos pero sin embargo carecía de la autonomía necesaria para ser asumido como tal. En su argumento marcaba que el trabajo social no basaba sus intervenciones en un corpus de conocimiento propio sino que utilizaba los de otras profesiones: economía, derecho, medicina, entre otras.

7 Richmond se inspiró en los trabajos de Samuel Gridley Howe, un médico dedicado a la educación para ciegos, para subrayar la importancia del registro tanto para la intervención como para la formación de los trabajadores sociales.

8 Is social work a profession? En National Conference of Charities and Corrections. Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections at the Forty-second Annual Session, Baltimore, Maryland. Publicada en *Research in Social Work Practice*, marzo de 2001.

El trabajador social toma un caso, el de una familia desintegrada, una persona desdichada, o una industria con problemas sociales. Después de haber identificado su problema, después de haber decidido sobre su naturaleza particular, ¿no tiende acaso a apelar a la agencia especializada, profesional o de otro tipo, mejor equipada para manejarlo? Si hay enfermedades con las que lidiar – se necesita al médico; la ignorancia requiere de la escuela y la pobreza requiere de la legislatura, la caridad organizada, y así sucesivamente. En la medida en que el trabajador social media en la intervención del agente o la agencia mejor equipada para hacer frente a la situación de emergencia específica que ha encontrado en particular, ¿es el propio trabajador social un profesional o es él la inteligencia que pone tal o cual profesión u otra actividad en acción? [...] La propia variedad de situaciones con las que se encuentra lo obligan a ser no tanto un agente profesional sino el mediador que invoca tal o cual agencia profesional⁹. (Flexner, 1915: 160. Traducción propia)

El argumento que presenta Flexner señala a los trabajadores sociales como “mediadores” entre usuarios y profesionales o instituciones más que como profesionales autónomos. De este modo sostiene que el trabajo social no cuenta con la autonomía necesaria para ser considerado

9 Texto original: “The social worker takes hold of a case, that of a disintegrating family, a wrecked individual, or an unsocialized industry. Having localized his problem, having decided on its particular nature, is he not usually driven to invoke the specialized agency, professional or other, best equipped to handle it? There is illness to be dealt with—the doctor is needed; ignorance requires the school; poverty calls for the legislature, organized charity, and so on. To the extent that the social worker mediates the intervention of the particular agent or agency best fitted to deal with the specific emergency which he has encountered, is the social worker himself a professional or is he the intelligence that brings this or that profession or other activity into action? [...] The very variety of the situations he encounters compels him to be not a professional agent so much as the mediator invoking this or that professional agency”.

una profesión. Este argumento se difundió ampliamente siendo el trabajo social frecuentemente asumido como una práctica auxiliar del derecho y de la medicina.

En la Argentina, el proceso de profesionalización también estuvo estrechamente vinculado al desarrollo de la medicina, especialmente en lo que respecta a la primera institucionalización de la formación de trabajadores sociales. Más adelante me referiré a este tema más ampliamente, pero cabe aquí señalar que, al igual que ha ocurrido con otras ocupaciones como la enfermería o la odontología, el trabajo social fue inicialmente asumido como una disciplina auxiliar de la medicina. El camino hasta alcanzar la autonomía respecto de esta última supuso negociaciones y disputas con otras profesiones, al interior del campo profesional y con las instituciones del estado.

Recorreré estas tensiones en la historia del trabajo social en Argentina a los fines de apropiarme de elementos que me permitan analizar el lugar que ha ocupado históricamente el trabajo social en la atención pública de la salud. Este recorrido histórico no será exhaustivo en términos cronológicos, sólo recuperaré aquellos eventos/disputas/situaciones que me permitan iluminar las relaciones y los debates actuales de las trabajadoras sociales del hospital en estudio con los restantes espacios asistenciales que intervienen en la atención del VIH-Sida.

“¿Desde cuándo hay servicios sociales en los hospitales?”: el Trabajo social y la medicina en Argentina

Antecedentes

En numerosas ocasiones pregunté a los trabajadores sociales que fui conociendo a lo largo del trabajo de campo desde cuándo había servicios sociales en los hospitales. La respuesta que me dieron fue siempre la misma: “desde siempre”. Pero “siempre” es demasiado tiempo, así que comencé a indagar en los múltiples relatos sobre la historia del trabajo social en busca de una respuesta más acotada.

Las diversas publicaciones que recorren la historia de esta profesión en Argentina, en términos generales producidas por trabajadores sociales que se constituyen como referentes de diferentes escuelas/tradiciones, señalan que el inicio de la profesionalización está vinculado con la creación de los primeros espacios de formación de trabajadores sociales. Suele señalarse como punto de partida la creación del curso de Visitadoras de Higiene Social en la Facultad de Medicina de la UBA (1924), y la primera Escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino (1930). Ambos proyectos fueron impulsados por los médicos higienistas Alberto Zwanck, Germinal Rodríguez y Manuel Carbonell.

A diferencia de otros países latinoamericanos, las primeras escuelas de trabajo social en Argentina fueron creadas en espacios académicos (Universidad de Buenos Aires y Museo Social Argentino) y sólo más tardíamente las instituciones religiosas comenzaron a desarrollar centros formativos. El proyecto de las dos primeras escuelas estuvo en gran medida inspirado en la experiencia norteamericana. Como señalé, Mary Ellen Richmond publicó en 1917 una de sus obras más

conocidas *Diagnóstico social* y algunos años después *El caso social individual*, otro trabajo que también cobró gran difusión. Los médicos Zwanck, Carbonell y Rodríguez crearon estas escuelas de visitadoras de higiene social o asistentes sociales, según las denominaciones asignadas, con el propósito explícito de orientar con criterio científico, esto es biomédico, la labor de la asistencia que desarrollaban instituciones de caridad o beneficencia en espacios de atención de la salud. En ese sentido se recuperaban los trabajos de Richmond y modelos formativos surgidos de su propuesta.

Germinal Rodríguez lo explicaba en un artículo periódico de 1927 en el que presenta las razones por las que era necesario contar con cursos o escuelas especializadas en la formación de trabajadores sociales:

hasta ahora todo ese movimiento [asistencia al pobre, al enfermo y al desvalido] ha sido empírico y llevado a impulsos del corazón, siendo así que las mejores iniciativas pueden verse malogradas cuando faltan la inteligencia directriz, la ciencia de la organización. Nuestras Universidades han comprendido ya esa necesidad y han anexado a sus estudios bolillas de humanismo en todas las cátedras que atañen a la personalidad humana, pero ello ha sido agregado como un nuevo cuerpo de doctrina que se abre. Toda una escuela exige hoy la conjunción de todas las ramas que conexas con el Servicio Social [...]. (Rodríguez, 1927, citado en Alayón, 2007: 147)

El argumento de Rodríguez, como también de sus colegas, para justificar la creación de estas escuelas bajo la directriz de la medicina gira siempre sobre los mismos ejes: la necesidad de modernizar una antigua práctica como la caridad y la beneficencia orientando esa tarea

con los criterios racionales y científicos de la medicina. Asimismo, insisten en que se trata de un “nuevo cuerpo de doctrina” en el que convergen saberes y prácticas variadas. En el proyecto de creación del curso de la Universidad de Buenos Aires, Manuel Carbonell explica el propósito del mismo en los siguientes términos:

Las Visitadoras de Higiene Social, como lo conciben y representan hoy los países más adelantados, representan la sistematización modernizada de una institución que señala sus comienzos en tiempos lejanos. Al principio simples enfermeras de los pobres, ellas se transforman de más en más en mensajeras de higiene, no limitando sus beneficios solamente a los indigentes, sino concurriendo a prevenir el contagio, facilitar la marcha inteligente del tratamiento, señalar las enfermedades latentes o descuidadas, enseñar el orden, la limpieza, la higiene, la economía doméstica. Realizan el aislamiento y enseñan al enfermo y a los que lo rodean las precauciones necesarias [...]. (Carbonell, 1924, citado en Alayón, 2007: 111).

Las prácticas que se esperaba que desarrollaran las Visitadoras de Higiene se asemejan a las de las *almoners* británicas. Cabe señalar que en ambos casos son únicamente mujeres quienes realizan estas tareas. La idea de estos médicos era que “no se limiten a intervenir sobre los indigentes”, sino que pudieran asistir a la medicina en otros terrenos como por ejemplo, el control de enfermedades infectocontagiosas a partir de la intervención en el espacio doméstico y el monitoreo del cumplimiento de las prescripciones médicas. Otras de las áreas sobre las que se le dio intervención fueron el control sobre el cuidado de los niños y la puericultura.

Norberto Alayón cita un fragmento del discurso de Carbonell cuando se entregaron los certificados de las primeras visitadoras egresadas del curso de Facultad de Medicina que resulta elocuente respecto del rol que se esperaba que estas mujeres desempeñaran:

Recibid vuestro título, como un justo premio a vuestros afanes y desvelos. No olvidéis nunca el gran lugar que ha tenido siempre la mujer en las formas múltiples de la asistencia social. Manteneos siempre en vuestro dominio especial, procurando ser la eficaz colaboradora del médico, sin tratar nunca de ocupar un puesto que sólo a él le corresponde. (Carbonell citado en: Alayón; 2007: 97)

Claramente el proyecto de estos médicos era el de formar mujeres que oficiaran de auxiliares, subrayando sin embargo que no debían nunca ocupar el lugar del médico. Se reservan así para el médico-varón la práctica profesional basada en el conocimiento científico, y en el mismo movimiento subordinan al papel de auxiliares a las mujeres, a quienes se les asignan tareas asociadas al cuidado. Esta asignación de roles de género que vincula el trabajo femenino al mundo doméstico y al cuidado y conserva para el varón el ejercicio profesional, también se ha hecho evidente en el proceso de profesionalización de la enfermería (Habichayn, 2001).

Otro punto fuertemente señalado en los discursos que buscaban justificar la creación de estos espacios formativos era que la asistencia social debía estar organizada a partir de fundamentos científicos para de ese modo evitar el gasto irracional del Estado. Por último también se señalaba que se trataba de una práctica antigua, habitualmente organizada por instituciones que surgieron en “tiempos lejanos”. Ahora bien, ¿cuáles son estas instituciones tan antiguas?

En Argentina la caridad y la beneficencia estuvieron por mucho tiempo a cargo de una institución que tiene su origen en esos “tiempos lejanos”, la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires.

La Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires

La Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires (SB) fue creada por Bernardino Rivadavia en 1823 siendo él Ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores. Integrada por damas de la élite criolla, su tarea era la de “elevar la moral pública”. Tal como su mentor lo señaló en el Acta de Instalación: “la fuerza de la revolución en el país había corrompido enormemente la moral” y, si bien la revolución había sido necesaria para conseguir la independencia del país, a juicio del ministro Rivadavia resultaba imperioso ponerle fin, en sus términos “sellarla para siempre”, “olvidando los personalismos”.

La SB al momento de su creación fue integrada por trece señoras de la élite porteña cuyos renombrados apellidos señalaban su origen criollo. Las mujeres que integraban esta institución eran denominadas usualmente matronas argentinas. Mercedes de Lasala y Riglos fue su primera presidenta, y entre “las primeras trece”¹⁰ se encontraba María Sánchez de Thompson y Mendeville, cuya figura estuvo asociada al proceso de la independencia nacional. En 1838, durante el segundo gobierno de Juan Manuel de Rosas, la SB dejó de funcionar hasta 1852 en que se dictó su reinstalación. El cese de sus actividades se debió a la suspensión del subsidio estatal, que fue interpretado por las patricias señoras como un ataque a su institución.

10 Así se titula un trabajo de Meyer Arana de 1923 publicado en ocasión del centenario de la institución. El autor publicó varias obras en las que registra la historia de la Sociedad de Beneficencia.

Una de las actividades más destacadas de esta institución fue la entrega anual de los premios a la virtud. La misma, como lo estableció su creador en el decreto de 1823, debía realizarse el 26 de mayo de cada año, reforzando la idea de cerrar el proceso revolucionario de cara a la “moralización de la nación”. La premición perseguía el objetivo de promover “la perfección social”. La SB y puntualmente la ceremonia de entrega de premios a la virtud han sido ampliamente estudiadas por historiadores (Lorenzo, 2005; Pita, 2007; Lobato, 2005) y por los propios trabajadores sociales (Alayón, 2007; Carballeda, 2002; Rozas Pagaza, 2001; Parra, 1999).

Las matronas argentinas asumieron la tarea de “educar para la familia y para la patria” a través de la dirección e inspección de varias instituciones como: la Casa de Expósitos, la Casa de Partos Públicos y Ocultos, el Hospital de Mujeres, el Colegio de Huérfanas y las escuelas de niñas creadas por ellas. También tenían a su cargo la producción de material para las escuelas argentinas, que en su mayoría consistía en traducciones de textos franceses e ingleses en concordancia con la admiración por la cultura europea. En lo que respecta a instituciones de salud tuvieron un papel central en la conducción de los primeros hospitales de esta ciudad. Para comienzos del siglo XX tenían bajo su control buena parte de los servicios de salud correspondientes al sistema público de la ciudad. Asimismo contaba con un presupuesto sensiblemente mayor que las agencias estatales recientemente creadas para ocuparse del problema sanitario (la Asistencia Pública y Administración Sanitaria Municipal y el Departamento Nacional de Higiene) (Belmartino, 2005).

Los servicios prestados por la Asistencia Pública (ya sea administrada por la SB o por el Estado) tenía el objetivo de brindar asistencia a la población que no podía costear los honorarios de la atención médica en el ámbito privado.

Hasta 1920 la práctica biomédica no requería de instalaciones con mayor complejidad que la del consultorio particular; sólo para algunas prácticas puntuales, como por ejemplo las cirugías, se requería de las instalaciones hospitalarias. Susana Belmartino (2005) sostiene que esta situación se modificó con el surgimiento de nuevas especialidades (vinculadas a enfermedades del pulmón y clínica obstétrica y ginecológica) que requerían de una infraestructura específica.

A comienzos del siglo XX la Asistencia Pública y Administración Sanitaria Municipal y la SB se disputaron el control de los efectores públicos. Parte del enfrentamiento entre estas administraciones giró en torno de la eficiencia de unas y otras instituciones en relación con el gasto/servicio prestado. Los funcionarios de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria Municipal hicieron público su malestar por la superposición de organismos tanto en el área asistencial como sanitaria. Según su diagnóstico la ciudad capital contaba con los recursos para cumplir con su deber de asistir al indigente y, si no lograba hacerlo en las condiciones exigidas por las concepciones más modernas en el campo, ello se debía a la desarticulación de los servicios fragmentados entre la jurisdicción nacional y municipal, la conducción pública y privada (Belmartino, 2005:53). Asimismo, los funcionarios del Departamento Nacional de Higiene (DNH) vinculaban las deficiencias en la prevención y control de enfermedades (principalmente preocupados por las infecciosas) a las dificultades para aplicar criterios uniformes en términos de doctrina sanitaria.

En esa línea, Belmartino (2005) registra que se presentaron siete proyectos de creación de organismos dependientes del Ministerio del Interior con jurisdicción en todo el país destinados a unificar la acción del Estado en materia de salud pública.

Algunos de estos proyectos hacían referencia al organismo en términos de “asistencia pública” o “asistencia social” y otros se inclinaban por la ampliación de la jurisdicción del DNH. Con el primer término se referían a la organización de servicios de atención médica para población de menores recursos, mientras que la acción del DNH se orientaba a la prevención de enfermedades mediante el saneamiento y control del medio ambiente. La autora sostiene que de este modo se fragmentó la postura frente a la salud pública en dos campos: la asistencia a los pobres y el saneamiento y prevención de enfermedades.

Estos dos campos se habían tensionado en 1905 en la Capital Federal cuando se propuso la separación de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria Municipal en dos organismos. Originalmente (1883) era sólo Asistencia Pública, pero cuando Emilio Coni asumió la dirección le amplió las facultades. En 1905 el director era José Penna, quien argumentó en contra de la separación sosteniendo que era necesario mantener la vinculación entre la asistencia al individuo enfermo y el saneamiento como garantía de una mayor eficacia en el tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas. Aun con estas diferencias entre los proyectos (asistencia pública y/o saneamiento) ambas líneas coincidían en incorporar a los hospitales que dirigía la SB a la esfera del Estado, retirando a esta organización de las instituciones de salud.

Así, se registraron varios intentos de la Dirección de Asistencia Pública por apartar a la SB de las instituciones hospitalarias. Uno de ellos, en 1892, fue encabezado por Emilio Coni y otro en 1906 por José Penna; ambos fracasaron en el intento. Asimismo el Departamento Nacional de Higiene intentó tomar el control de la Casa de Niños Expósitos en 1890. Estas disputas entre organismos nacionales y la SB ilustran el poder y la capacidad de las “damas” para resistir a estos embates de las instituciones médicas.

En 1890 la SB reclamó al Estado un incremento en el presupuesto asignado a la Casa de Expósitos y el pedido fue rechazado en virtud de la severa crisis económica que atravesaba el país. Es así que las administradoras y directoras de la institución declararon su crisis y el gobierno dispuso que el Departamento Nacional de Higiene se constituyera como organismo interventor de la Casa de Expósitos. Durante la intervención se realizaron numerosas modificaciones en la organización interna argumentando la necesidad de una dinámica “moderna y científica”. Y, subrayando la necesidad de eliminar costumbres tradicionales de la institución, se dictó un nuevo reglamento en el que se limitaba la participación de la SB (Pita, 2008). Las señoras mostraron un profundo resquemor ante las medidas y a la par organizaron una gran colecta de fondos para sacar a la Casa de Expósitos de la crisis financiera. A un mes de la intervención, las damas habían obtenido donaciones que duplicaban el presupuesto oficial asignado al establecimiento, hecho que se encargaron de hacer público. Asimismo, una vez demostrada su “buena disposición”, también hicieron pública su desvinculación de la institución, argumentando que resultaba imposible conciliar con el Departamento Nacional de Higiene. La renuncia pública provocó un escándalo:

Algunos periódicos se mostraron asombrados, declarando que se trataba de ‘un hecho que no dejará de impresionar a la sociedad bonaerense’ tanto porque, como se explicaba, se trataba ‘de damas tan distinguidas’, como por ‘el prestigio que la meritoria asociación ha logrado conquistarse’. Así, por el prestigio que rodeaba a las integrantes de la Sociedad y por la larga tradición que encarnaban, no quedaba otra salida que la de rechazar la renuncia para que, como señalaba el

columnista, las socias pudieran continuar ‘desempeñando, con más celo que nunca su filantrópica misión’.
(Pita, 2008: 115)

El conflicto se resolvió en sólo unos días. El mismo presidente de la República, Carlos Pellegrini, dictó un decreto en el que rechazaba la renuncia. La SB respondió que sólo iba a retomar la dirección del establecimiento si el gobierno afrontaba el pago de las deudas, y si se aprobaba un abultado presupuesto para el año siguiente. En ese año, 1892, Emilio Coni, como director de la Asistencia Pública Municipal, pidió una audiencia con Carlos Pellegrini para solicitarle que fuera la institución que él presidía la que dirigiera los hospitales de la ciudad de Buenos Aires. La respuesta del presidente que Emilio Coni reproduce en su autobiografía fue contundente: “en nuestro país, donde la Sociedad de Beneficencia figura como una entidad poderosísima, no será posible por ahora realizarse su desideratum” (Coni, 1918 en Pita, 2009: 112).

Así entonces, por un lado se dio el debate respecto de la necesidad de unificar el control estatal sobre la salud pública en un organismo nacional con jurisdicción en todo el país (lo que tensionaba la autonomía provincial). Por el otro, se debatía también respecto de si la “asistencia pública” debía ser o no un área de incumbencia de este/os organismo/s. Las diferentes agencias estatales de salud cuestionaron la pertinencia de la SB en la dirección de hospitales, cerrando filas en el argumento de que más allá de la buena voluntad de estas damas se requerían criterios científicos y pericia técnica para estos menesteres.

Finalmente, en 1923, Gregorio Aráoz Alfaro, desde la Dirección Nacional de Higiene, intentó un camino alternativo. Propuso, en el marco de la primera conferencia sanitaria nacional, buscar acuerdos entre los diferentes Consejos

de Higiene provinciales para diseñar y aplicar un régimen efectivo para el control y prevención de enfermedades evitables. Asimismo promovió desde la bancada del Partido Socialista nuevas funciones para las agencias estatales con jurisdicción en salud:

una doctrina que supere las nociones anteriores relativas a caridad o beneficencia. Una renovación parcial de la doctrina asistencial anticipa por esta vía que se transformará en preocupación sustantiva a partir de los años treinta. (Belmartino, 2005: 59)

La disputa por el control de las instituciones de salud sin duda la ganó el higienismo. En esa misma línea los médicos Zwanck, Rodríguez y Carbonell crearon las escuelas de Visitadoras de Higiene Social y de Asistentes Sociales, arguyendo la necesidad de darle un “carácter científico” a la asistencia social, y con el objeto de superar las intervenciones de tipo “empíricas”, dirigidas por “impulsos del corazón”.

Luego de este recorrido podemos retomar aquella pregunta que orientó mi búsqueda histórica: “¿desde cuándo hay servicios sociales en los hospitales?”. Pues bien, la respuesta “desde siempre” parece ahora tener más sentido.

Del Movimiento de Reconceptualización a las incumbencias profesionales en el campo sanitario

No hay un recorrido histórico lineal entre aquellas escuelas creadas por los higienistas y la situación actual. Entre éstas y el dictado de la normativa que regula el ejercicio profesional en Argentina (a partir de 1986) se vivieron marchas y contramarchas con algunas experiencias formativas verdaderamente transformadoras de esta profesión.

Como mencioné al comienzo del capítulo, un punto central en el proceso de profesionalización ha sido el Movimiento de Reconceptualización. Al calor de este movimiento se crearon nuevos espacios formativos y se abrieron novedosos debates. La intervención del trabajador social se orientó a generar un proceso de concientización en los grupos y comunidades y, a diferencia del modelo de intervención sobre el “caso individual”, la práctica pasó a orientarse al “desarrollo de la comunidad”.

El Movimiento se originó en la década de 1960 en América Latina y tuvo una notable influencia en varios países de la región. A partir de él se planteó una profunda reflexión respecto del rol del trabajo social en la sociedad industrial y en el desarrollo y expansión del capitalismo. Incluso para algunos autores representó un momento bisagra en la historia del trabajo social profesional (Netto, 1997; Parra, 1999; Yamamoto, 1992; Rozas Pagaza, 2001). Estuvo claramente influido por el desarrollismo latinoamericano y en nuestro país constituyó un espacio muy heterogéneo. Alayón (2005) sostiene que allí confluyeron “católicos, ateos, evangelistas, peronistas, frondizistas, comunistas, socialistas, demócratas cristianos” (p. 11). Sin embargo, todos ellos coincidieron en una “actitud crítica frente al modelo positivista-funcionalista” dominante hasta el momento (Kisnerman, 2005: 35), en una búsqueda y definición de un trabajo social latinoamericano y en el cuestionamiento a la influencia de Estados Unidos en la formación. Los unía el compromiso por el reconocimiento de la especificidad latinoamericana y la preocupación por el desarrollo de las comunidades locales.

La propuesta de orientar la intervención hacia el desarrollo de la comunidad y no ya únicamente a las estrategias individuales, fue otra de las características distintivas del Trabajo Social Reconceptualizado.

Se sostenía que la clave para dar respuesta a los problemas de los sectores sociales más afectados por la desigualdad se encontraba en la “concientización” y en la búsqueda de respuestas colectivas, práctica que los distinguía del mero asistencialismo.

Alfredo Carballada (1995) lo define como un movimiento dentro del trabajo social latinoamericano que, fuertemente influido por las teorías de la dependencia y las lecturas del materialismo histórico, se caracterizó por: a) la vinculación específica con la realidad latinoamericana; b) el incremento de la práctica política o politizada y c) el desarrollo de un proceso crítico en los ámbitos académicos. Así, se puede hablar de un trabajo social reconceptualizado o “crítico” (Carballada, 1995) para referir a aquellas perspectivas que, herederas de la Reconceptualización, actualmente reflexionan respecto del lugar del trabajador social frente a la *cuestión social*.¹¹ En esa línea, Iamamoto considera que la actuación de los trabajadores sociales está necesariamente polarizada por intereses de clase, ya que:

responde[n] tanto a demandas del capital como del trabajo y sólo puede[n] fortalecer uno y otro polo por la mediación de su opuesto. Participa[n] tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo y por la misma actividad, da[n]

11 El término es utilizado con bastante regularidad en el trabajo social para designar aquellos asuntos que fueron incorporados a la agenda pública, cuestiones consideradas “socialmente significativas”. El término fue acuñado por la sociología del siglo XIX y luego retomado por la iglesia católica en el marco de la Doctrina Social de la Iglesia (Eroles, 2005). Algunas perspectivas marxistas lo utilizan para referirse a “la situación de los trabajadores asalariados en la sociedad capitalista” (Eroles, 2005:43). Se puede señalar cierto consenso al respecto de reconocer que la cuestión social se origina en el marco de la sociedad industrial, a partir de que el estado burgués incorpora entre sus asuntos el control y la asistencia sobre la clase obrera. En ese sentido se sostiene que la participación del Estado en la cuestión social surge de la necesidad de atenuar o neutralizar el conflicto que deriva de las condiciones de explotación.

respuesta a las necesidades de sobrevivencia de las clases trabajadoras y de la reproducción del antagonismo en esos intereses sociales, reforzando las contradicciones que constituyen el móvil básico de la historia. (Iamamoto, 1992: 85)

Cabe señalar que existen autores (Travi, 2006; García Salord, 1998) que no otorgan semejante centralidad a la Reconceptualización y proponen recuperar los aportes de la llamadas pioneras del trabajo social, quitándoles el mote de “conservadoras garantes del orden moral” (Travi, 2006: 28). Para estos autores el trabajo social sí reconoce entre sus antecedentes pre-profesionales a la beneficencia y a la caridad.

Más allá de estos debates y de la valoración atribuida a la Reconceptualización, resulta innegable que este movimiento ha dejado marcas indelebles en las prácticas actuales aun a pesar de que el proceso de revisión de la profesión se vio interrumpido por las dictaduras latinoamericanas de la década de 1970.¹² Este movimiento marcó un punto de inflexión respecto de la práctica profesional anterior en la medida en que se señalaron como causa de la desigualdad social a las propias contradicciones del sistema capitalista. Con ello el rol del trabajador social ya no sería el de asistir o ayudar a los afectados, sino que la intervención profesional se debería orientar a visibilizar esas contradicciones y acompañar a los conjuntos sociales en la búsqueda de respuestas. Para ello se señalaba como necesario sostener una reflexión atenta respecto de la práctica profesional en la medida en que ésta siempre se encuentra tensionada entre los intereses del trabajo y los del capital.

12 Las diferentes dictaduras intervinieron muchas de las instituciones de formación, restituyeron en ellas los planes de estudio más conservadores y persiguieron a muchos de los referentes de este movimiento en el marco de la práctica del terrorismo de Estado.

En esta línea también se reconoce que una de las principales conquistas del Movimiento de Reconceptualización fue el rechazo de los trabajadores sociales a situarse como “agentes técnicos puramente ejecutivos”, como simples ejecutores de políticas públicas. Se subrayó la importancia de que estos profesionales participaran en el diseño de los programas “más allá de los niveles de intervención micro-social” (Netto, 2005: 77). De este modo, se valora el estatuto intelectual de los “asistentes sociales” y con ello se abre la vía para la inserción del componente de la investigación en la labor del trabajo social. En ese sentido, señala Netto: “la Reconceptualización sentó las bases para la recualificación profesional, rechazando la subalternidad expresada en la hasta entonces consagrada división del trabajo entre científicos sociales (los teóricos) y trabajadores sociales (los profesionales de la práctica)” (Netto, 2005: 77).

Entre 1959 y 1969, el Instituto de Servicio Social, dependiente del Consejo Nacional de Asistencia Social, se convirtió en un símbolo de este viraje. Más conocido como el Instituto Bolívar, en esta institución se hicieron efectivos profundos cambios en los planes de estudio, en los modelos de intervención propuestos y aun en la denominación del profesional: Trabajador Social. Para algunos autores (por ejemplo Alayón, 1982), en este momento los asistentes sociales abandonaron sus roles de auxiliares para convertirse en autónomos promotores o agentes de cambio.

A partir de la sanción en 1987 de la Ley Nacional 23.377 que regula el ejercicio profesional de los trabajadores sociales, surgieron gradualmente Consejos o Colegios profesionales en cada jurisdicción, cada uno con su código de ética. En el mismo año, por resolución del Ministerio de Educación de la Nación, se establecieron las incumbencias del título de Asistente o Trabajador Social, entre las que podemos mencionar: promover la participación organizada

de personas, grupos y comunidades para mejorar su calidad de vida; realizar acciones de promoción, asistencia y rehabilitación social de personas y grupos; elaborar, conducir, ejecutar, supervisar y evaluar planes programas y proyectos de acción social; capacitar y orientar a individuos, grupos y comunidades para el empleo de sus propios recursos en la satisfacción de sus necesidades; realizar estudios e investigaciones, entre otras.

Tanto en el código de ética del Colegio de la Provincia de Buenos Aires como del Consejo Profesional de la Ciudad de Buenos Aires se expresa la necesidad de: un ejercicio profesional consustancial con la defensa de los DDHH, la preservación del secreto profesional, el respeto de la autodeterminación de los usuarios y el trabajo interdisciplinario con otros profesionales.

Pocos años después de la sanción de esta norma se organizó el programa de Residencia de Servicio Social en Salud en la ciudad de Buenos Aires y otro dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Como en otras residencias en salud, los aspirantes deben rendir un examen para su ingreso y el proceso formativo se desarrolla en espacios asistenciales del sistema público con la guía de instructores. En los programas de residencia consultados se señala como uno de los objetivos formativos la promoción del trabajo interdisciplinario. Así también, se hace hincapié en la promoción de estrategias de atención primaria de la salud.

De este modo, el dictado de incumbencias profesionales, los códigos de ética e incluso los programas específicos de formación en salud dan cuenta de que el objetivo de desempeñarse como “eficaz colaborador del médico” ha sido abandonado —al menos parcialmente—. Más bien estas propuestas parecerían promover la participación en “equipos interdisciplinarios de trabajo” tanto con fines asistenciales como de investigación o de gestión de programas/políticas públicas.

En los capítulos 3 y 4 mostraré cómo estos objetivos se entrelazan en el trabajo asistencial de respuesta al VIH-Sida en un hospital público. Para ello el enfoque etnográfico ha sido clave en la tarea de captar matices, tensiones, y los debates en las prácticas cotidianas.

Condiciones institucionales de la práctica profesional: el aporte de la etnografía

En este punto resulta oportuno recuperar algunos aportes del campo de la sociología y antropología de las profesiones. Específicamente la producción bibliográfica posterior a la década de 1960 que, a diferencia de la anterior centrada en el estudio de roles y normas profesionales, “se concentra en la influencia política de las profesiones, en la relación de las profesiones con las élites, políticas y económicas, y [en su relación con] el Estado y con el mercado y el sistema de clases” (Freidson, 2001: 29). Recupero los trabajos de Eliot Freidson con el propósito de abordar el análisis de los saberes y prácticas profesionales de los trabajadores sociales del hospital en estudio, a partir de situarlos en el marco de la compleja división del trabajo desarrollada por la medicina, división del trabajo en virtud de la cual se configura un conjunto de profesiones que pasan a denominarse “paramédicas” (Freidson, 1978).

En sus estudios sobre la medicina, Freidson (1978) aborda la compleja división del trabajo que organiza y controla esta profesión, definiendo a aquellas ocupaciones/profesiones que se encuentran bajo su control como “paramédicas”. Así, por ejemplo, sostiene que, dado que los conocimientos y prácticas utilizados por estas profesiones suelen haber sido desarrollados o amplificados por la propia medicina, las tareas desempeñadas por paramédicos, más que reemplazar,

tienden a asistir en las actividades de diagnóstico y tratamiento y su trabajo suele realizarse a pedido (por derivación) del médico.

Los estudios que indagan acerca de los procesos de profesionalización de ocupaciones como la enfermería y la odontología (Schapira, 1999, 2003a, 2003b, 2007; Faria, 2006) iluminan en este sentido acerca de la compleja y dinámica división del trabajo y de las relaciones jerárquicas que la medicina establece con otras ocupaciones/profesiones. En el caso de la odontología en Argentina, los trabajos de Schapira (1999, 2003a, 2003b, 2007;) recorren el proceso de emergencia, desarrollo y consolidación de esta práctica como una de las profesiones del campo de la salud.

Surgida como una actividad empírica, la odontología se insertó en la universidad a fines del siglo XIX, en un primer momento como rama accesoria de la carrera de Medicina y con el tiempo pasó a homologarse en prestigio y reconocimiento social a la medicina. En estos trabajos la autora recorre los mecanismos que la odontología desplegó para alcanzar la autonomía y el monopolio profesional:

mecanismos demarcatorios de exclusión, subordinación, hegemonía y usurpación que los grupos profesionales despliegan con el fin de asegurarse una jurisdicción exclusiva en ámbitos particulares. Otras categorías remiten a los procesos de pugna por la obtención de un monopolio, al papel del Estado, del conocimiento específico legitimado por la Universidad como agente hegemónico, a la tendencia a la formación de corporaciones, como así también a improntas de carácter ideológico cultural como el 'ideal profesional' [...]. (Schapira, 2007: 1)

Uno de los mecanismos demarcatorios fundamentales fueron los que establecieron los términos de la relación con la medicina, en la medida en que, como una profesión hegemónica, ésta instala y ordena las que denomina “ramas menores”. Schapira señala el carácter contradictorio y ambivalente de la relación con la medicina, que a la vez que le otorgaba el prestigio y la formación científica necesaria para el reconocimiento estatal, amenazaba con integrar la práctica al campo de sus incumbencias violando la autonomía y monopolio profesional de los odontólogos. Sin embargo, sostiene este autor, pese a las confrontaciones con las ciencias médicas nunca se produjo una ruptura con éstas porque representaba para los odontólogos una garantía de científicidad, reconocimiento y prestigio social, de los que carecían (Schapira, 2000).

Como vimos anteriormente, las primeras escuelas de trabajadoras sociales fueron creadas en espacios de la Facultad de Medicina de la UBA. Sin embargo, en este caso no se trató de una estrategia del trabajo social en busca de su profesionalización, sino que fue más bien una forma de consolidar el control por parte de la medicina de la asistencia pública (hasta el momento en manos de la beneficencia). Asimismo, reflejó el triunfo de la nueva doctrina asistencial (Belmartino, 2005) que integraba la asistencia pública y la respuesta sanitaria bajo el control de quienes se postulaban como auténticos portadores del saber científico. La incorporación de la formación de Visitadoras de Higiene en el espacio universitario reflejó el triunfo sobre la SB, una institución que echaba sus raíces en el mismo origen de la nación y que se oponía con todo su poder a someterse al control de las instituciones del Estado (Belmartino, 2005).

Mientras que la odontología empírica (barberos/comerciantes) requirió de la medicina para lograr el prestigio académico y el reconocimiento del Estado, la asistencia pública

en manos de la SB contó por décadas con ese reconocimiento. No fue sino hasta que la medicina higienista se interesó por el control de las instituciones públicas de salud y se consolidó la nueva doctrina asistencial que la formación de las “asistentes sociales” pasó a ser asunto de la medicina.

Ciertamente no es posible extrapolar el estudio de la profesionalización de la odontología sin más al trabajo social o a cualquier otra ocupación. Schapira, retomando a Freidson, sostiene que en virtud de la especificidad de estos procesos “necesariamente deben abordarse, teniendo en cuenta los marcos sociopolíticos donde el Estado ha participado de manera disímil en la legitimación y organización de las profesiones” (Schapira, 2003b: 957). Sin embargo, el estudio de la odontología nos brinda herramientas para iluminar las complejas relaciones que la medicina establece con otras ocupaciones/profesiones, entre ellas el trabajo social, a partir de arrogarse el lugar de árbitro final en la división del trabajo médico (Freidson, 1978).

Tal como señala Freidson (1978), la medicina estableció su propia jurisdicción sin limitarse a su capacidad de curar, sino que se orientó a definir la enfermedad. Esto es, buscar y crear significados sociales, por tanto morales, respecto de signos físicos y de otro tipo. Es en ese sentido que el médico, dice Freidson, desempeña el rol de “empresario moral”. En cuanto a su ubicación en la división del trabajo organizado a partir de la medicina y frente a ese rol de empresarios morales, el trabajo social ha adoptado distintas posiciones a lo largo de su historia y continúa haciéndolo. El Movimiento de Reconceptualización, por ejemplo, instaló el debate acerca del rol de auxiliar abriendo la posibilidad de la construcción de cierta autonomía profesional en las intervenciones y más aún, en la misma definición del problema social. En ese marco se planteó la posibilidad de que la medicina y la psicología pudieran acompañar el proceso

crítico que vivía el trabajo social, construyendo nuevas realidades sociales sobre las que intervenir (Carballeda, 1995).

Actualmente las relaciones y disputas con la medicina adoptan diversas características en función de los variados sentidos que los trabajadores sociales le otorgan a su profesión y de las complejas y dinámicas interacciones que establecen en los diversos espacios institucionales. Es precisamente en este entrecruzamiento entre sentidos y prácticas referidos al carácter profesional de su ejercicio y la división del trabajo que impone la medicina, que los trabajadores sociales negocian y disputan su autonomía.

El enfoque etnográfico nos ha permitido registrar en las interacciones cotidianas del trabajo hospitalario cómo se imponen, negocian y asumen los roles profesionales. La reciente historia de la epidemia del VIH-Sida y los enormes cambios que se han dado en la respuesta asistencial a este padecimiento ponen de relieve la permanente redefinición del lugar asignado y asumido por los trabajadores sociales en lo que se ha dado en llamar “el aspecto social del Sida” o simplemente “la pata social”.

Capítulo 2

La Región Sanitaria y el hospital en estudio

Antes de abordar los procesos de atención específicos que me propongo analizar en este trabajo, resulta pertinente situar con algunos datos sociodemográficos la región en la que se encuentra emplazado el Hospital en estudio. Para ello utilizo fuentes censales y otros datos producidos por los ministerios de salud nacional y provincial y por agencias estatales del nivel municipal. El propósito de este apartado es evitar que se pierda de vista la situación del sistema de salud en el que trabajan a diario estos profesionales y en el que las personas afectadas buscan, con enorme esfuerzo, respuestas a sus padecimientos.

Entiendo que los datos que siguen nos permitirán atender a ciertas condiciones estructurales en las que se inscriben los procesos de atención que describiré más adelante. Las preguntas que de alguna manera orientan la presentación de estos datos son: ¿con qué recursos sanitario cuenta la región en la que se encuentra este hospital?, ¿qué otros efectores están disponibles para la atención y a qué nivel de atención pertenecen?, ¿cuál es la dimensión de la demanda de atención de esta zona del conurbano y cuánto de ella absorbe este hospital?, ¿qué otra oferta de atención pudo estar disponible para quienes llegaron a la consulta en este hospital?, ¿cuáles son las condiciones sanitarias generales de la población que habita esta región?

La expectativa es que estos datos permitan dimensionar la urgencia de algunas demandas que a diario llegan al Servicio Social del hospital, dar cuenta de pasillos de consultorios externos llenos de personas que esperan por horas ser atendidas y el dramatismo de lo que podríamos llamar *oportunidades perdidas* de intervención.

La Región Sanitaria XII

El hospital en estudio se localiza en el partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, uno de los 24 partidos del Gran Buenos Aires.¹ Limita con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al noroeste, al sudoeste con Cañuelas y Marcos Paz, con Lomas de Zamora y Esteban Echeverría al sudeste y al noroeste con Marcos Paz, Merlo, Morón y Tres de Febrero.

El sistema público de salud de la Provincia de Buenos Aires reconoce doce Regiones Sanitarias en las que se distribuye la totalidad del territorio de la provincia. A través de la organización administrativa de las regiones sanitarias los ministerios provincial y nacional hacen llegar recursos (medicación, insumos, información etcétera), orientan las políticas de salud y recaban la información epidemiológica. El partido de La Matanza integró la Región Sanitaria VIIa hasta el año 2008 cuando se creó la Región Sanitaria XII que comprende únicamente a este partido. La separación del partido de La Matanza de la Región VII-a tuvo que ver con el problema de la distribución de los recursos.

1 1 Almirante Brown, 2 Avellaneda, 3 Berazategui, 4 Esteban Echeverría, 5 Ezeiza, 6 Florencio Varela, 7 General San Martín, 8 Hurlingham, 9 Ituzaingó, 10 José C. Paz, 11 La Matanza, 12 Lanús, 13 Lomas de Zamora, 14 Malvinas Argentinas, 15 Merlo, 16 Moreno, 17 Morón, 18 Quilmes, 19 San Fernando, 20 San Isidro, 21 San Miguel, 22 Tigre, 23 Tres de Febrero, 24 Vicente López.

Así lo explicaba uno de los médicos del hospital en estudio que también integraba entonces la Dirección Nacional de Sida y ETS:

—¿Sabes con qué tuvo que ver ese cambio? [...] —Con Balestrini [...] En realidad tiene una parte lógica que es: Matanza tiene casi 2 millones de habitantes. Los otros partidos eran Morón, Tres de Febrero, 400.000 habitantes, 300.000. Entonces todos los recursos de la zona VII-a se los llevaba Matanza y eso entonces lograron separarlo, entonces hay recursos teóricamente para los dos [...] Teórico porque bueno, tiene otra contra que es (que) hay dos secretarías de salud, una es la región sanitaria y otra es la secretaría municipal ((risas)). [Médico]

Con la nueva distribución y la creación de la Región Sanitaria XII su área pasó a coincidir exactamente con el territorio del partido de La Matanza lo cual permite cruzar información secundaria provista por variadas fuentes (Censo de Población y Vivienda, Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia, informes epidemiológicos de las regiones sanitarias, etcétera). Además se superpusieron sobre el mismo exacto territorio la escala municipal y la provincial representadas por la Secretaría de Salud Municipal y por la Región Sanitaria del Ministerio de Salud bonaerense. Las instituciones de salud pertenecen algunas a la órbita municipal y otras a la provincial; no existe en esta localidad ningún hospital de dependencia nacional. Del mismo modo, los trabajadores de la salud pueden pertenecer a una u otra jurisdicción e incluso pueden tener nombramientos del Ministerio de Salud de la provincia y desempeñar su tarea en instituciones municipales.

A esta superposición de jurisdicciones sanitarias municipales y provinciales sobre un mismo territorio se le debe sumar la presencia de algunas dependencias nacionales tales como delegaciones locales de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que, aunque no constituyen agencias sanitarias, se vinculan estrechamente con la atención de la salud. La presencia directa de dependencias nacionales en el territorio provincial/municipal es parte de una política de algunos organismos nacionales iniciada en 2003 con el propósito de ampliar el acceso a algunos beneficios en todo el país.

Esta superposición de jurisdicciones y agencias estatales se pone de manifiesto en las múltiples gestiones que realizan las personas que viven con el virus y en las interacciones cotidianas de las trabajadoras sociales del hospital en estudio con las diferentes instituciones. En varios registros de campo señalé mi confusión respecto de la pertenencia institucional de las diferentes agencias y agentes estatales.

Le pregunté si [el centro de salud] era municipal o provincial y Sandra me dijo que provincial. Le dije que tenía entendido que no había centros de salud provinciales, le pregunté cómo era eso de las jurisdicciones: ¿una residencia provincial en un centro de salud municipal? La pregunta era porque Sandra me había contado que cuando estaba haciendo la residencia estuvo en un centro de salud. Lucía me explicó que los centros antes eran provinciales pero que fueron transferidos al municipio. En algunos casos se acordó la transferencia pero la provincia siguió pagando los sueldos. Le agradecí la información, y le dije que ahora entendía un poco más por qué me resultaba tan confusa la cuestión de los cargos. Así alguien puede trabajar en una institución

municipal con un cargo de la Región Sanitaria que es provincial. [Registro de Campo, 29/10/2008]

En este territorio no sólo se superponen efectores y trabajadores de la salud de las órbitas municipales y provinciales, sino también los programas sanitarios de las diferentes jurisdicciones. En cuanto a la atención del VIH-Sida, tres programas operan sobre ese territorio: el Programa Nacional de VIH-Sida y ETS,² el Programa Provincial de Prevención y Control de la Infección por VIH/Sida y el Programa Municipal de VIH-Sida. En cuanto a la organización de la respuesta a la epidemia, el nivel nacional asume la responsabilidad de la provisión de medicamentos, reactivos e insumos preventivos que son gestionados por las diferentes provincias. En este caso en particular, algunos de estos insumos son gestionados por el programa provincial, otros por el municipal, atendiendo a la pertenencia institucional de cada hospital. Asimismo, las agencias provinciales o municipales cuentan con recursos propios que administran según sus propios criterios, en términos generales de modos bastante desarticulados entre sí.

Con los programas de Tuberculosis (TBC) ocurre algo similar. Al respecto, una trabajadora social que se ocupa de realizar el control de los tratamientos directamente observados para TBC en el hospital, nos explicaba las dificultades que se presentan en el seguimiento de pacientes cuando éstos, al elegir un efector más próximo a su domicilio, deciden continuar su tratamiento en un centro de salud (municipal):

no hay conexión entre municipalidad y provincia, nosotros porque tenemos a [una médica] que está en Laferrere por ejemplo [...] porque [esa médica]

2 La denominación es Dirección Nacional de VIH-Sida y ETS.

trabajó acá [...] es municipal pero [...] “che, me vino Juana López que era tuya” [simula hablar por teléfono] pero... así, pero no hay ningún tipo de conexión.
[Trabajadora Social de Tuberculosis]

En la misma línea, se puede señalar la yuxtaposición de los niveles nacionales y provinciales en la tramitación de la Pensión Asistencial por Invalidez y en la gestión de la ayuda alimentaria para personas viviendo con el virus. A lo largo del trabajo de campo pude observar que estos beneficios asistenciales superpuestos y promovidos por diferentes niveles estatales generaban gran confusión entre las personas que intentaban tramitarlos. Se requería contar con mucha información para poder saber si el recurso correspondía a una u otra agencia estatal, dónde debía tramitarse y qué tipo de requisitos e incompatibilidades suponía. Una parte de la actividad que se desarrollaba en la sala de espera del servicio de infectología giraba en torno de la circulación de este tipo de información entre los pacientes.

Las instituciones sanitarias suelen ser clasificadas por su nivel de complejidad en: hospitales, centros de salud y unidades sanitarias. En el partido hay dos hospitales provinciales y cuatro municipales. La Secretaría de Salud del Municipio divide el partido en tres regiones de salud y cada una tiene referenciado un hospital municipal de cabecera. Los hospitales cabecera de cada región de salud municipal son dos hospitales materno-infantiles y un policlínico general. En total el partido cuenta con cuatro hospitales municipales (uno exclusivamente dedicado a la atención del niño, dos materno infantiles y un policlínico general). A estos hospitales se suman sólo dos hospitales generales de dependencia provincial.

El hospital en estudio es el más importante del partido en función de la capacidad de internación y el nivel de

complejidad de los tratamientos que puede proveer, por lo tanto es el hospital de referencia de la Región Sanitaria Provincial.

Antes de adentrarnos en la descripción del hospital, realizaré una breve caracterización del área de influencia que abarca atendiendo a algunos indicadores sociodemográficos, la disponibilidad de recursos sanitarios y la accesibilidad y utilización del sistema público de salud a partir de los resultados de un estudio geo-referenciado sobre La Matanza (Massera, 2003).

La Ruta Nacional N° 3 recorre el partido desde su límite con la Ciudad de Buenos Aires hasta el extremo sur-oeste (partido de Cañuelas). Esta ruta nacional es intersectada por dos grandes arterias: Camino de Cintura y la Ruta Provincial N° 21. Estas vías de comunicación dividen la superficie del partido en tres regiones. La superficie total es de 325 kilómetros cuadrados y allí habitan 1.775.816 personas (Censo Nacional 2010).

El municipio describe su territorio como:

Un área de tierras llanas, con leves ondulaciones (a excepción de las cercanías de los cursos fluviales) y con una altura promedio de 20 metros sobre el nivel del mar. La Matanza es un partido de zonas húmedas, bañadas por una gran cantidad de arroyos, riachos y el río Matanza-Riachuelo, este último de gran importancia. (Portal de Internet del Partido de La Matanza).

En contraste con esta descripción, el estudio mencionado al referir la cuestión de la “accesibilidad física” al sistema público de salud de la población lo define como un área caracterizada por el “riesgo de inundaciones provocadas tanto por las abundantes precipitaciones como por las importantes sudestadas” (Massera, 2008: 53). Agrega que:

el riesgo de inundación se incrementa como consecuencia de las bajas cotas del terreno, la insuficiencia de desagües pluviales y la deficiente descarga de conductos troncales. El agua contaminada por desagües industriales inunda las viviendas, calles y terrenos, poniendo en peligro la salud de la población (Massera, 2008: 53-54).

Estos datos revisten especial interés porque el hospital en estudio fue construido bajo el nivel del terreno en una zona anegable. Ello afectó su puesta en funcionamiento e implicó un largo proceso de varias inauguraciones y nuevas obras de infraestructura para lograr la paulatina ampliación de su capacidad operativa.

La Matanza es el partido con mayor población del Gran Buenos Aires (1.775.816) e incluso es una de las jurisdicciones que concentra más población a nivel nacional. Según los resultados del Censo Nacional 2010, sólo cuatro jurisdicciones nacionales tienen más población que La Matanza (CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) lo que le confiere la denominación de “la quinta región”. Concentra el 4,4% de la población del país, el 11,4% de la población total de la provincia de Buenos Aires (15.625.084) y representa el 17,9% de los habitantes de los 24 partidos de GBA (9.916.715). No sólo es el partido de GBA más poblado sino que su población casi triplica la del segundo partido más poblado (Lomas de Zamora: 616.279). En cuanto a la densidad poblacional (5.497,9hab/km²) se encuentra entre los diez partidos más densamente poblados.

En cuanto a los niveles de desocupación, un informe de la Jefatura de Gabinete del Municipio de La Matanza refiere que en 2004 el 22,5% de la población activa del partido

se encontraba desocupada. Para el mismo período, el promedio de los veinticuatro partidos de GBA era del 15,2% y el total país el 12,7%. Hacia el 2006 la dinámica del partido comenzó a ser similar a la del conurbano y estas diferencias se redujeron³ (Jefatura de Gabinete de La Matanza-PNUD, 2009). Resulta pertinente señalar que, pese a la mejora relativa de las tasas comparadas con el total del Gran Buenos Aires, la gran cantidad de población que reside en este partido hace que esos porcentajes representen enormes cantidades de personas. Si estimamos que la población económicamente activa (entre 15 y 65 años) es de 1.151.611 personas, el 9,4% de desocupación representa aproximadamente 108.250 personas. Asimismo cabe señalar que este indicador, como otros, presenta asimetrías importantes entre las jurisdicciones del partido. El municipio suele dividirse en tres conglomerados o subregiones.⁴ En el conglomerado en que se encuentra ubicado el hospital en estudio, el porcentaje de población desocupada era de 11% para 2009 mientras que la zona más cercana al límite con CABA era de apenas del 3,3% (Jefatura de Gabinete de La Matanza-PNUD, 2009). En cuanto al empleo denominado “en negro”, el mismo informe señala que para 2008 y 2009 se registraba un 40,1% de la población ocupada en estas condiciones.

Según lo registra el censo nacional 2010 el porcentaje de población analfabeta es el más alto de GBA (Tabla 1).

-
- 3 En los segundos semestres de los años 2007, 2008 y 2009 las tasas de desocupación del partido fueron de 10.1%, 10.2% y 9.4% respectivamente. Mientras que las de los 24 partidos fueron de 10.9%, 9.1% y 10.6% para los mismos períodos.
 - 4 La primera de éstas es la más cercana a CABA, comienza en la Av. General Paz y se extiende hasta el Camino de Cintura, la segunda desde allí hasta la Av. Carlos Casares y la tercera desde allí hasta el límite con los partidos más alejados de CABA.

Tabla 1. Población de 10 años y más analfabeta, en porcentaje. Año 2010

	<i>Partidos de Gran Buenos Aires</i>	<i>Analfabetismo en %</i>
1	La Matanza	2,2
2	Florencio Varela	1,8
3	José C. Paz	1,7
4	Lomas de Zamora	1,6
5	Moreno	1,6

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

En el mismo estudio censal se registró que el 15,2% de los hogares de este partido no tenía provisión de agua dentro de la vivienda, lo que representaba 73.646 hogares. El 54,5% de los hogares no contaba con acceso a la red cloacal (264.147). El partido tenía asimismo el peor indicador de cantidad de viviendas cada 1.000 habitantes de GBA (Tabla 2).

**Tabla 2. Viviendas particulares cada 1.000 habitantes
24 partidos del Gran Buenos Aires. Año 2010**

<i>24 Partidos de GBA</i>	<i>Viviendas c/ 1.000 hab.</i>
Vicente López, Buenos Aires	429
San Isidro, Buenos Aires	370
Morón, Buenos Aires	369
Avellaneda, Buenos Aires	356
Tres de Febrero, Buenos Aires	355
Lanús, Buenos Aires	345
General San Martín, Buenos Aires	335
Ituzaingó, Buenos Aires	330
San Fernando, Buenos Aires	321
Tigre, Buenos Aires	316
Quilmes, Buenos Aires	314
Lomas de Zamora, Buenos Aires	308
Hurlingham, Buenos Aires	307
Ezeiza, Buenos Aires	307
San Miguel, Buenos Aires	302
Berazategui, Buenos Aires	299
Esteban Echeverría, Buenos Aires	294
Moreno, Buenos Aires	287
Almirante Brown, Buenos Aires	284
Merlo, Buenos Aires	279
Malvinas Argentinas, Buenos Aires	272
José C. Paz, Buenos Aires	272
Florencio Varela, Buenos Aires	270
La Matanza, Buenos Aires	253

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

Con los datos desplegados hasta aquí se puede afirmar que se trata de una región muy poblada, con altos niveles de desocupación y empleo no registrado y con un serio déficit habitacional. Por último quisiera mostrar aquí algunos datos de pobreza e indigencia (Tabla 3 y 4), que permiten representar las profundas asimetrías entre las tres

subregiones del partido (Jefatura de Gabinete Municipio La Matanza-PNUD, 2009).

Tabla 3. Porcentaje de población bajo la línea de pobreza por Subregión Años 2004 y 2009

	<i>Subregiones/áreas</i>	<i>2004</i>	<i>2009</i>
1	Av. G Paz a C. de Cintura	38,9%	6,5%
2	C. de Cintura a Av. C. Casares	51,1%	23,8%
3	Av. C. Casares al límite del partido	72,2%	37%

Fuente: Objetivos del Milenio, Municipio La Matanza-PNUD (2009).

Tabla 4. Porcentaje de población bajo la línea de indigencia por Subregión Años 2004 y 2009

	<i>Subregiones/áreas</i>	<i>2004</i>	<i>2009</i>
1	Av. G Paz a C. de Cintura	9%	1,8%
2	C. de Cintura a Av. C. Casares	20,4%	4,4%
3	Av. C. Casares al límite del partido	32,2%	15,3%

Fuente: Objetivos del Milenio, Municipio La Matanza-PNUD (2009).

Si bien el informe muestra la recuperación de la región entre 2004 y 2009, ciertamente considerable, a la vez deja en evidencia que la brecha entre una y otra subregión se mantiene muy elevada y que el ritmo de mejora de estos indicadores también es desigual entre los territorios.

Ahora bien, si a este mapa de distribución de la población bajo la línea de pobreza o indigencia le agregamos la distribución de los recursos sanitarios del sistema público de salud (Tabla 5) veremos que esa desigualdad se expresa también en la disponibilidad de servicios de salud públicos (Massera, 2008).

Tabla 5. Efectores por regiones de salud municipales del partido de La Matanza. Año 2010

<i>Regiones municipales*</i>	<i>Unidades Sanitarias</i>	<i>Centros de Salud</i>	<i>Hospitales</i>
Región 1	16	3	Hospital General (Municipal) Hospital Pediátrico (Municipal)
Región 2	17	2	Hospital Materno Infantil (Municipal) Hospital General (Provincial)
Región 3	14	2	Hospital Materno Infantil (Municipal) Hospital General (Provincial)

* La numeración de las áreas o regiones sanitarias del municipio se corresponden con los conglomerados antes mencionados.

Fuente: Municipio de La Matanza, Secretaría de Salud (Sitio Web). Elaboración propia.

En la región en la que se encuentra el hospital en estudio residen 497.813 habitantes. Es el único hospital de complejidad de la zona y recibe población no sólo de los barrios cercanos sino también de áreas muy alejadas. Gran parte de la población del tercer conglomerado se atiende en este hospital. Para darnos una idea de las distancias, quienes viven en la Región 3 (Av. Carlos Casares al límite del partido) deben recorrer más de 20 km para concurrir al hospital estudiado.

Las unidades sanitarias son los efectores de menor complejidad, atienden sólo en horario diurno las especialidades de pediatría, clínica y ginecología, mientras que los centros de salud, además de las especialidades mencionadas, cuentan con radiología y laboratorio.

En cuanto a la disponibilidad de plazas de internación, entre los hospitales suman aproximadamente 770 plazas (Guía de establecimientos asistenciales, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, dato de diciembre de 2010), siendo una de las jurisdicciones de la provincia que

menos plazas tiene por habitante.⁵ Pese a que La Matanza se ubica en el tercer lugar en lo relativo al número de camas del sector público del GBA, cabe recordar que en el partido habitan 1.775.816 personas. Los tres hospitales generales suman apenas 490 camas y los otros tres (materno infantil y de niños), 280. Si atendemos a la relación camas sector público por 1.000 habitantes, en diciembre de 2009 ésta era de apenas 0,6 camas/1.000 habitantes, una relación muy baja aun comparada con el promedio de la provincia de Buenos Aires (1,1 camas/1.000 habitantes).

Por otra parte los efectores de baja complejidad también parecen ser escasos para esta población. Es el segundo partido del conurbano en cantidad de habitantes (Tabla 6) por centro de atención sin internación.

**Tabla 6. Cantidad de habitantes por establecimientos sin internación (CAPS)
Ranking por partidos GBA. Diciembre de 2008**

	<i>Partido GBA</i>	<i>Cantidad de habitantes</i>
1	Almirante Brown	13.320
2	La Matanza	10.705
3	Merlo	9.293
4	Gral. San Martín	9.224
5	Tigre	8.846

Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno de la provincia de Buenos Aires. Tablero de mando.

De modo que, tanto hospitales como centros de atención primaria parecen ser escasos para la población que reside en el partido, y cabe subrayar que el subsistema público

5 La Región Sanitaria XII tiene la relación "cantidad de camas del sector público cada mil habitantes" más bajo de la provincia: Región XII 0,6, Región XI 1,8, Región X 2, Región IX 2,6, Región VIII 1,2, Región VII 1, Región VI 0,7, Región V 1, Región IV 1,8, Región III 2,6, Región II 3,3 y Región I 1,7.

constituye la única cobertura de salud para un alto porcentaje de la población.⁶

Con relación a la infección por VIH-Sida, según informó la Dirección Nacional de Sida y ETS, para 2009 La Matanza concentraba el 17,7% de la epidemia del GBA con casi 5.000 personas infectadas. Asimismo se estima que un tercio de la población afectada por esta infección vive en GBA.

Tabla 7. Personas que viven con VIH-Sida y tasa de infección por 100 mil habitantes: País, Gran Buenos Aires y La Matanza

	<i>País</i>	<i>GBA</i>	<i>La Matanza</i>
Personas que viven con VIH/Sida 1982-2009	83.165	28.157	4.991
Tasa VIH por 100 mil habitantes 2007-2008	12,7	15,2	17,4

Fuente: Información epidemiológica de VIH/sida. La Matanza – Buenos Aires. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud. Octubre de 2010.

Como se muestra en la tabla anterior, en 2007-2008, la tasa de infección por VIH de La Matanza fue de 17,4 por 100 mil habitantes, bastante superior al 12,7 que registraba el país en su conjunto. Asimismo se encontraba por encima de la tasa de la Ciudad de Buenos Aires y del conjunto de GBA, como se muestra en forma desagregada en la que sigue (Tabla 8).

6 Algunos estudios estiman que el 50% de la población del municipio no cuenta con otra cobertura de salud que el sistema público, sin embargo al igual que con los otros indicadores estos porcentajes empeoran sensiblemente en las áreas que integran el segundo y tercer cordón del GBA.

Tabla 8. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por región y año de diagnóstico Años 2007 y 2008

	2007	2008
País	12,4	13,0
CABA	14,9	14,4
GBA	15,8	14,7
La Matanza	18,9	15,9

Elaboración propia. Fuente: Información epidemiológica de VIH/sida. La Matanza – Buenos Aires. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud. Octubre de 2010.

En resumen, esta localidad tenía al momento de realizar el trabajo de campo una tasa de infección de VIH (por mil habitantes) superior en 5 puntos a la del país y concentraba el 14,5% de la población del Gran Buenos Aires.⁷ Llamativamente, con estos datos, este municipio disponía sólo de dos espacios de atención infectológica en todo su territorio en el período de nuestro trabajo de campo.

En el hospital en estudio se atendía a personas afectadas por esta enfermedad desde su inauguración en la década de 1980 y, según nos mencionaron los pacientes, sólo había un médico atendiendo VIH en otro hospital del partido. A la luz de los datos expuestos no sorprende que las personas que se atendían en el hospital recorrieran largas distancias para acceder a él. Los voluntarios que trabajaban en el consultorio de infectología nos explicaron:

en La Matanza *'hay mucha necesidad'* y que el principal problema de la gente que se atiende en el hospital son las *'dificultades de trabajo, laboral'*. Hablaron varias veces sobre las pensiones y los pases de transporte, nos contaron que había dificultades para conseguir

7 Estimaciones realizadas por la Dirección Sida y ETS de Nación considerando la población (2009) total del GBA en 9.497.910 habitantes y la de Matanza en 1.378.562 habitantes.

el certificado de discapacidad [...]. Dijeron que mucha gente llegaba al hospital caminando, sobre todo '*la gente de los kilómetros*' pero que no pedían el pase para el transporte. [Registro de Campo, 26/05/2008]

La deficiente estructura del sistema de salud de la Región XII y la gran cantidad de población que reside en el partido hace que la "gente de los kilómetros", personas que viven a lo largo del recorrido de la Ruta Nacional N°3 en localidades como González Catán, Virrey del Pino, 20 de Junio, se vean obligadas a trasladarse grandes distancias para llegar al hospital. Atento a los estudios citados sobre accesibilidad y a los indicadores publicados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, es dable suponer que pocas personas consigan llegar al hospital. Según el estudio de accesibilidad citado anteriormente, el 50% de la población del partido vive a 10 km o más de su hospital de cabecera (Massera, 2003). La escasa disponibilidad de centros de salud y unidades sanitarias y su subutilización⁸ evidencia que no es esta una opción posible para la población que demanda atención.

Encuentro necesario atender a estos indicadores para dar sentido a los pasillos de los consultorios externos abarrotados de gente y para comprender por qué alguien había viajado hasta el hospital con el único aparente propósito de "hablar con su asistente social". Son estas condiciones generales de vida y de acceso a la salud las que brindan el marco para captar las interacciones entre las personas que están todas las semanas en la sala de espera de infectología, para

8 Se toma como indicador la cantidad promedio de veces que un habitante sin obra social realiza una consulta en un efector del primer nivel de atención en un año. En el caso de La Matanza este valor para diciembre 2004 era de 1,3 siendo nuevamente uno de los más bajos de la provincia. Fuente: Ministerio de Salud del Gobierno de la provincia de Buenos Aires. Tablero de mando.

dar sentido a los que no vienen o los que, según los términos de los médicos, “llegan tarde”, los que “abandonan” el tratamiento, los que buscan en el hospital un lugar de encuentro, una oportunidad para gestionar alimentos, pases de transporte, pensiones, o para participar de las actividades propuestas para personas viviendo con VIH.

El Hospital

El edificio del hospital se extiende horizontalmente en un terreno muy amplio. Tiene una sola planta sobre el nivel del terreno y dos subsuelos. Fue construido a unos 300 metros de la ruta donde se encuentra el ingreso al predio parqueizado. El emplazamiento tan distanciado del acceso a donde llega el transporte público, su construcción soterrada y el diseño de los espacios internos del edificio, así como el deterioro que presentaba, me llamó poderosamente la atención cuando llegué por primera vez. En los primeros registros de campo dejé consignadas muchas referencias a esta sorpresa inicial y a la constante pregunta respecto de cuál pudo haber sido la intencionalidad del diseño arquitectónico a la luz de los usos que efectivamente se hacían del espacio físico.

En primer lugar me resultó particularmente extraño que hubiera que desplazarse casi tres cuadras para ingresar al edificio. Un camino asfaltado apto para la circulación de vehículos conecta la entrada al predio con la entrada al edificio. El predio que rodea al edificio es extenso, está arbolado y cuenta con un amplio estacionamiento para automóviles. Las personas que llegan en transporte público deben caminar esos 300 metros por una angosta vereda que acompaña la vía de acceso para automóviles. El acceso para peatones está totalmente desprotegido de las inclemencias del clima.

Obviamente las personas con problemas de movilidad tienen serias dificultades para realizar ese recorrido. Por otra parte, el hospital no tiene sillas de ruedas en cantidad suficiente para asistir a quienes tienen limitadas sus posibilidades de movimiento, ni siquiera para su desplazamiento dentro del amplio edificio. De hecho vi en numerosas ocasiones a pacientes ambulatorios e internados siendo movi-
lizados por sus acompañantes/cuidadores en improvisadas camillas o sillas comunes con ruedas agregadas.

La señora que anteriormente me había preguntado por la silla de ruedas llegó con su marido sentado sobre una camilla que no tenía ningún cobertor, de modo que el señor venía sentado sobre una chapa despintada y oxidada. Lo traía un varón joven que parecía su hijo. La señora entró y avisó que había logrado traer a su esposo desde la puerta del hospital, esto ocurrió después de tres horas de que [el médico] preguntara por “el paciente con muletas” para hacerlo pasar al consultorio.

me separé de la charla para ir a buscar la camilla del señor de las muletas que estaba saliendo del consultorio. La camilla había quedado al cuidado de otros pacientes para que nadie se la sacara, de hecho estaba siendo usada como asiento porque la sala de espera estaba llena. El hijo del señor me dijo que aún no se iban, que tenía que ir a buscar una cosa más, los “cuidadores” volvieron a sentarse en la camilla para garantizar la salida de ese paciente al menos hasta la puerta del hospital. [Registro de Campo, 25/08/2008]

La circulación de pacientes dentro del edificio está concentrada en la primera planta, donde funcionan los consultorios externos, el laboratorio y varias oficinas, entre ellas

el Servicio Social. En el primer subsuelo también circula el público, allí se encuentran las salas de internación, la farmacia y la guardia, entre otras instalaciones. Estas dos plantas están conectadas por escaleras y rampas, sin embargo, como las distancias que se recorren suelen ser grandes (incluso en la misma planta) para muchos pacientes el desplazamiento se vuelve dificultoso.

El hospital fue construido muy próximo a un arroyo, en una zona inundable y, como señalé, el edificio está soterrado. Esta situación obligó a realizar un conjunto de obras que impidieran que se viera afectado por las inundaciones: muros de contención, piletones para contener el agua de lluvia que luego es drenada por bombas de achique, entubamiento del arroyo para que no desbordara cuando su desembocadura en el Río Matanza se obstruía; por último se reforzó el sistema de terraplenado que rodea al edificio (La Valle, 2004). Estas obras sólo fueron completadas unos diez años después de la finalización de la construcción del edificio. Las marcas de las inundaciones se ven, por ejemplo, en la carpintería metálica corroída, las puertas de madera hinchada y los cerramientos que alguna vez subdividieron las dos grandes salas de espera de la planta alta que se actualmente se encuentran sin vidrios y corroídos por óxido.

Fueron numerosas y variadas las historias que llegaron a mis oídos respecto del diseño, emplazamiento del edificio y del proceso de su puesta en funcionamiento a medida que se controlaban las inundaciones. Algunos de los trabajadores de la salud que entresvisté comenzaron a trabajar allí a poco de que comenzara a funcionar el hospital. Por ejemplo, uno de ellos, que ingresó en 1982, me decía que el edificio se construyó durante el gobierno de María Estela Martínez de Perón y que fue inaugurado por primera vez por la Junta Militar durante la última dictadura; con la llegada de la democracia fue reinaugurado por el gobierno

radical y durante la gobernación de Eduardo Duhalde fue inaugurado por tercera vez. Estas refundaciones de la institución fueron acompañadas por inundaciones y obras para reparar los daños, así como por una progresiva ampliación de la capacidad operativa del hospital que durante varios años fue únicamente “como una gran sala de auxilios” (La Valle, 2004). Todos los entrevistados que comenzaron a trabajar en el hospital antes de 1990 señalaron que durante muchos años tenían únicamente una sala de guardia, no contaban con profesionales para abrir los consultorios externos, y recién entre 1993 y 1995 comenzaron a funcionar los quirófanos, se amplió la farmacia, se mejoró el Servicio de Neonatología y se recuperó la capacidad de internación (La Valle, 2004).

Todavía no funcionaba, funcionaba como un consultorio externo general, tipo una posta sanitaria. El hospital ya estaba construido pero recién ahí empezaron a... se abrió un concurso abierto y empezó a llegar la gente [...] no había personal nombrado [...] el hospital ya estaba construido, tenía el instrumental tenía todo, pero había que ponerlo en marcha y eso era lo que demoraba [...]. Funcionaba una guardia y nada más [...] lentamente se fue abriendo por partes. Se fue abriendo la internación, después apareció cirugía y partos, neonatología y se fueron completando los planteles y se fue abriendo lentamente. Tardó bastante. [Médico del hospital]

Ha de señalarse que este proceso de inauguración y puesta en funcionamiento por etapas tuvo también algunos retrocesos. Así, por ejemplo, el hospital, que cuenta con internación en el área de Salud Mental, debió reducir la cantidad de camas de doce a seis en virtud de la falta de personal;

por el mismo motivo la sala de terapia intensiva de adultos tiene disponibilidad sólo para seis camas. A diferencia de lo ocurrido durante los primeros diez o quince años, actualmente el límite para el funcionamiento de los servicios no lo impone el espacio físico sino la falta de personal. Los profesionales entrevistados refirieron que era habitual que los puestos de trabajadores que tomaban licencia o se jubilaban no se cubrieran. Vale recordar que este hospital concentra casi el 40% de las plazas de internación de todo el partido.

nosotros con el número de personas del personal que tenemos tendríamos que tener alrededor de ocho a diez en terapia [de neonatología] [...] lo que ocurre es que jamás podemos respetarlo. Si se respeta es por una casualidad que justo dimos alta, y bueno quedamos un poco vacíos pero no es una cosa que uno respete [...].
[Médica del hospital]

En cuanto a los motivos por los que se construyó con ese diseño y en esa localización, las explicaciones que me han dado han sido variadas. Para algunos se trata de un diseño de hospital militar construido en virtud del conflicto entre Argentina y Chile de 1979, para otros se vincula con la guerra de Malvinas; también se nos mencionó que fue tomado del diseño de un hospital sueco. Si bien no fue posible confirmar ninguna de estas conjeturas, lo cierto es que a todos nos resultaba llamativo su diseño soterrado, con mucha captura de luz natural y el emplazamiento tan distanciado de la ruta y rodeado por un gran parque. Esto resulta tan llamativo que aun sin preguntar al respecto varios entrevistados nos ofrecieron sus explicaciones espontáneamente:

el hospital fue creado en el 82 [...] Se fundó en el 82 se hizo un poquito antes pero se fundó en el 82 o sea, fue todo es una estructura militar porque fue justo para la época de la guerra de las Malvinas, por eso el edificio tiene la internación en el subsuelo. O sea estamos acá en lo que sería la planta debajo con el servicio arriba [...] la estructura lejos de la ruta es una estrategia militar que se hizo en esa época. [Trabajadora social]

En la planta alta hay dos grandes bloques de consultorios externos, dispuestos uno junto al otro y se accede a ellos desde un pasillo central que recorre toda la planta desde la puerta de entrada. Ambos módulos tienen un espacio central que, según se puede inferir, fue diseñado como una gran sala de espera (véase gráfico al final del capítulo). En ese espacio de unos veinte por quince metros quedan los vestigios de unas estructuras metálicas incompletas y corroídas por el óxido que, si estuvieran completas con los vidrios correspondientes, dividirían la gran sala en dos partes con un pasillo central. A cada lado hay una pequeña oficina vidriada con un mostrador donde se puede suponer que debía funcionar una recepción desde la que se podría anunciar a los pacientes. Sin embargo, la enorme sala de espera permanece vacías y sin asientos, mientras que las personas esperan amontonadas en los pasillos de los consultorios sin ventilación, con escasa luz y a los que llevan algún banco o silla obstaculizando la circulación.

Cabe recordar que se trata de un edificio relativamente nuevo, que no fue fruto de la adaptación de una estructura anterior sino que fue construido con este propósito. Nunca nos dejó de sorprender lo incómodo que el diseño resultaba para el público usuario y para los trabajadores, de modo que varias veces nos encontramos infringiendo, desde los restos

materiales, la funcionalidad programada del espacio. Esta especie de malentendido entre el edificio y su uso hacían que el espacio cobrara cierto protagonismo y no fuera un vacío espacio físico en el que ocurrían las interacciones. Fueron numerosas y variadas las situaciones que hacían que el edificio cobrara visibilidad frente a lo dificultoso o incómodo que resultaba habitarlo. Algunas nos fueron señaladas por los trabajadores del hospital y a otras asistimos durante el trabajo de campo.

Como ya mencioné, el edificio tiene buena captura de luz natural, de modo que las oficinas y algunos consultorios cuentan con unos paneles vidriados en el techo. Pero, dado que se trata de paneles fijos y no hay ventilación exterior, esos lugares se vuelven realmente agobiantes con las altas temperaturas del verano —ninguna de las áreas que visitamos contaba con aire acondicionado—.

Los registros de campo están llenos de referencias a este tipo de problemas, por ejemplo: la disposición del “pasillo sucio” que impide la correcta y segura remoción de sus residuos, el área archivo de historias clínicas que al no contar con ventilación alcanza temperaturas tan altas que el personal se descompone; o como nos explicaba la jefa del servicio, “la gente del archivo en verano se toma un mes de vacaciones porque no quiere estar adentro, entonces te quedás sin gente”. Transcribo a continuación un fragmento de un registro que ilustra nuestra permanente sorpresa al respecto:

Nos sentamos frente a las ventanillas de turnos. Hay tres o cuatro ventanillas, cada una tiene unos caños/barandas que ordenarían las filas. A esa hora no había gente sacando turnos, sólo dos niños jugando en los caños. [...] mientras yo escribía en mi anotador escucho que Guadalupe dice: “¡no puede ser!”, levanto la vista y veo

a un hombre tratando de hablar con la empleada del otro lado de la ventanilla de turnos, el hombre tenía que estar en cuclillas porque el espacio abierto entre los vidrios, para hablar o pasar papeles, estaba a la altura del ombligo de cualquier adulto. ¿Y eso? ¿Qué razón de ser tiene ese diseño? ¿Hospital para enanos? ¿Hospital sólo para gente en silla de ruedas? ¿Hospital para hacer las cosas más difíciles? [Registro de Campo, 21/11/2007]

En el primer subsuelo, conectado con la planta alta por rampas, escaleras y un ascensor para camillas, se encuentran las salas de internación, la guardia de clínica, el centro obstétrico, los quirófanos y un área de servicios donde están la cocina, el sector de limpieza y la lavandería. Las salas de internación están divididas por especialidad médica: clínica, obstetricia, neonatología y salud mental. Se dispone también de algunas habitaciones para la internación de personas que se encuentran detenidas en el sistema penitenciario bonaerense y de dos habitaciones —con tres plazas cada una— destinadas a la internación de “pacientes sociales”. En esta sala se aloja a las personas que, habiendo recibido el alta sanatorial, necesitan continuar con algún tratamiento ambulatorio y/o no disponen de quien pueda asistirlos o se encuentran en situación de calle. Esta sala está a cargo de un grupo de voluntarias hospitalarias pertenecientes a la agrupación religiosa Cáritas. En ese primer subsuelo se encuentran las oficinas del voluntariado hospitalario laico de las denominadas “Damas de rosa” y del voluntariado hospitalario de Cáritas de la pastoral de la diócesis local. Me llamó la atención que los voluntariados hospitalarios estuvieran incorporados con tanta naturalidad a la dinámica institucional que, lejos de funcionar como eventuales ayudas voluntarias operaban

como si se tratara de recursos propios de la institución.⁹ Un hecho que me parece que ilustra esta incorporación del voluntariado es que ambas oficinas figuraban en la señalética del hospital como el resto de los servicios o áreas.

El Dr. Gómez, el médico que orientó nuestra entrada al campo, nos llevó una mañana a conocer las instalaciones del hospital y así accedimos al segundo subsuelo que contiene, como él lo llamó, “el corazón del hospital”. Allí está el área de mantenimiento, las calderas y las bombas que drenan el agua para que el hospital no se inunde. En esta planta no hay nada de luz natural y es muy húmeda, por los pasillos que rodean a la caldera había camas y sillas rotas y otros muebles en desuso. Junto a la caldera quedaba un enorme espacio vacío, alguna vez hubo allí una segunda caldera que ya no estaba.

El espacio de atención ambulatoria del infectología está en la planta alta, en el segundo módulo de consultorios externos. Allí el servicio cuenta con tres lugares o espacios físicos diferenciados que se identifican como: “consultorio”, “oficina” y “sala de espera”. La denominación está vinculada al uso que se hace de ellos. En el Capítulo 3 analizaremos la constitución de estos *lugares* como *espacios*. Se trata de espacios que se han ido modelando en y por las interacciones dadas en el marco del proceso de atención.

Los consultorios externos

Los consultorios externos del hospital funcionan en “boxes” de aproximadamente cinco metros cuadrados

9 Cada una de estas agrupaciones suele realizar tareas articuladamente con distintos servicios del hospital; por ejemplo, las damas de rosa trabajan con los pacientes del hospital de día de oncología y con neonatología, mientras que las voluntarias de Cáritas suelen estar en las salas de internación y tienen a cargo la “sala social”.

dispuestos en cinco peines o líneas de consultorios. Cada uno de estos cubículos tiene dos puertas de acceso enfrentadas, una verde y otra amarilla. Los sectores de puertas amarillas están dispuestos para la exclusiva circulación del personal del hospital, mientras que las puertas verdes lo están para el acceso del público.

Todos los consultorios externos, incluido el de infectología, están distribuidos en dos grandes pabellones, y cada uno de ellos cuenta con un amplio espacio central que fue diseñado como una sala de espera. Sin embargo, ese espacio no es utilizado como sala de espera ya que no cuenta con asientos ni se anuncian allí los turnos, de modo tal que permanece siempre vacío. Las personas sólo transitan por allí y esperan de pie en los pasillos frente a las puertas verdes. A excepción del último pasillo de puertas verdes, que tiene un amplio ventanal, los otros son internos, tienen muy poca luz y escasa ventilación.

Al final de cada pasillo de puertas verdes hay rejas que impiden el paso del público al área de circulación del personal. Esas rejas no estaban en el diseño original del edificio; fueron agregadas posiblemente por el uso que se hace del pasillo. De este modo se mantiene separada la circulación del personal de la del público (véase Gráfico 1 en página 110).

Por lo general hay mucha gente esperando en la puerta de cada consultorio y las filas se mezclan sin que resulte posible entender quién espera para qué consultorio. Como los consultorios tienen doble circulación, el acceso del personal del hospital (por las áreas amarillas) es ciego para las personas que esperan ser atendidas. La forma de saber si comenzaron a atender o si están atendiendo a un paciente en ese momento es preguntando a quienes ya están esperando cerca de esa puerta. Ésta también es la forma de conocer el orden de llegada. Cuando una de esas puertas se abre para que salga un paciente y entre otro, es común que

alguna persona se asome para hacer consultas al médico. Es necesario acertar rápidamente las palabras y la pregunta ya que el tiempo que la puerta estará abierta no será mucho, y el momento en que se abrirá nuevamente es incierto¹⁰ (Recoder, 2011).

Estos pasillos tienen escasa o nula iluminación y una ventilación deficiente. El pasillo se diferencia en muchos sentidos de una sala de espera, no sólo por el espacio físico, sino también porque aquí es necesario acordar el orden de atención con quienes están ya esperando, y mantenerse alerta para constatar que el médico no se haya ido. Esto a veces supone desplegar alguna estrategia como golpear, esperar y volver a golpear la puerta del consultorio; “total si sale y pregunta le decimos que es una señora que se fue”, nos decía una mujer que dudaba que el médico estuviera atendiendo.

Los golpes en la puerta son vividos por parte de algunos profesionales como interrupciones y a veces como expresiones de violencia de los pacientes. Golpear la puerta molesta a quienes están dentro del consultorio, y esperar frente a una puerta cerrada detrás de la cual no se sabe si hay alguien tampoco parece razonable. Durante el trabajo de campo nos vimos afectadas por esta encrucijada entre esperar a nadie o molestar. Así registramos situaciones como la siguiente:

Nos indican volver a la sala de internación. Volvimos, ya eran tres personas las que nos habían indicado que [el médico que buscábamos] estaba allí adentro, le

10 Recoder (2011) analiza con detalle las estrategias que despliegan las personas durante la espera para ser atendidos por el médico en un hospital de Salvador Bahía. En ese trabajo etnográfico la autora integra este aspecto tan cotidiano de la atención hospitalaria al complejo proceso de construcción de sus experiencias de vivir con VIH-Sida.

dijimos a la mujer de seguridad y nos dejó pasar sin problema. “Segundo pasillo a la izquierda”. El segundo pasillo lo encontramos, a la izquierda había varias puertas, de un lado estaban las salas de internación y del otro lado del pasillo había puertas amarillas de oficinas para el personal. “office de obstetricia” decía el cartel, Guada golpeó ahí, se escuchaban voces en su interior, no contesta nadie. Volvió a golpear, “¡un momento!” exclamaron del otro lado. “Sí, ¡perdón!” respondimos, ambas esperábamos que el hombre que estaba molesto no fuera [el médico que buscábamos]. [Registro de Campo, 28/11/2007]

Fui a los consultorios indicados, golpee la puerta de cada uno pero no contestaba nadie, no había gente esperando con lo que no podía saber si estaban atendiendo. A los 15/20 minutos salió una persona vestida con un ambo de uno de los consultorios, le pregunté por [Nombre] y me dijo que él y su secretaria estaban de vacaciones hasta el 26/11/07, pero que de todos modos era muy tarde (11:15 am) ya que atendía de 8:00 a 9:00. Había esperado frente a un consultorio vacío. [Registro de Campo, 14/11/2007]

La organización del espacio del consultorio de infectología y la presencia de promotores en la sala de espera especial de este consultorio hace que este tipo de situaciones no sean allí tan frecuentes. Infectología dispone de dos consultorios en el primer peine. En el peine siguiente, compartiendo el pasillo de puertas verdes, están entre otros los consultorios de tuberculosis. Uno de los médicos infectólogos nos explicó que tomaron la decisión de organizar una sala de espera especial para los pacientes de infectología con el propósito de evitar que las personas afectadas por el VIH-Sida

compartieran la espera en el pasillo sin ventilación con quienes estaban afectados por la tuberculosis (TBC).¹¹

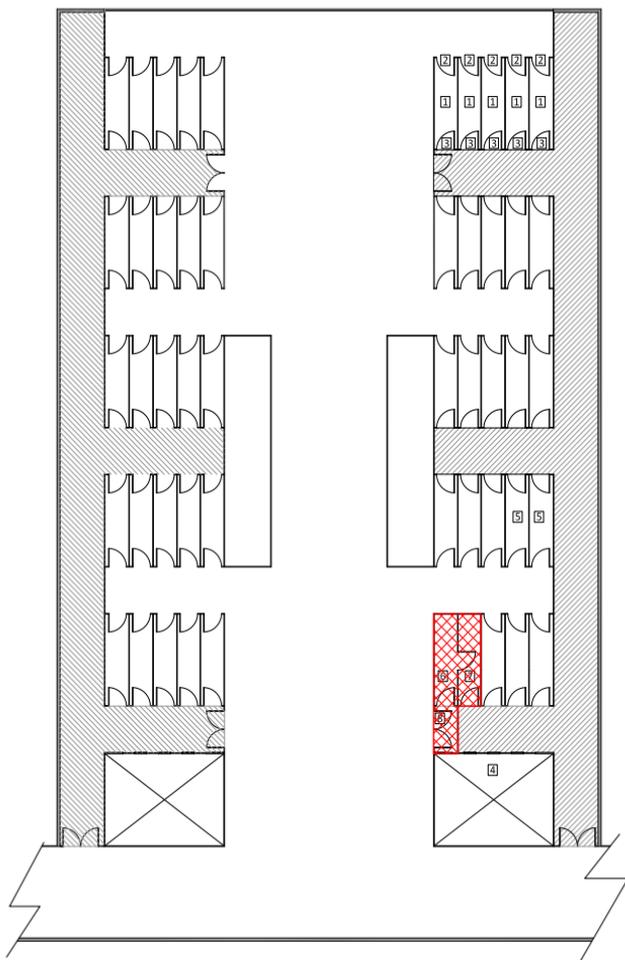
La organización de esta nueva sala de espera, aparentemente tomada como una medida de profilaxis, transformó la circulación de pacientes y trabajadores de la salud en ese pequeño sector. Se anularon las puertas verdes de los consultorios de infectología y pasaron a usarse únicamente las amarillas, tanto para pacientes como para los médicos. Sin embargo, la segregación de los pacientes respecto de las áreas de circulación del personal se mantuvo a partir de la colocación de un tabique que cierra una parte del pasillo del personal, dejando así una pequeña porción de ese pasillo como “sala de espera”. El tabique de madera fue ubicado entre las puertas de los dos consultorios y así un acceso quedó del lado de la “sala de espera” y el otro en el área vedada a la circulación del público (véase Gráfico 1 página 110). Una vez transformado en sala de espera, ese fragmento de pasillo amarillo se convirtió en el espacio donde se desarrollan actividades y donde trabajan los voluntarios/promotores.

Me refiero a los consultorios de infectología como el *consultorio* y la *oficina* por el tipo de actividades que allí se realizan. El consultorio tiene una puerta por la que acceden los pacientes desde la sala de espera y otra puerta interna que lo comunica con la oficina. A la oficina se puede acceder únicamente desde el área de circulación del personal o desde el consultorio mediante la comunicación interna entre ambos espacios. Si bien esta disposición mantendría a la oficina separada de la circulación del público, frente a su puerta habitualmente hay algunas sillas. Esto es así porque regularmente hay pacientes esperando también allí, en general se trata de personas a quienes se les indicó que fueran “por el otro lado”.

11 La tuberculosis (TBC) es considerada una enfermedad oportunista. Es una infección que suele afectar a quienes padecen algún deterioro del sistema inmunológico a causa, por ejemplo, del VIH.

Encuentro interesante analizar la forma en que esos espacios físicos son apropiados, reformados y habitados de maneras singulares. Esto supone asumir que la dimensión edilicia no constituye una mera escenografía de fondo en la que se desarrollan acciones. Más bien se trata de lugares habitados, definidos por las interacciones que se desarrollan en ellos y permanentemente transformados. Es por esta razón que en capítulo siguiente presentaremos los cambios en la respuesta al VIH-Sida en este hospital a lo largo del tiempo recorriendo conjuntamente las transformaciones de los espacios.

Gráfico 1. Plano de la distribución del espacio en los consultorios externos



Referencias

- 1 Consultorios
- 2 Puertas verdes
- 3 Puertas amarillas

- 4 Jardín en planta baja
- 5 Consultorio TBC
- 6 Consultorio INFECTOLOGIA

- 7 Oficina INFECTOLOGIA
- 8 Sala de espera de INFECTOLOGIA

- Circulación personal
- Circulación público

Fuente: elaboración propia.

Capítulo 3

Espacios y Lugares en la atención del VIH-Sida

En el Capítulo anterior presenté el hospital junto con algunos datos sociodemográficos de la región. El propósito de recorrer lugares, distribuciones espaciales y algunos relatos de la historia de este hospital fue el de brindar información que permitiera situar la descripción del proceso de atención del VIH-Sida.

Elegí la estrategia de describir el proceso de atención en este hospital recorriendo su historia y las transformaciones de sus espacios físicos. A partir de estos ejes (tiempo y espacio), analizo la atención del VIH-Sida y en particular la participación del trabajo social en ella. Reparar en los cambios en la organización del espacio me ayudó a iluminar las transformaciones en la organización de la atención y en las modalidades de intervención de las profesiones.

A tal fin, recupero la distinción que propone de Certeau (2000) entre los conceptos de *lugar* y *espacio*. El primero se refiere a la distribución y disposición de los elementos en su dimensión espacial: “los elementos considerados están unos al lado de otros, cada uno situado en un sitio propio y distinto que cada uno define” (p. 129). El diagrama de la planta del hospital incluido en el capítulo anterior pretendía de alguna manera acercar al lector a ese *lugar*, presentar

las dimensiones y disposición de los objetos. Sin embargo, presentar esos lugares implicó al mismo tiempo mostrar cómo éstos son vividos por pacientes, profesionales, voluntarios, técnicos, etcétera. Esos lugares van siendo así integrados o aislados en virtud de las acciones que en ellos se realizan. Al incluir la multiplicidad de prácticas que se desarrollan allí, los *lugares* devienen *espacios*: “En suma, el espacio es un lugar practicado. De esta forma, la calle geoméricamente definida por el urbanismo se transforma en espacio por intervención de los caminantes” (de Certeau, 2000: 129).

Estos espacios hospitalarios hoy diferenciados fueron modelados y remodelados a la luz de los cambios que atravesó la organización de la atención del VIH-Sida en el hospital desde los mismos inicios de la epidemia. En este hospital se comenzó a atender muy tempranamente a las personas afectadas por este padecimiento (1986) y a lo largo de todos esos años las prácticas y la composición del equipo de salud se han ido transformando significativamente. Se incorporaron nuevos actores y las tareas desarrolladas por los profesionales también cambiaron.

En los primeros años de la epidemia de VIH-Sida, cuando la biomedicina contaba con pocos recursos para diagnosticar y tratar las consecuencias de la infección, los científicos sociales fueron convocados a participar en la elaboración de respuestas. Frankenberg (1995) sostiene que las ciencias sociales participaron tempranamente en la respuesta asistencial a la epidemia convocados en tanto expertos en la cultura de los afectados. Las personas afectadas habían sido catalogadas en “grupos de riesgo” y en ese punto se solicitaba a las ciencias sociales que aportaran explicaciones sobre estas tipificaciones y, entre otros aspectos, interesaba el comportamiento de los miembros de estos grupos. Un momento de profundo cambio en la respuesta

biomédica y, por supuesto, en las posibilidades de sobrevivida de los afectados fue la incorporación de tratamientos anti-retrovirales (ARV) de alta eficacia a partir de 1997. La utilización extendida de tratamientos ARV significó también la incorporación de nuevos interrogantes y abordajes para las ciencias sociales.

La organización de la respuesta asistencial en el hospital fue acompañando estos cambios a lo largo de las décadas y junto con ella también se transformaron los lugares en los que se desarrollaba la atención. En términos generales se puede señalar una gradual segregación de los espacios y una especialización de las actividades orientadas a la atención. La diferenciación de los espacios estuvo acompañada por una división técnica del trabajo a partir de la cual los diferentes profesionales se fueron especializando en algún aspecto de la atención.

Hay *espacio*, dice de Certeau (2000), en la medida en que “se toman en consideración los vectores de dirección, las cantidades de velocidad y la variable del tiempo” (p. 129). Es atendiendo a esta idea que en este capítulo me propongo recorrer la historia del consultorio de infectología y puntualmente de la intervención de trabajadores sociales en la atención.

Agrega este autor que “todo relato es un relato de viaje, una práctica del espacio” (de Certeau, 2000: 128). Tanto los relatos cotidianos como los literarios son recorridos de espacios, y en ese sentido, sostiene, producen “geografías de acciones”. No se limitan a trasladar al campo del lenguaje los lugares y las acciones sino que ellos mismos “organizan andares”, y en ese sentido “los relatos hacen el viaje antes o al mismo tiempo que los pies lo ejecutan” (de Certeau, 2000: 128). Siguiendo esta idea, esta etnografía podría ser entendida como un relato de viaje.

La creación del consultorio de Infectología

Médicos atípicos y circuitos especiales de atención

En relación con la historia local de esta epidemia, en este hospital se comenzó a atender muy tempranamente a las personas afectadas por el VIH-Sida “o lo que creíamos que era HIV”, como me dijo un infectólogo. Recordemos que la notificación de la primera persona diagnosticada con esta afección en nuestro país data de 1982 y en ese mismo año el Dr. Felipe Gómez se convirtió en uno de los primeros médicos en ganar un concurso en el hospital recientemente creado.

Recorrer la historia de la atención del VIH-Sida en el hospital es también recorrer la trayectoria de los médicos que crearon el consultorio de infectología. A comienzos de la década de 1980, el Dr. Felipe, como lo llaman sus pacientes, y la Dra. Claudia Salina, iniciaron un consultorio de TBC. En ese momento el hospital no tenía habilitadas las salas de internación y funcionaban sólo algunos consultorios externos. Ambos habían sido compañeros en la residencia en infectología en el hospital Muñiz¹ y compartían algunos criterios respecto de la atención oportuna e integral. Según una trabajadora social que integró equipos de atención con ellos, se trataba de “médicos atípicos”.

Las trabajadoras sociales que trabajaron con ellos se referían a estos médicos como profesionales que se “salen de la norma”, que “les preocupa lo social”. Sandra, una trabajadora social que entre 1992 y 2005 se desempeñó en el consultorio de infectología con el Dr. Felipe, nos decía:

1 Hospital de la Ciudad de Buenos Aires especializado en enfermedades infecciosas.

Felipe es un tipo... como médico se sale de la norma del médico [...]. De hecho, que él [...] acepte dos trabajadoras sociales adentro del consultorio ya es una cabeza un poco más amplia. Es muy inclinado a lo social ¿viste? [...] mucho desde lo social, digamos no solamente... ¿viste? no el médico... atípico digamos ¿no? [Sandra, trabajadora social]

En el mismo sentido, la trabajadora social del consultorio de TBC nos explicó que la Dra. Salina fue muy importante en su formación y, sorprendida, nos contaba:

una vez la doctora Salina, yo te lo conté a vos ya, en una oportunidad que yo iba a la casa de los pacientes y la doctora me dijo “Mabel, ¿cómo huele el paciente?”, me dijo, “porque yo estoy acá, yo no puedo ver eso” [...] “¿Cómo huele la casa? ¿Cómo es la casa? Haceme una fotografía de la casa”. Una médica ¿no? Una médica que está formada para atender el asma, el EPOC, la tuberculosis, los pulmones, que te pregunte más allá de ese tipo... [Mabel, trabajadora social]

Al cabo de unos años del inicio de ese consultorio de TBC, el Dr. Felipe se “separó” de ese espacio de atención y creó, con la colaboración de otra médica, un consultorio de ITS.² Se basaron, como él me explicó, en el modelo de atención que se utilizaba en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, por donde “había pasado”:

yo me separé y creamos [...] un consultorio de atención de... tomando el modelo del Clínicas, que yo había pasado por ahí, de enfermedades de transmisión sexual

2 ITS: Infecciones de transmisión sexual.

[...] en el cual venían los pacientes y tratábamos de resolver inmediatamente el tema, se trataba [...] de hacer diagnóstico y tratar lo inmediato. [Felipe, médico]

Tanto la organización de este consultorio de ITS (infecciones de transmisión sexual) como el de TBC, en el que continuó trabajando la Dra. Salina hasta su renuncia en 2008,³ tenía el propósito de “resolver inmediatamente” los problemas de salud de quienes llegaban a la consulta. Esto es, se procuraba diagnosticar con la mayor celeridad y realizar las derivaciones oportunas garantizando que los pacientes accedieran lo más rápidamente posible a la consulta con otros especialistas. Se buscaba así promover la continuidad del tratamiento/seguimiento de los pacientes y mejorar el acceso a la atención. Con este fin se establecieron acuerdos con profesionales de otras áreas, o se intentó integrarlos al consultorio en busca de una *respuesta integral*.

A partir de estos acuerdos se organizaron circuitos especiales de atención, que también se podrían denominar preferenciales si se tienen en cuenta las dificultades generales de acceso (pasadas y también actuales). Estos circuitos suponían, por ejemplo, menor demora en la obtención de turnos, realización de estudios de forma inmediata y derivaciones a otros servicios para garantizar la atención inmediata o más eficiente posible.

Esta forma de organización de la atención parece ser un sello de estos médicos. De hecho, la propuesta se repite en cada nuevo espacio de atención que organizan; por ejemplo, el actual “consultorio de Chagas”:

3 Pese a su renuncia ella siguió realizando algunas actividades en el hospital como un taller literario que coordinaba con las psicólogas del consultorio de infectología y la trabajadora social del consultorio de TBC.

Y ahora ya hace como 5 años *empezamos con un cardiólogo. La mayoría tiene problemas cardiológicos [...] muchos tenían Chagas y nadie les había dado pelota [...] Nos propusieron de acá del Fatala Chabén,⁴ del Instituto Nacional, hacer un trabajo para ver si la medicación es útil o no, porque está en discusión si sirve la medicación o no. Entonces con este compañero mío dijimos, bueno, pongámonos a trabajar [...] y les damos los turnos de laboratorio rápido porque se los damos nosotros [...] Él les hace los estudios cardiológicos, el electrocardiograma lo tienen en el día, así que bastante rápido todo. Y... en el Fatala es un trabajo internacional con Brasil y demás, y hay un dinerito así que con eso compramos cables y cosas para ((risas)). Está todo armadito, pero así tal cual empezamos 2, 3, 4 y uh y ahora [...] mucha gente. [Felipe, médico]*

Tanto la experiencia del consultorio de ITS como la actual de Chagas recibieron respuestas similares: frente a problemas no atendidos se produce una creciente demanda que en algún momento llega a desbordar la capacidad de atención. Asimismo, en ambas, aunque más en particular en el caso del consultorio de ITS y los circuitos “especiales” o “preferenciales” para la atención de las PVVIH, han sido sumamente significativos los aportes financieros de organismos internacionales.

Las primeras respuestas al VIH-Sida: una suerte de atención conjunta

Aquel consultorio de ITS creado por el Dr. Felipe que en los primeros tiempos atendió la demanda espontánea y las derivaciones desde la guardia médica, es el antecedente del actual

4 Instituto Nacional de Parasitología Dr. M. Fatala Chaben. Este instituto realiza investigaciones, control sanitario y diagnóstico de Chagas, Leishmaniasis, otras parasitosis y lepra.

consultorio de infectología. Comenzó con pocos pacientes pero con el tiempo la demanda fue creciendo hasta que:

de golpe no sé en qué circunstancia empezaron a aparecer [...] pacientes con HIV o pensábamos que era HIV y fueron desapareciendo las otras cosas y se transformó en un consultorio de HIV [...]. [Felipe, médico]

Esta referencia a que “de golpe”, y sin tener claras las circunstancias, el *consultorio de ITS* devino en *consultorio de VIH* remite claramente al momento de la epidemia y a la circunstancia de que este hospital absorbiera tempranamente⁵ la demanda de atención de este padecimiento. Fue durante muchos años el único efector del municipio que atendió a personas infectadas con VIH.

Así, a fines de la década de 1980 y comienzos de la de 1990, el consultorio recibió una creciente demanda de atención de pacientes infectados con el VIH. En ese momento no se disponía de las técnicas ni de los recursos requeridos para realizar las pruebas diagnósticas en el laboratorio del hospital. El Dr. Felipe nos explicó que en esos primeros años se diagnosticaba “clínicamente”, a partir de la presencia de “enfermedades marcadoras”.⁶ A través de la red de relaciones que los vinculaba al Hospital Muñiz, el Dr. Felipe y su compañera comenzaron a llevar las muestras de sangre de los pacientes del hospital al laboratorio del Muñiz para realizarles los estudios correspondientes.

5 El primer caso de VIH tratado en el hospital se presentó aproximadamente en 1986, a escasos cuatro años del diagnóstico de la primera persona en Argentina. En 1986 se habían notificado 40 casos en todo el país y la epidemia acumulaba entre 1982-1986 sólo 84 personas diagnosticadas y notificadas.

6 Se denominan enfermedades marcadoras del Sida o enfermedades oportunistas a un conjunto de infecciones, por lo general poco frecuentes, que afectan a las personas que sufren un deterioro considerable de su sistema inmunológico.

ella o yo los traía al Muñiz en el bolsillo ((risas)) traíamos la sangre acá ((señala el bolsillo de la camisa)) [...].
[Felipe, médico]

Pasó mucho tiempo hasta que las pruebas para el diagnóstico pudieron realizarse en el laboratorio del hospital. Por otra parte, en esos primeros años de la epidemia los tratamientos disponibles eran de baja eficacia. El Dr. Felipe explicaba que:

tratábamos las enfermedades oportunistas sobre todo las más frecuentes de todas que es la tuberculosis o el pneumocystis y alguna otra cosa, nada más, así que... este... se moría [...]. [Felipe, médico]

Se trataba de una época “muy mala”, como este médico la calificó, y en ese marco la única respuesta posible era tratar, lo antes posible, las enfermedades oportunistas. En este escenario de creciente demanda y escasas posibilidades de respuesta, el Dr. Felipe quedó solo atendiendo el consultorio. Su colega dejó de trabajar allí porque obtuvo un nombramiento en la CABA.⁷ Su inserción en el consultorio había sido merced a lo que denominan una “beca”,⁸ una modalidad de contratación precaria todavía muy usual y que resulta en una alta rotación de profesionales. Fue así que, por unos años el Dr. Gómez se quedó solo atendiendo el “consultorio

7 A lo largo de la historia del consultorio de infectología pasaron varios residentes y becarios que con el tiempo obtuvieron nombramientos en otras instituciones del subsistema público o en ONG. Esta alta rotación de profesionales hizo que en 2010 quedara otra vez un solo médico atendiendo.

8 Los profesionales que se encuentran trabajando en el hospital en el marco de alguna forma de capacitación (becas, residencia) suelen ser una parte importante de quienes trabajan en la atención y muchas veces terminan siendo claves para el funcionamiento cotidiano de la institución, aunque se trate de una forma de contratación laboral diseñada para otro propósito.

de VIH” y también los requerimientos de las salas de internación que para ese momento ya habían sido habilitadas. Sin duda la demanda de trabajo desbordaba ampliamente sus posibilidades de respuesta en ese momento.

Una de las promotoras que actualmente trabaja en el consultorio de infectología, Cecilia, fue paciente del Dr. Felipe en ese período en que estaba él solo atendiendo. Cecilia recuerda así ese momento del hospital y a su médico:

Cuando comenzó a atenderse en este hospital la atendía Gómez, “*era un pasillo lleno de gente, él pasaba y le iba diciendo a cada uno ‘vos te quedaste sin medicación, vos venís a buscar las vitaminas’, tenía todo en la cabeza*”, dice Cecilia. [Registro de Campo, 13/06/2008]

Este fragmento del registro ilustra un momento en que el espacio por donde circulaba el médico y donde esperaban los pacientes no estaba tan diferenciado como lo está hoy. El médico no tenía secretaria y parecía poder prescindir de los registros: “tenía todo en la cabeza”, decía Cecilia y agrega que:

en esa época la gente estaba “muy mal” y que a ella no le gustaba ir al hospital porque veía a esa gente y pensaba “yo no quiero terminar así”. Me decía que [el Dr. Gómez] era muy cariñoso con ella, que si tenía que derivarla a otra especialidad, cerraba el consultorio, *salía con ella y la llevaba hasta allí, la presentaba con la médica y le pedía especialmente que la atendiera, “por ahí había 30 personas y las pasábamos a todas”*. Ese trato preferencial lo vinculaba a las características de ese médico y al hecho de que ella estaba embarazada, de todos modos recalco que ese médico se acordaba de la historia de cada paciente, que “no eran un número para él”. [Registro de Campo, 13/06/2008]

Esta modalidad o estilo descrito por Cecilia refiere otra vez al “médico atípico”, para quien los pacientes “no eran un número”. Pero también reitera esa organización de la atención sostenida por *circuitos preferenciales* para estos pacientes que el médico había gestionado apelando a los vínculos interpersonales con sus colegas. El Dr. Felipe me explicó que en esos primeros años “trabajaban mucho” con el consultorio de TBC —más específicamente con la Dra. Salina—, con una dermatóloga que también era patóloga y con algunos odontólogos:

había dos lugares que trabajábamos mucho, o tres, bueno uno con Claudia Salina [...] tuberculosis, el otro fue con piel, creo que la dermatóloga se fue, se fue al [un hospital] [...] con ella trabajamos mucho porque ella es patóloga también entonces patología y piel veíamos muchos pacientes con problemas de piel y los resolvíamos con ella. Y los odontólogos fueron muchos, muy colaboradores, nosotros les dábamos el trabajo porque en realidad era gente que no se atendía, (con) los dientes a la miseria, y bueno y trabajan muy bien las chicas, así que están muy contentas [...].

¿Y esos acuerdos que van haciendo con los otros profesionales de [...] cómo hacés para establecer eso?

Relaciones personales, trato, qué sé yo, trabajamos bien con ellos con, con la gente de hematología, este... con [un servicio] nos fue mal. Con [otro servicio] también bastante mal, [...]. [Felipe, Médico]

Estos *circuitos especiales* continuaron siendo una marca distintiva del consultorio de infectología. Entre 2008 y 2009 las personas que vivían con el virus y se atendían en el

hospital tenían aún acceso a varios de estos circuitos especiales de atención.

En 1992 se incorporaron al consultorio dos trabajadoras sociales que estaban cursando el tercer año de la Residencia de Trabajo Social en un centro de salud. El Dr. Felipe estaba solo y venía reclamando a la dirección del hospital el nombramiento de otro médico para poder dar respuesta a la creciente demanda. El otro médico no se incorporó sino hasta 1995, y es el actual jefe del área de infectología.

Las dos trabajadoras sociales incorporadas en 1992 fueron asignadas directamente al consultorio de infectología y no al Servicio Social del hospital.⁹ Una de ellas renunció en 1998; la otra, Sandra, continuó trabajando en el consultorio hasta 2005 cuando tomó licencia por un año. Al reintegrarse se incorporó a la planta del Servicio Social.

Sandra explicó su incorporación a ese consultorio como producto de la azarosa combinación de eventos: por un lado el hecho de que en la residencia las obligaran a rotar por un hospital (algo que habitualmente no se hacía). Por otro, que uno de los directores del hospital fuera el responsable de la unidad sanitaria en la que estaban haciendo la residencia. Y finalmente, que el Dr. Felipe no dejara de reclamar que “le” nombraran a alguien:

[el] responsable de la unidad sanitaria las llevó al hospital, pero como no sabía bien qué hacer y yo estaba reclamando, me peleaba constantemente con él, me las puso a mi cargo. [Felipe, médico]

Paralelamente, en ese año, Gómez estaba solo en infectología y le había pedido al director del hospital

9 Esto abrió una disputa entre los médicos del consultorio de infectología y la jefa del Servicio Social. En parte fue éste el conflicto que se puso en juego cuando se nos cuestionó la autorización para desarrollar la investigación.

que nombrara a otro médico más para ese consultorio porque la demanda era mucha y él no daba abasto para atender. Sandra se ríe y me dice “será que dos de nosotras valíamos como uno de ellos... la cosa es que le mandaron dos trabajadoras sociales”. [Registro de Campo, 22/10/2008]

Si bien las circunstancias iniciales por las que llegaron al consultorio de infectología del hospital no estuvieron vinculadas al interés explícito de incorporar trabajadores sociales a la atención, lo cierto es que Sandra considera que fue por la orientación que recibieron del médico a cargo del consultorio que decidieron seguir allí.

Felipe es un tipo... como médico se sale de la norma [...] Entonces eso nos dio... eh ganas de seguir porque si no, no teníamos ni idea de la enfermedad. Teníamos un cagazo PADRE [...]. [Sandra, trabajadora social]

Ese temor que refiere Sandra está vinculado a la dramática situación que vivían las personas afectadas y la fuerte carga de estigmatización asociada a este padecimiento. Tanto Sandra como el Dr. Felipe recordaron el día que se conocieron y contaron la misma escena:

Claro las chicas estaban medio sorprendidas [...] ((risas)) siempre me recriminan que el primer día las agarré... había un pobre tipo que estaba destruido, internado, entonces agarré y “vengan”. Las llevé, “háganle una entrevista a él” y se las dejé ahí ((risas)) bueno porque en esa época todavía la gente... [Felipe, médico]

Sandra contó en dos oportunidades aquel primer encuentro con Felipe, que para ese momento se había constituido

en el *médico del Sida*¹⁰ del hospital. Tal como lo relató, cuando ella y su compañera llegaron al hospital “no teníamos ni idea de la enfermedad”, “no sabía nadie en realidad mucho qué pasaba, y no estábamos formadas”.

Recordaba que la primera vez que vino al hospital lo encontró a Felipe en el bar y *él les dijo que fueran a la sala a ver a un paciente*. Cuando ellas llegaron a la sala, se encontraron con un hombre muy deteriorado en la cama, al borde de la muerte, “era como la publicidad de Benetton”. Se reía y me decía que ellas venían de un centro de salud donde lo que hacían fundamentalmente era prevención, que no estaban habituadas a ver gente enferma.”
[Registro de Campo, 22/10/2008]

La llegada de las trabajadoras sociales ocurrió en un momento especial de la epidemia. Para los primeros años de la década de 1990 el crecimiento en la cantidad de infectados era alarmante y la letalidad muy alta. El recibimiento que les dio el Dr. Felipe retrata claramente la dramática situación de la epidemia en ese momento.

Susana Margulies (2014) analiza las narrativas médicas de profesionales implicados en la atención del Sida en dos períodos. Para el período 1993-1994 uno de los aspectos destacados en la caracterización que estos *médicos del Sida* hacían de la epidemia era el notorio incremento de la demanda, lo que algunos llamaron “el aluvión de pacientes” (Margulies, 2014), cuyo correlato era un incremento del 121% de casos de Sida notificados en el bienio.

10 Utilizo el término empleado por Margulies (2014) para subrayar el carácter pionero de los médicos que comenzaron tratando a los afectados, quienes, aun a pesar de la ineficacia de las respuestas técnicas, el desconcierto y la estigmatización, fueron forjando la “legitimación al vez moral y técnica de su campo de ejercicio”.

Cabe destacar que, a raíz de la sanción de la Ley 23.798 en 1990, que declara de interés nacional la lucha contra el Sida, se creó el Programa Nacional de Lucha contra el Sida en 1992, y a partir de allí progresivamente el Centro Nacional de Referencia y los programas de cada provincia o jurisdicción. Desde de entonces y paulatinamente se fue proveyendo la medicación disponible y los reactivos para el diagnóstico y monitoreo de la enfermedad. Para estos primeros años de la década de 1990, en los hospitales generales donde se atendía este padecimiento “se habían ido conformando ‘consultorios’ o ‘grupos de trabajo’ altamente informales y con integraciones variables con infectólogos, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, psicólogos y trabajadores sociales, según los casos” (Margulies, 2014: 101).

Esto pone en evidencia que la experiencia de este consultorio puede sin duda ser calificada de pionera. Para cuando “le pusieron a cargo” a las trabajadoras sociales, el Dr. Felipe estaba recibiendo “el aluvión” de pacientes y no tenía disponibles muchas herramientas para dar respuesta a esta demanda. En aquel primer encuentro que “siempre le recriminan” al médico, cuando él les indicó que entrevistaran al paciente en grave estado de salud, Sandra recordó haberse interrogado por la expectativa que tenía de la intervención de trabajadoras sociales en ese tipo de situaciones:

Subieron y le plantearon a Felipe que qué esperaban de ellas, qué se suponía que iban a hacer si la gente simplemente se moría, dijo algo así como “¿ser trabajadoras sociales de la morgue?”. [Registro de Campo, 22/10/2008]

La situación de la epidemia y el recibimiento parecían no dejar lugar para algún tipo de intervención que se asemejara a las tareas de promoción o prevención que venían de realizar en un centro de atención primaria. Sin embargo,

explicó Sandra, “buscamos información” y se interiorizaron con las experiencias desarrolladas en otros espacios asistenciales, y así se fue definiendo su intervención en la atención del VIH-Sida. En un momento en el que “nadie sabía en realidad mucho”, fueron formándose a partir de entrar en contacto con organizaciones no gubernamentales, con el Servicio Social del Hospital Posadas, la Coordinación Sida de Ciudad de Buenos Aires, y a partir de lo que Felipe les iba enseñando.

y bueno y ¿qué hicimos? Empezamos a recorrer lugares donde sabíamos que estaban trabajando con el tema [...] este... a ver qué hacían, de... más allá de lo médico. Fuimos a la CHA, eh... al Posadas con la gente del Servicio Social que estaban trabajando ellos con el tema a... eh... Bueno, al programa... qué sé yo mucho en ciudad, porque acá en provincia no había nada eh, bueno ya no me acuerdo [...] la cantidad de organizaciones, muchas ONG [...] por eh... de hospitales poco creo pero nos conectamos con las organizaciones ¿viste? que estaban laburando los pacientes, bah la gente que tenía eso que laburaba en el tema, y más o menos nos dieron como materiales [...].¹¹
[Sandra, trabajadora social]

Tanto el Dr. Felipe como Sandra explicaron que la participación de los pacientes en la organización de la respuesta asistencial fue muy importante en esa etapa:

— estábamos ahí ¿viste? con todo lo que no era lo estrictamente médico. Eh... y entonces bueno desde... entre todos ¿viste? Te asesorabas, te formabas con los pacientes también.

11 Los pacientes se fueron organizando en redes de personas viviendo con el virus y otro tipo de organizaciones. Más adelante nos detendremos en este punto.

O sea ellos también traían información. ¿Qué sé yo?, ibas armando cosas en función de eso y de... hasta que tenías algo más o menos ¿viste? organizadito [...]. [Sandra, trabajadora social]

— *¿Y gestión de pensiones, ese tipo de cosas?*

— No. Apareció mucho después. Mucho después *empezaron a aparecer porque lo traían los pacientes*, nosotros desconocíamos eso [...]. [Felipe, médico]

Sandra explicó que el trabajo que realizaba en la atención de pacientes incluía “todo lo que no fuera médico”, justamente en un momento en que la respuesta técnica de la biomedicina tenía muy baja eficacia; en sus términos: “desde lo médico no había mucho...”. La tarea de Sandra consistía en contener, escuchar y acompañar a las personas que se diagnosticaban, y asesorar en la gestión judicial para recibir la medicación además de gestionar los recursos asistenciales que pudiera para los pacientes en tratamiento.

bueno y qué se hacía... y en un principio... era... mucho de la conten... de *escuchar* ¿viste? y de la *contención* y también mucho *desde lo médico porque no había mucho* para, para tratarla tampoco a la enfermedad, era el AZT creo [...] en esa época y si te venía bien, bien y, si no, a otra cosa ¿viste? Entonces eh... fue digamos la época para todos para nosotros... porque no estábamos formados y para la gente también no es lo mismo el que se entera ahora que el que se enteraba en esa época este... De mucho ¿viste? *acompañamiento* como en... como en un proceso doloroso [...] *pero no mucho más que eso*. Y la *pelea por los derechos de la medicación*

¿viste? Hacer [...] las *gestiones para las defensorías, para... judicialmente para que le entreguen medicación*. Costaba mucho más todo en esa época [...]. [Sandra, trabajadora social]

Sandra explicó que en esos primeros momentos ellas se ocupaban de:

todo lo que fuera social, de *pensiones, de boletos de colectivos*. En un momento, no sé ahora, les daban comida. Bueno en este momento no... no estaba armado todavía la Red¹² ¿viste? O no querían encargarse de eso. Felipe descargaba las cajas de comida y entre los dos las trasladábamos con el carrito y yo me iba abajo a la ropería, que nos habían dado un lugar de depósito, a que cada uno retirara la caja de los fideos y la leche... ¿no? Me firmara un cosito para presentarlo. *No había nadie y lo hacíamos nosotros para que morfaran*. [Sandra, trabajadora social]

Tanto el médico como la trabajadora social identificaron esta primera etapa de la atención con las escasas herramientas de la medicina para dar respuesta a las enfermedades oportunistas y con la gestión de recursos que se hacía desde el servicio con información que traían los propios afectados.

Cuando comenzaron a realizarse las pruebas serológicas en el hospital, las trabajadoras sociales pasaron a realizar la consejería anterior y posterior al estudio diagnóstico, y

12 Las referencias a "las redes", en general, designan a organizaciones civiles que nuclean a personas afectadas por esta infección, personas que viven con VIH. La Red Bonaerense de personas viviendo con el VIH-Sida es una asociación civil creada en 2000 por pacientes de hospitales públicos del área del Conurbano Bonaerense (Gregoric, 2008). Otra agrupación que tenía presencia en el hospital era Red de Matanza de PVVIH, una organización que se desprendió de la Red Bonaerense.

también a participar en la entrega de resultados positivos junto con otros profesionales. Esta actividad se realizaba en la oficina contigua al consultorio de infectología; ese era el lugar de trabajo de Sandra. Para agilizar los tiempos de diagnóstico habían establecido un acuerdo con el laboratorio. Infectología tenía, y aún conserva, una cantidad de turnos para la extracción de sangre que otorgaban ellos. De este modo, cuando alguien tenía que realizarse un estudio para VIH, la trabajadora social de infectología le brindaba información respecto del proceso del diagnóstico y de las vías de transmisión del virus, le administraba el consentimiento informado¹³ y le daba un turno para que al día siguiente se hiciera la extracción de sangre. El resultado se retiraba en la misma oficina y lo entregaba Sandra si era negativo. Si el resultado era positivo lo hacía ella también pero acompañada por un médico y en ocasiones por algún/a psicólogo/a.

Sandra recordó que en la década de 1990, notificar un diagnóstico positivo era algo muy traumático: las personas se angustiaban mucho y los profesionales ensayaban distintas maneras para contener y acompañar a esas personas. Aunque Sandra las retrató con cierto humor, se trataba de situaciones muy dramáticas. Eventualmente ella dejó de participar en entregas conjuntas de resultados planteando que prefería hacerlo sola porque: “yo si la persona llora, se angustia, me la banco, puedo acompañar”, pero la presencia de muchas personas le resultaba en algún sentido exagerada y le dificultaba la contención.

después nosotros le entregábamos el resultado [...] y la idea era que estuviéramos nosotros, que estuviera, eh...

13 La normativa dictada para orientar la lucha contra el VIH-Sida establece la voluntariedad de la prueba serológica. Por tal motivo es obligatorio contar con un consentimiento informado por escrito de las personas que se realizan el estudio.

había un psicólogo en una época que rotaba también y que estuviera el médico. Pero a mí particularmente, A MÍ por mi forma, [...] *a mí toda esta escenificación de 25 personas dándole el resultado a alguien no me gusta... a mí me parece que poníamos en escena.* O sea escenificábamos, digamos, situaciones que por ahí alguien ¿viste? por determinada cuestión histriónica era ¿viste?... y se armaban ¿viste? cada quilombo ¡ah dios! [Sandra, trabajadora social]

En esa misma década, el consultorio de infectología organizó encuentros de personas viviendo con VIH coordinados por Sandra y una psicóloga que “rotó” por allí. El “grupo” funcionaba los sábados y asistían mayoritariamente usuarios de drogas endovenosas con “personalidades conflictivas”, en el decir de Sandra. Resaltó lo difícil que había sido coordinar esos encuentros en los que el problema del uso de sustancias era un tema recurrente. Eventualmente ese espacio dejó de funcionar cuando ya no pudieron contar con un profesional de salud mental.

entonces sentía que en ese momento fue como una obligación de... ((imposta la voz)) “nosotros acá hacemos grupo” ¿viste? ((ríe)) ¡Qué sé yo! Entonces no. Después al poco tiempo tampoco la psicóloga no pudo sostenerlo así que... este... no se siguió con eso. [Sandra, trabajadora social]

Después de aquella primera experiencia hubo otros espacios de encuentro con pacientes, algunos coordinados por los mismos afectados, como parte de las actividades de la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH. Con el tiempo se fueron reproduciendo estas experiencias y en algunos casos contaron con financiamiento de agencias

internacionales. Con mayor o menor grado de organización, los pacientes fueron “trayendo información” al espacio de la atención médica sobre beneficios asistenciales y paulatinamente esas tareas dejaron de realizarlas Sandra y Felipe y pasaron a ser responsabilidad de los afectados a partir de sus organizaciones o de la incorporación de los voluntarios/promotores a la atención.

La participación de las trabajadoras sociales en la atención del VIH fue así cambiando en la medida en que se avanzó en la conquista de los derechos de los afectados, los tratamientos se fueron haciendo más eficaces y el Estado comenzó a garantizar la provisión de medicación con regularidad.

En resumen, durante los primeros años de la década de 1990, el consultorio de infectología contaba con: una trabajadora social, algún psicólogo/a que “rotaba” y un médico. Los pacientes, con escaso grado de organización, llevaban y traían información sobre los recursos disponibles, las gestiones, trámites, etcétera. Los espacios del hospital destinados a la atención iban desde la larga fila de pacientes que recorría el Dr. Felipe hasta el consultorio, pasando por la portería donde Sandra entregaba la comida.

En esta primera etapa de trabajo de Sandra en infectología, los lugares utilizados hoy como *consultorio* y *oficina* no parecían constituir espacios diferenciados. En el relato de Sandra sobre la modalidad de atención en esa época hace referencia a una suerte de atención conjunta. Mientras ella entrevistaba a las personas, el médico realizaba los exámenes clínicos. Al respecto, durante la entrevista nos representó ese tipo de situaciones así:

entonces cuando surgía [un] tema ‘bueno, seguí hablando de eso a ver’... y después ‘bueno, ahora decí treinta y tres’. [Sandra, trabajadora social]

Para Sandra el hecho de que el médico “acepte dos trabajadoras sociales adentro del consultorio” mostraba que se trataba de un profesional con una formación orientada a integrar “aspectos sociales” en la atención. Con el tiempo esta modalidad fue dejándose de lado y los espacios de trabajo de Sandra y de los médicos se fueron separando. En ese movimiento los lugares destinados a la atención se distinguieron entre el *consultorio* y la *oficina*.

La era de los ARV: llegan los médicos

Sólo en 1995 ingresó otro médico infectólogo, Esteban Wilson, actualmente el jefe del área. Luego de su incorporación pasaron por el consultorio varios médicos.

ya se fue mi compañera y quedé yo, y rotaba algún psicólogo, alguna psicóloga. Pero ahora eh empezaron a haber muchos médicos. Médicos, médicos, médicos y eso ahí y yo al final más allá de toda la historia con... ya estaba harta del VIH. [Sandra, trabajadora social]

Como ya señalé, la rotación de personal a partir de entonces ha sido muy alta y muchos de los médicos que menciona Sandra trabajaron allí en virtud de algún proyecto formativo: becas, residencias, pasantías ad honorem, etcétera. En cuanto al “psicólogo y las psicólogas que rotaban” en ocasiones se trataba de profesionales del propio servicio de salud mental del hospital¹⁴ y en otras de “becarios” o personal nombrado en otra institución. A partir de 2002, con el financiamiento del Fondo Global para el desarrollo de un programa de adherencia, se incorporaron dos

14 Aun teniendo un nombramiento en el hospital la continuidad de estos profesionales era frágil.

psicólogas a la atención exclusiva de los pacientes del consultorio de infectología.

Estos cambios en lo ocurrido en la respuesta asistencial se asocian a la generalización del uso de las terapias antirretrovirales de alta eficacia en la segunda mitad de la década de 1990. La disponibilidad de tratamientos cambió las modalidades de la atención en general y también de la intervención de las trabajadoras sociales. Así lo refería uno de los médicos:

a fines del 96 se hizo [...] el coctel, se hizo famoso, y después pasó a... recién después, 97, fines del 97 98, *hubo medicación efectiva* ¿no? Bueno, así que *con las trabajadoras sociales lo que hicimos fue trabajar sobre todo el tema de adherencia al tratamiento, el seguimiento.* [Felipe, médico]

En un primer momento, y frente a la letalidad de la enfermedad, las trabajadoras sociales habían focalizado su intervención en el acompañamiento, la escucha, la contención y la gestión de recursos. Se encargaban junto con los pacientes y los médicos de tareas como gestionar pensiones, pases de colectivo y acceso a programas alimentarios. Con el advenimiento de las terapias ARV la intervención se fue transformando.

La disponibilidad de estos tratamientos hizo que la letalidad de la infección bajara sensiblemente, sin embargo, la eficacia de esta nueva tecnología médica estuvo (y está actualmente) inevitablemente atada al “cumplimiento” o “adherencia”¹⁵ de los pacientes a las terapias con medicamentos. Cabe señalar que los primeros tratamientos ARV suponían muchas

15 La noción biomédica de adherencia refiere al cumplimiento por parte de los pacientes de los tratamientos indicados y se basa en el supuesto de que las acciones de los individuos para mejorar su estado de salud coinciden con las prescripciones médicas (Margulies *et al.*, 2006).

tomas de diarias de comprimidos y peligrosos efectos por su toxicidad lo que fue identificado por los equipos de salud como obstáculos para su adecuado cumplimiento.

La disponibilidad de tratamientos ARV transformó en efecto la respuesta médica y supuso avances considerables en el control de la infección al punto de que algunos autores interpretaron estos cambios como un proceso de “normalización” del VIH-Sida (Brown, 2000). La respuesta biomédica pronto disminuyó la mortalidad por la infección y permitió la “cronificación” del padecimiento. Así, la sobrevivencia de los pacientes instaló nuevas preocupaciones vinculadas ahora al vivir (y no morir) con la infección.

Así, como lo refiere Felipe en el fragmento citado, a partir de 1997/1998 comienzan a trabajar “el tema de la adherencia” con la trabajadora social y Sandra pasa a orientarse ya no a la “contención” sino al “asesoramiento” sobre el proceso diagnóstico a quienes se realizaban el test y sobre la continuidad de los tratamientos ARV, esto es, aquello que el médico mencionó como “adherencia al tratamiento”.

En paralelo a la incorporación de estos avances de la tecnología médica, el Estado comenzó a garantizar el acceso universal a la medicación y a los estudios de laboratorio. Con ello se volvieron necesarias muchas y nuevas gestiones burocráticas / administrativas para que los pacientes pudieran acceder efectivamente a estos recursos (autorizaciones, formularios, trámites, etcétera). Fue así que, a las actividades de “asesoramiento” se sumaron otras tareas, más bien “administrativas”. Sandra nos explicó cómo su desempeño en el consultorio de infectología se fue modificando hasta verse colocada en un lugar de “la secretaria del médico”.

*entonces era ‘le das el turno’ ‘che, hay que sacar fotocopias’
‘la estadística’, era como secretaria de hecho, tipo nuevo
que entraba: ‘¿sos la secretaria del doctor?’ y ¿para qué? ya*

¿viste?, iba a terminar cometiendo un asesinato masivo. Y era un tema mío, que ya estaba tan cansada que no peleaba ese lugar que iba a..., el lugar donde la gente me ponía, porque... porque [para] los médicos todos cualquiera es auxiliar de medicina cualquier otro que no sea médico es auxiliar de medicina y estaba ahí sentadita en el escritorio era ¿viste? perfecta para (cubrir) el cargo de secretaria [...]. [Sandra, trabajadora social]

La imagen de una mujer “sentadita en el escritorio” en el espacio contiguo al consultorio parecía no dejar lugar a dudas, ese era el lugar que ocupaba “la secretaria del médico”. Considero que la vehemencia con que Sandra expresó el rechazo a este rol asignado puede vincularse a la valoración negativa que las trabajadoras sociales del hospital efectuaron sobre las tareas llamadas “administrativas” en general.¹⁶

Aun atendiendo a la enorme distancia que separa a estas prácticas de las de los médicos higienistas de comienzos del siglo XX, Sandra percibió que se le estaba encargando la tarea de ser una “eficaz colaboradora del médico”.¹⁷ Si en la etapa anterior podía ocuparse de todo lo “no médico” —esto es, de tareas asociadas a su experticia vinculadas a la contención, el acompañamiento y asesoramiento de pacientes, gozando así de una relativa autonomía profesional— en esta nueva organización de la atención, cambió de

16 En un constante esfuerzo por señalar la especificidad del trabajo social en el atención de la salud (y seguramente en otros ámbitos de inserción profesional también) las trabajadoras sociales de este hospital señalaban permanentemente que las tareas administrativas que solían asignárseles no eran parte de sus competencias profesionales.

17 En los términos de Carbonell sobre el papel que debían desempeñar las visitadoras de higiene social: “No olvidéis nunca el gran lugar que ha tenido siempre la mujer en las formas múltiples de la asistencia social. Manteneos siempre en vuestro dominio especial, procurando ser la eficaz colaboradora del médico, sin tratar nunca de ocupar un puesto que sólo a él le corresponde”. (Carbonell, 1925, citado en Alayon 2007: 97)

manera sustantiva su posición en las prácticas profesionales del consultorio. Se trató a partir de entonces de cumplir indicaciones como: “le das el turno”, “hay que sacar fotocopias”, “la estadística”, que Sandra rechazó enfáticamente. En un sentido podría suponerse que Sandra se resistió a que su práctica profesional fuera colocada en el lugar de una actividad “paramédica” (Freidson, 1978).

Como ya he planteado, Freidson (1978) señala que una característica distintiva de la profesión médica es su capacidad/poder para organizar jerárquicamente a las restantes ocupaciones que intervienen en la atención de la salud como auxiliares o paramédicas. El autor destaca varios aspectos en los que reconoce el control médico sobre otras ocupaciones/profesiones. Así, por ejemplo, plantea que gran parte del conocimiento técnico aprendido por los trabajadores “paramédicos” suele ser producido o al menos supervisado por la medicina. En segundo lugar, las tareas que realizan tienden a asistir (y nunca a reemplazar) las tareas de diagnóstico y tratamiento exclusivamente realizadas por médicos. Estos dos aspectos pueden identificarse en los propósitos que impulsó la medicina higienista en Argentina en las primeras experiencias de formación de visitadoras de higiene social (el dominio sobre los contenidos impartidos en la formación y el rol de asistentes del médico). El autor también sostiene que los profesionales paramédicos suelen realizar sus intervenciones sólo a pedido del médico y que una evidencia del control médico es el menor prestigio atribuido a éstos por el público. Como hemos visto también, estos aspectos son ampliamente cuestionados en el campo del trabajo social por quienes pugnan por mantener el reconocimiento profesional y por tanto, la autonomía del trabajo social respecto de otras profesiones, en este caso la medicina.

En resumen, la respuesta al VIH-Sida pasó de una etapa en la que poco se podía hacer técnicamente y los cuidados consistían apenas en acompañar, contener y tratar con muy poca eficacia las enfermedades oportunistas, a otra consistente en administrar tratamientos muy sofisticados y monitorearlos con estudios de laboratorio de alta complejidad.¹⁸ Asimismo se pasó de un *pasillo* lleno de gente que el Dr. Felipe transitaba dando indicaciones a sus pacientes, escuchando las demandas o acompañando, a la atención médica dentro del *consultorio*; los espacios se transformaron y las actividades de cada quien se reorganizaron. El espacio contiguo al consultorio donde los pacientes se quedaban “hablando” mientras el médico atendía en el consultorio se fue convirtiendo en *oficina* en la que los pacientes presentaban la documentación para gestionar, por ejemplo, las autorizaciones para los estudios de laboratorio y la trabajadora social, “sentadita en el escritorio”, oficiaba de “secretaria del médico”. Ambos espacios se fueron así diferenciando, uno como *consultorio médico* y el otro como *oficina*.

Para analizar las transformaciones en los espacios destinados a la atención me parece oportuno recuperar un trabajo de David Armstrong (1985) en el que estudia las transformaciones de la práctica médica en Inglaterra entre 1930 y 1960. Armstrong analiza las modificaciones del espacio físico del consultorio británico y con ello da cuenta de que el alejamiento del espacio de la atención médica respecto del espacio doméstico fue también acompañado por transformaciones en la práctica médica:

18 Los medicamentos ARV son drogas novedosas vinculadas a investigaciones muy recientes. Los estudios de seguimiento requieren no sólo tecnología e insumos muy específicos sino bioquímicos y biólogos altamente especializados y en diferentes áreas como la biología molecular, citometrías, estudios genéticos, etcétera.

La clínica médica británica se practica en un espacio físico que por razones históricas es denominado consultorio. El consultorio puede tener diferentes formas y figuras, pero a excepción de aquellos interesados en la arquitectura y el diseño de los edificios, es reducido a un espacio tridimensional inespecífico que contiene/encierra la más profundamente interesante interacción médico-paciente. El consultorio sin embargo no es simplemente un espacio físico que constituye el telón de fondo de una interacción social: también es un espacio con fronteras sociales internas y externas que a su vez están íntimamente ligadas a los acontecimientos que ocurren dentro de ellos. (Armstrong, 1985: 659. Traducción propia)¹⁹

Retomando el planteo inicial de de Certeau se puede interpretar que Armstrong analiza el consultorio médico como un espacio y no como un mero lugar, “un telón de fondo” —en sus términos— de las acciones que allí se desarrollan. Armstrong analiza tanto los cambios en el espacio físico, el diseño de los consultorios como el uso del tiempo en la consulta y durante la espera de los pacientes. En este recorrido muestra cómo la práctica médica fue apartando gradualmente al padecimiento de la vida doméstica para centrarse en los aspectos biológicos de la enfermedad. Acompañando esta transformación de la práctica médica el consultorio también se transformó; pasó de ser una

19 Texto original: The British GP practices from a physical space, which for historical reasons, is called a surgery. The surgery can take many shapes and forms, but, other than to those interested in architecture and building design. It is usually reduced to a non-specific three-dimensional space which encloses the much more profoundly interesting doctor-patient interaction. The surgery however is not simply a space which constitutes the physical backdrop to social interaction: it is also a space with internal and external social boundaries which in their turn are intimately linked to the events which occur within them.

habitación del hogar del médico a ubicarse en un espacio especializado, separado completamente de la vida doméstica. Este consultorio, alejado y ajeno del hogar del médico —y del paciente— habitó también la distinción de espacios físicos y tareas específicas. Así, por ejemplo, aquellas actividades vinculadas a la atención como esperar, ser examinado, recibir algún tratamiento y dispensar medicamentos, que hasta 1930 ocurrían en el mismo espacio, pasaron a disponer de espacios segregados tales como: la sala de espera, el consultorio y la farmacia. Del mismo modo cada tarea pasó a estar a cargo de un especialista. Ya no sería el médico quien dispensaría los medicamentos sino un farmacéutico; los registros, turnos e historias clínicas se convirtieron en asuntos administrativos de los que se ocupó una secretaria, y algunos exámenes fueron solicitados a otros especialistas.

Este análisis de Armstrong sobre los cambios en la práctica médica en la Inglaterra de mediados del siglo XX y los mecanismos mediante los cuales algunas prácticas se segregan espacialmente, se especializan o profesionalizan y se vinculan entre sí, me ha resultado inspirador en mi reflexión en torno de las transformaciones de los espacios asociados a la atención del VIH en el hospital en estudio.

La separación de los espacios en donde ocurría la consulta médica de aquellos otros en los que se asesoraba y acompañaba a los pacientes y se gestionaban beneficios asistenciales o alimentos resulta en esta perspectiva una dimensión importante en mi análisis espacio-temporal de la división del trabajo profesional en el consultorio de infectología. En la primera etapa la trabajadora social y el médico compartían un espacio físico en el que se brindaban cuidados que iban desde la gestión de alimentos, la contención y el acompañamiento hasta el intento estrictamente biomédico por mitigar los efectos de las infecciones oportunistas y evitar la muerte. Luego, en coincidencia con el uso

extendido de los tratamientos ARV y con la disponibilidad de técnicas para evaluar la progresión de la infección, esas tareas pasaron a separarse. Mientras el médico en el espacio del *consultorio* pasó a evaluar la progresión de la infección y controlar la eficacia de los tratamientos a partir de parámetros básicamente biológicos, en la *oficina* contigua la trabajadora social comenzó a realizar, según ella lo expresó, tareas administrativas de secretaria desplazando otras tareas como la de contención y asesoramiento.

El rechazo de Sandra a realizar estas tareas de “secretaria” la llevó a tomar licencia durante el año 2006 para reintegrarse en 2007, pero esta vez en el Servicio Social. Desde su reincorporación Sandra ya no fue trabajadora social del área de infectología sino del Servicio Social del Hospital. A partir de su licencia, en infectología se incorporó a una promotora/voluntaria para realizar las tareas vinculadas a gestión de turnos, autorizaciones y archivo de historias clínicas en la oficina contigua al consultorio.

La nueva organización de la atención y el financiamiento externo

En el momento en que inicié el trabajo de campo en el hospital, se podían reconocer tres lugares diferenciados en los que se desarrollaba gran parte de la atención del VIH: una *sala de espera*, un *consultorio médico* y una *oficina*. En cada uno de ellos se llevaban a cabo diferentes actividades y participaban distintos miembros del equipo de salud.

En la *sala de espera* un grupo de promotores/voluntarios se ocupaba de organizar el orden de atención de los pacientes. En ese mismo espacio, una vez por semana, dos psicólogas incorporadas a la atención del servicio coordinaban una actividad para promover la “adherencia a los tratamientos”.

En la *oficina* contigua al *consultorio* trabajaba Yanina, otra promotora/voluntaria que asumió esa tarea cuando Sandra pidió licencia. Yanina organizaba la documentación para la gestión de autorizaciones para estudios de laboratorio, las fichas e historias clínicas de los pacientes y eventualmente realizaba algunas diligencias que le solicitaban los médicos como ir a buscar insumos o algún resultado al laboratorio. Ocasionalmente también los médicos usaban ese espacio para alguna consulta.

Parte de las transformaciones en la organización de la atención estuvieron estrechamente vinculadas al desarrollo de “proyectos” financiados por organismos internacionales, entre ellos el Fondo Global. Cuando llegamos al hospital, en octubre de 2007, estaba finalizando un proyecto orientado a mejorar la “adherencia” a los tratamientos antirretrovirales²⁰ que contaba con financiamiento del Fondo Global. Se trataba de un proyecto iniciado en marzo de 2007 con finalización prevista en noviembre de ese año y que era continuidad de un estudio iniciado en 2004. La propuesta presentada por el equipo de salud al organismo incluía varios objetivos, entre ellos:

- 1- Desarrollar un abordaje interdisciplinario de la adherencia al tratamiento antiretrovirales, 2- fortalecer la gestión del circuito institucional de atención de las PVVS en el nivel organizativo y de calidad de

20 A partir del uso de terapias ARV combinadas, el tema del cumplimiento o “adherencia” al tratamiento se volvió central para que la estrategia técnica tuviera eficacia. La disponibilidad de tratamientos ARV era en un comienzo limitada y la interrupción —aun por poco tiempo— en la toma de los medicamentos podía generar “resistencias”. Esto significa que esos medicamentos dejan de ser efectivos en el control de la infección. Así la “adherencia” se convirtió en preocupación principal de los médicos tratantes, de los equipos de salud y de las políticas más globales. Esta cuestión ha sido ampliamente estudiada por las ciencias sociales y por la antropología en particular (Margulies *et al.*, 2006).

la atención en el hospital; 3- fortalecer las redes con otras instituciones locales y/o regionales para mejorar el cuidado de la PVVS, 4- fomentar la capacitación y el desarrollo de redes entre PVVS y familiares/convi- vientes para favorecer la adherencia al tratamiento y el cuidado de sí y de otros; 5- fortalecer la capacitación permanente y sensibilización del equipo de salud en atención integral de las PVVS destinada a profesio- nales de distintos servicios del hospital; 6- desarro- llar un abordaje interdisciplinario de la adherencia al tratamiento de la co-infección VIH/TBC, y 7- for- talecer la adherencia al tratamiento de la mujer con HIV durante el embarazo y el puerperio. [Proyecto de Adherencia del Hospital- Fuente UBATEC, 2007]

Con los recursos financieros provistos por este organis- mo, se realizó la reforma para generar una *sala de espera* en el pasillo amarillo, se pagaron honorarios y viáticos a los integrantes del proyecto (promotores y profesionales) y se confeccionó material gráfico conteniendo información so- bre la atención.

En octubre de 2007 el área de infectología contaba con un variado conjunto de personas que intervenían en la atención. Algunos, sin previa inserción institucional, ha- bían sido integrados merced al financiamiento del proyec- to, otros integraban el personal de planta del hospital. Se trataba de cuatro promotores de salud, dos psicólogas sin nombramiento en el hospital, cuatro trabajadoras sociales de planta (aunque una con nombramiento de enferme- ra) y cuatro médicos de los cuales sólo dos tenían cargo. En ese momento resultó muy difícil distinguir las activida- des que se realizaban en el marco del “proyecto” de aquellas que formaban parte de la tarea cotidiana de atención en el hospital. De hecho, el propósito de este tipo de proyectos

suele ser el de fortalecer procesos institucionales, de modo que se impulsan actividades para que luego sean incorporadas por las instituciones con recursos propios.

Muchas de las prácticas incorporadas con el proyecto se continuaron realizando una vez concluido el financiamiento, algunas sostenidas por voluntades individuales y con los escasos recursos del hospital y otras a partir de nuevas fuentes de financiamiento, por ejemplo, una “beca” para algún profesional. Cuando el financiamiento concluyó, los cuatro promotores siguieron trabajando por varios meses ad honorem mientras intentaban obtener algún tipo de subsidio. Durante ese tiempo su trabajo se homologó al de otros voluntarios que trabajan en el hospital y por ello utilizo para ellos la denominación promotores/voluntarios.²¹

Los cuatro habían sido convocados inicialmente (2005) en el marco del proyecto de Fondo Global para participar en el fortalecimiento de redes de PVVIH. Todos ellos hacían varios años que habían conocido su diagnóstico y eran pacientes del servicio. Coordinados por las dos psicólogas habían desarrollado una experiencia de “acompañamiento de pares”, pero al cabo de un año la propuesta se discontinuó y se incorporaron a las actividades de la atención hospitalaria. Tres de ellos —Cecilia, Marcos y Virginia— pasaron a organizar los turnos y el orden de atención de los pacientes en la *sala de espera* y Yanina se incorporó al trabajo de la *oficina*. Organizar en el pasillo amarillo una *sala de espera* especial para infectología implicó mucho más que separar a los pacientes del consultorio de TBC de

21 Como ya se dijo, en el hospital tienen presencia dos organizaciones de voluntariado hospitalario: Damas de Rosa y Cáritas. Al margen de estas organizaciones también es común que en las algunas áreas del hospital haya alguna persona haciendo trabajo voluntario, por ejemplo tareas administrativas. Utilizo la denominación promotores/voluntarios para dar cuenta del doble estatus que adquieren al ser nombrados con un cargo en un proyecto con financiamiento externo (promotores) aunque para desempeñar tareas homologables a las de los voluntarios hospitalarios en general.

las personas seropositivas, como me explicaron.²² La disponibilidad de este espacio permitió que los pacientes del consultorio de infectología no tuvieran que formar largas filas frente a las puertas verdes como ocurre en los otros consultorios. Cuando las personas llegan a la *sala de espera* “especial” pueden eventualmente sentarse, pero la diferencia sustantiva respecto del resto de los consultorios es que saben si el médico llegó, si está atendiendo y cuántas personas están anotadas para la atención o para pedir recetas, lo que les permite estimar el tiempo de espera. Esta información la manejan los promotores/voluntarios quienes son también los encargados de llevar los pedidos de recetas²³ al *consultorio* entre consultas. La presencia de los promotores también evita que las personas golpeen la puerta e interrumpen una consulta —una queja frecuente de los profesionales—.

Marcos, Cecilia y Virginia realizaban varias tareas desde esa *sala de espera*, incluido todo tipo de gestiones dentro del hospital para facilitar el acceso a la atención. Ellos explicaban a las personas cómo conseguir turno con la odontóloga que atiende a las PVVIH y eventualmente tramitaban turnos para los pacientes de infectología en aquellos servicios con los que no había acuerdos de atención diferencial. En ocasiones conseguían para algún paciente “una notita” para obtener una consulta sin turno con un médico

22 En el capítulo 2 presenté la reorganización del espacio de espera que hizo el consultorio de infectología y comenté que la explicación que me dieron al respecto tenía que ver con una cuestión de profilaxis por lo que procuraron generar un espacio ventilado y separado de la muchedumbre de los pasillos para la espera de los pacientes de este consultorio.

23 Los pacientes deben retirar mensual o bimensualmente la medicación de la farmacia del hospital, para ello necesitan la receta del médico. Por esa razón muchos concurren al consultorio sólo con ese fin. Es importante para estas personas obtener las recetas antes de que finalice el horario de atención de la farmacia para no tener que volver otro día más al hospital.

legista²⁴ y brindaban indicaciones a quienes gestionaban beneficios asistenciales. Durante mucho tiempo ellos distribuyeron las cajas de alimentos que llegaban al hospital para los pacientes seropositivos, realizaron los reclamos correspondientes cuando el beneficio se interrumpía, e incluso ellos mismos elaboraron las listas de beneficiarios. Visitaban a los pacientes internados que no tenían cuidadores o que habían recibido el diagnóstico recientemente. Les ofrecían “contención”, en sus términos, y algunos cuidados, como conseguirles abrigo o ropa si lo necesitaban.

Como vimos, en los primeros años de la década de 1990, algunas de estas tareas las realizaban Sandra y el Dr. Felipe y los pacientes del consultorio de infectología eran quienes les transmitían la información sobre la gestión de pensiones, pases de transporte y otros beneficios asistenciales. Gradualmente, mientras Sandra pasó a ocuparse del asesoramiento previo y posterior al test diagnóstico y del conjunto de gestiones necesarias para el acceso a la medicación, los estudios, etcétera, estas tareas pasaron a realizarlas “las redes”, es decir, las organizaciones de PVVIH. Al momento del desarrollar la investigación en el hospital este tipo de información e incluso las gestiones mismas, pasaron a ser realizadas por los afectados, en algunos casos de las organizaciones de PVVIH y en otros los promotores/voluntarios.

Mientras tres de los promotores/voluntarios trabajaban regularmente en la *sala de espera*, Yanina se había integrado al trabajo de la *oficina*. Comenzó a trabajar allí cuando Sandra —la trabajadora social— pidió licencia. Yanina solía presentarse con mucho orgullo como “la secretaria de Wilson” o “la secretaria de infectología”. Asumirse

24 Para gestionar pensiones asistenciales por invalidez es necesaria la evaluación de un médico legista. En todo el municipio hay dos profesionales en efectores públicos de modo que para obtener un turno hay que concurrir a la madrugada y aun así no hay garantías de conseguirlo.

como la secretaria de infectología hizo que se distanciara un poco de sus compañeros, los otros promotores. Su vínculo con los médicos del consultorio está marcado por un profundo afecto mutuo y mucha familiaridad en el trato cotidiano.

Yanina se encargaba de gestionar las autorizaciones para los estudios de laboratorio (CV y CD4):²⁵ llevaba las ordenes médicas a las oficinas de la Región Sanitaria, controlaba que tuvieran toda la información para que no fueran rechazadas, interpretaba la letra de los médicos, cuando recibía las autorizaciones citaba a los pacientes y les asignaba el turno para la extracción de sangre. Si una autorización llegaba rechazada, ella completaba la información faltante o citaba a los pacientes para que realizaran la gestión pertinente. Yanina manejaba varios recursos para lograr las autorizaciones a tiempo. Por ejemplo, si alguien necesitaba realizarse un estudio de laboratorio con más celeridad que la que permitía el circuito de autorizaciones, ella “lo hace pasar por internado”, porque sabía que esas muestras se procesaban sin esperar la autorización. Solía también hacer uso de este tipo de saberes cuando los médicos le pedían que consiguiera algún insumo necesario para la atención en el consultorio.

En su jornada de trabajo realizaba diligencias para los médicos dentro del hospital, entre ellas ir a buscar resultados al laboratorio. Cuando la enfermera no podía llevar las muestras al laboratorio del Hospital Posadas en la ambulancia del hospital lo hacía ella en un remise que pagaba la cooperadora. Brindaba asesoramiento a los pacientes sobre la gestión de pases de colectivo y pensiones asistenciales y, cuando sus compañeros no podían concurrir, “despejaba”

25 Los estudios de laboratorio que regularmente se utilizan para la evaluación del tratamiento y para el monitoreo de la infección son la carga viral (CV) y el análisis y conteo de células T (CD4).

la *sala de espera*; esto es, tomaba los pedidos para recetas de medicación y organizaba el orden de atención.

Gran parte de estas tareas eran las que el Dr. Wilson le había asignado a la trabajadora social y desde su licencia pasaron a estar a cargo de los promotores/voluntarios. Consultado el Dr. Felipe por la participación de los pacientes en la organización de la atención, claramente asoció sus inicios a la aparición de los tratamientos, el surgimiento de organizaciones de afectados y la necesidad de incorporar más gente para colaborar en distintos aspectos de la atención.

Esta experiencia de trabajar con pacientes o que los pacientes participen de la organización de la dinámica del consultorio ¿es nueva también, original de estos proyectos o ya venían laburando con algunos pacientes? No, no, empezó... cuando, digamos, con la aparición de los tratamientos y que... había que necesitar gente y alguna gente se ofrecía para trabajar y ya

¿Así espontáneamente?

Sí, sí, sí. No, bueno, pero había todo una... a través de todo *el auge de las ONG* que vinieron a ofrecerse. Y bueno “somos o queremos ser una ONG”. Empezamos a formarla y qué sé yo, este... la red de personas que viven con VIH se crearon todas en ese momento. *La forma de recibir subsidios* y demás. *Nunca llegaron a constituirse como organización en el hospital*, si bien existieron como rótulos, nunca eran legales, eran cosas muy informales y terminaron desarmadas [...]. [Felipe, Médico]

Las agrupaciones de PVVIH constituidas jurídicamente tenían la posibilidad de ejecutar ellas directamente los fondos provenientes de organismos internacionales.

Juan José Gregoric (2008) reconoce dos momentos en los que tuvieron mucho impulso las acciones de las llamadas “Organizaciones de la Sociedad Civil”, entre 1997 y 1998 y entre 2003 y 2008. Este último período estuvo muy vinculado al financiamiento de proyectos y acciones que realizó el Fondo Global con el propósito de fortalecer o complementar las acciones llevadas a cabo por los programas estatales. Según lo relata el Dr. Felipe, pese a que los pacientes del hospital nunca alcanzaron la formalización necesaria como para constituirse como una asociación civil, igualmente se los convocó a participar como promotores/voluntarios en el proyecto de adherencia financiado por el Fondo Global.

Las dos psicólogas que atendían exclusivamente la demanda de este consultorio fueron incorporadas a partir de su participación en el proyecto de adherencia de Fondo Global. Ninguna de ellas tenía nombramiento en el hospital, por tanto la atención psicoterapéutica que brindaban se realizaba por fuera del circuito de atención del Servicio de Salud Mental. Cuando el financiamiento del proyecto concluyó, ambas siguieron trabajando ad honorem a la espera de obtener algún tipo de inserción. Además de la atención psicoterapéutica de los pacientes, estas dos profesionales coordinaban las actividades del grupo de promotores y desarrollaban una charla sobre “adherencia” una vez por semana en la sala de espera.

El llamado “problema de la adherencia” pasó a ser un asunto de las disciplinas “psi” con el propósito de lograr que los pacientes sostuvieran con regularidad y siguiendo las indicaciones médicas los tratamientos ARV.²⁶ Con este propósi-

26 En el caso de los medicamentos ARV para VIH suelen tener poco tiempo en el mercado e incluso algunos se encuentran en fase de ensayo en humanos, los estudios que fundamentan la eficacia de estas drogas suelen indicar una “adherencia alta” para lograr la acción terapéutica deseada. Esto significa que las personas no pueden saltar tomas o suspender la medicación en ningún momento. La interrupción en la toma de medicamentos ARV puede provocar resistencias, esto

to desarrollaron la actividad de “acompañamiento de pares” que mencionamos, organizaron esa actividad semanal en la sala de espera y ofrecían espacios de atención psicoterapéutica individual a quienes lo requirieran. No indagué acerca de los sentidos que estas profesionales asignaban a la cuestión de la continuidad de los tratamientos, pero el hecho de proponer espacios grupales o de acompañamiento de pares parecería dar cuenta de cierto interés en la construcción colectiva de sentidos acerca del vivir con el virus, que pudieran contribuir a que las personas encontrasen estrategias para integrar estos tratamientos a sus vidas cotidianas.

Asimismo, con esta nueva división de funciones en la atención, los médicos pasaron a derivar a las psicólogas a quienes presentaban “fallos terapéuticos”. Con este término los médicos se refieren a la ineficacia terapéutica del tratamiento farmacológico, que atribuyen a la interrupción en la toma de los ARV por parte de los pacientes. Así, cuando los resultados del laboratorio indican que el tratamiento ARV no está controlando la infección como es esperado por los médicos, el fallo es atribuido al individuo que no realiza las acciones para mejorar su estado de salud, esto es, no cumple con las indicaciones médicas (Margulies *et al.*, 2006). Frente a este problema, los médicos pasaron a derivar a las personas a las especialistas en salud mental con la expectativa de que su intervención promoviera que el paciente cumpliera con el tratamiento indicado y por lo tanto mejorase el estado de su infección.

En cuanto a los médicos, sólo dos de ellos tenían nombramiento en el hospital. Otras dos médicas se habían incorporado a partir del proyecto financiado por el Fondo Global aunque a lo largo de los meses que duró el trabajo de

significa que ese fármaco deje de ser efectivo para el control de la infección y la disponibilidad de otros que lo puedan reemplazar es muy restringida.

campo ambas dejaron de atender en el hospital. También atendían otros dos médicos que no estaban incorporados al proyecto ni contaban con nombramiento del hospital, ambos dejaron de atender entre 2009 y 2010. Finalmente, unos meses después de terminar nuestro trabajo de campo, uno de los médicos con nombramiento también dejó de atender. Es así que, para 2010, el consultorio quedó nuevamente con un solo médico.²⁷ La rotación de personal médico, al menos desde 1995, nunca dejó así de ser muy alta.

No realicé observación de las consultas médicas; sin embargo, el tiempo que permanecí en la oficina contigua me permitió registrar algunos aspectos de la tarea de los médicos. La *oficina* y el *consultorio* —en el diseño original— eran dos consultorios intercomunicados por una puerta interna pero, con la reforma del espacio, se modificaron los accesos: el de la *oficina* era por los pasillos de circulación del personal y el del *consultorio* por la *sala de espera*. Se trataba de espacios diferenciados, no sólo en términos físicos sino en cuanto a las actividades que en cada uno se desarrollaban. Sin embargo, el límite que los separaba era ciertamente permeable —tanto en términos físicos como de las actividades que se desarrollaban en uno y otro—. Posiblemente esta separación era tan permeable como la división de tareas que distinguía entre asuntos administrativos, atención de “aspectos sociales” y la atención médica centrada en parámetros biológicos.

La dinámica del trabajo del consultorio solía estar marcada por la atención de pacientes —programada o de quienes llegaban sin turno—, la atención de pacientes citados por “abandono”, la presencia de otros médicos que se acercaban para hacer algún tipo de interconsulta o informar de una derivación y la atención de algunas personas derivadas

27 Estimé que se atendían en el consultorio de infectología aproximadamente 500 pacientes afectados por VIH-Sida.

por la guardia.²⁸ El ritmo de trabajo en el *consultorio* y en la *oficina* era bastante intenso cada jornada, pero algunas situaciones alteraban la dinámica cotidiana; por ejemplo, cuando se atendía a alguna víctima de abuso sexual o cuando debían comunicar un resultado positivo para VIH.

Ya señalé antes que la atención médica había pasado a concentrarse en la evaluación de la progresión de la infección a partir de estudios de laboratorio y que los llamados “fallos” de los tratamientos eran interpretados como problemas de adherencia y derivados a las especialistas en el tema (psicólogas). Quisiera ilustrar esto con la siguiente escena etnográfica en la que se registra la interacción entre el jefe del servicio —Esteban Wilson— y uno de los médicos del consultorio, quien había concluido su formación como residente recientemente.

Federico se puso muy serio, le mostró los resultados de la carga viral del paciente a Wilson y agregó que estaban muy mal. Wilson lo miró y dijo sin dudar: “está fallando”. Inmediatamente buscó la ficha de medicación del paciente y revisó las fechas en las que se le extendieron recetas. Comenzaron viendo los últimos meses, y Federico comentó que venía retirando con regularidad, a lo que Wilson agregó “sí, retirando”, como insinuando que tal vez retiraba las recetas pero no tomaba la medicación. Wilson siguió viendo hacia atrás el registro y encontró que por unos meses no se le extendieron recetas, con ese hallazgo afirmó: “abandonó”. Federico intentó sugerirle que en los últimos

28 Por lo general cuando alguien llegaba derivado desde la guardia era porque había sufrido una exposición accidental al virus —accidentes de trabajo o abuso sexual—. En estos casos los médicos indicaban el tratamiento de profilaxis, daban la orden para el estudio serológico y entregaban el resultado; incluso en algunas situaciones, ellos mismos realizaban la extracción de sangre.

meses Ramón (el paciente) había retirado con regularidad la medicación y que los estudios de laboratorio anteriores no estaban tan mal, sin embargo Wilson fue tajante, y no lo dejó continuar, lo miró a los ojos y con firmeza le repitió: “abandonó”. Federico respondió: “está bien”. [Registro de Campo, 08/04/2009]

Mientras esta interacción entre los médicos ocurría, el paciente estaba sentado en el consultorio contiguo con la puerta interna abierta y, pese a que estaban especulando respecto de cómo tomaba la medicación, en ningún momento se dirigieron a él, lo único que parecía tener valor era el resultado de la carga viral, el conteo de CD4 y el registro de retiro de medicación. Pero, como dije, los límites entre los espacios —*oficina* y *consultorio*— eran permeables, así que una vez que los médicos acordaron que el tratamiento no estaba dando el resultado esperado, en los términos de Wilson “está fallando”, establecieron los pasos a seguir y ahí el paciente fue incorporado a la interacción.

Wilson dijo que habría que hacer un estudio de resistencia e interrogando a Federico agregó: “no sé si podrá...” Federico fue efusivo en su respuesta: “sí, creo que sí. Le pregunto”. Inmediatamente se fue al consultorio, desde la oficina se lo escuchaba decirle al paciente: “Ramón, ¿usted se podrá ir a hacer un estudio a la capital?”, Ramón le respondió: “Sí, no hay problema”. Federico se asomó y miró a Wilson. El médico aclaró que de todos modos no podían esperar al resultado, que tenían que cambiar lo antes posible la medicación. [Registro de Campo, 08/04/2009]

A partir de allí continuó la interacción entre Wilson y Ramón. El médico le explicó los problemas del tratamiento

anterior, que cambiarían la medicación y la necesidad de realizarse un test de resistencia. En esa explicación del médico, algunos aspectos de la vida de Ramón se hicieron visibles y se entrelazaron con la progresión viral, los efectos de la medicación y los estudios de laboratorio.

El médico le explicó que cuando dejaba de tomar la medicación el virus se hacía “más fuerte”. “El medicamento le cierra el camino al virus. Si usted deja de tomar, el virus en ese tiempo aprende que por ahí no tiene que ir más porque el medicamento no lo va a dejar pasar y va por otro camino”. Finalmente, le explicó que cambiarían la medicación y que tenían que hacerle unos estudios en la Facultad de Medicina. Inmediatamente *le preguntó: “¿usted tiene pase?”*, a lo que Ramón respondió que no. *Wilson le dijo que “le trajera los papeles, que él se los llenaba” para que pudiera hacer la gestión.* También *le preguntó si se animaba a ir y si sabía cómo llegar, Ramón le respondió “sí, yo me manejo por esa zona” [...]* En medio de estos comentarios le explicaba acerca de los posibles efectos adversos de la medicación. [Registro de Campo, 08/04/2009]

En la primera mitad de la década de 1990, el médico a cargo del consultorio y la trabajadora social que se integró en el marco de su residencia, se ocupaban de acompañar, contener, tratar con magros resultados las infecciones oportunistas y gestionar los recursos que tenían a su alcance; en sus términos “era una época muy mala”. Después de 1995, Sandra refirió que hubo cambios en el consultorio de infectología. Empezaron a llegar médicos y al poco tiempo los fármacos para controlar la infección por VIH, los estudios de laboratorio para evaluar la progresión de la infección y la tecnología para diagnosticar ya estaban disponibles en el hospital.

Los espacios se comenzaron a diferenciar (*consultorio/oficina*) y a la trabajadora social se le asignaron las tareas vinculadas a la gestión de turnos, insumos, autorizaciones, etcétera. Finalmente, hacia 2003, y con ayuda de fondos internacionales, se organizó una *sala de espera* y los propios afectados devinieron en promotores encargados de la gestión de recursos asistenciales (pase de transporte, pensión asistencial por invalidez, etcétera) y de las tareas administrativas de la *oficina*. Se integró a dos psicólogas al consultorio y se derivaron a ellas los “problemas de adherencia”. Otras trabajadoras sociales del hospital se integraron en esta etapa a los proyectos promovidos por organismos internacionales; de esta participación nos ocuparemos en el siguiente capítulo.

Con esta “nueva” (por lo menos a partir de 2000) forma de organización de la atención, el espacio de la consulta médica quedó restringido a la evaluación de la infección a través de parámetros estrictamente biológicos. Sin embargo, la última escena que presenté da cuenta de que las personas que demandan atención, como Ramón, hacían permeables las fronteras entre los espacios y desbordaban la división de tareas. La escena citada comenzó con el diálogo entre los médicos que frente a los resultados del laboratorio de Ramón aseguraban que había abandonado o interrumpido el tratamiento; hasta ese punto la presencia de Ramón era indiferente. Pero para evaluar el tratamiento que se le debía prescribir era necesario un estudio que únicamente se hacía en un laboratorio ubicado en el centro de la ciudad de Buenos Aires. A partir de allí el médico sostuvo un diálogo con Ramón en el que indagó sobre sus posibilidades materiales y simbólicas para trasladarse hasta la Capital para hacerse ese estudio; ello los llevó a conversar, por ejemplo, sobre aspectos de la vida laboral de Ramón.

Con esto quiero recuperar la complejidad de las interacciones y los procesos que han sido captados con el trabajo

etnográfico y evitar la simplificación o cierta caricaturización de los roles de los profesionales. Mi interés está puesto en analizar el proceso de especialización, de diferenciación de actividades implicadas en la atención, que fue acompañando los cambios de la respuesta a la epidemia, sin que ello eclipse la complejidad de los recorridos que hacen las personas que se atienden por VIH en este hospital.

Esta especialización de las prácticas, la división técnica del trabajo y la segregación de espacios, finalmente adoptaron la forma que encontramos al momento de realizar el trabajo de campo en el hospital, enmarcadas en el desarrollo del mencionado proyecto de adherencia financiado por el Fondo Global. Como señalé al comienzo del apartado, el objetivo general del proyecto era “desarrollar un abordaje interdisciplinario de la adherencia”. Así, mientras las tareas se especializaban, lo que se proponía para integrar las actividades era el “abordaje interdisciplinario”. Ahora, entonces, resta identificar las tareas que las trabajadoras sociales del hospital realizaban en esta nueva organización de la atención y analizar su participación en este “equipo interdisciplinario” promovido por el proyecto.

Capítulo 4

El trabajo social en la atención hospitalaria del VIH-Sida

El servicio y las trayectorias de las trabajadoras sociales

En el momento de inicio de esta investigación, el Servicio Social contaba con seis trabajadoras sociales nombradas. Sin embargo, a los pocos meses de comenzar el trabajo de campo, Luisa, la jefa del servicio, se jubiló y no se incorporó a nadie para cubrir el cargo vacante. Luisa se desempeñó como jefa del servicio hasta 2008 y, tras su retiro, Mariana, la trabajadora social con mayor antigüedad en el servicio, ocupó la jefatura en forma interina. De modo que durante gran parte del estudio fueron únicamente cinco las trabajadoras sociales del servicio: Mariana, Rosa, María, Lucía y Sandra. A este grupo de profesionales podríamos sumar a Mabel, la trabajadora social asignada al consultorio de TBC, quien trabajaba a diario con sus colegas del Servicio Social.

El hospital dispone de un Servicio Social desde su inauguración en 1983. Durante los primeros tres años sólo estuvo nombrada Luisa y entre 1986 y 1989, se fueron incorporando gradualmente Mariana, Rosa y María, en ese orden. Durante los primeros quince años del hospital, el servicio estuvo conformado únicamente por estas cuatro profesionales.

Las restantes trabajadoras sociales fueron incorporándose desde otros servicios del hospital. En términos generales, el servicio siempre contó con muy poco personal. Si tenemos en cuenta las dimensiones del hospital, la enorme demanda que recibe y la escasa disponibilidad de recursos sanitarios en la zona puede juzgarse como ciertamente insuficiente la cantidad de trabajadores sociales destinados al servicio. Recordemos que se trata de uno de los pocos hospitales públicos del municipio y que la población de este partido es mucho mayor que la de cualquier otro del GBA. La primera jefa del servicio nos explicaba que:

el plantel era para muchos más, pero como no se fueron cubriendo los cargos esos cargos salieron para los médicos [...] *en realidad el plantel era de catorce trabajadoras sociales* pero nunca las hubo en este hospital. [Luisa, trabajadora social]

Además de las trabajadoras sociales, el servicio contaba con una empleada administrativa, Mirta o “Tita”, como la llamaban cariñosamente las trabajadoras sociales. Cuando me presentaron a Tita me dijeron que era la secretaria. Ella solía colaborar llevando y trayendo documentación de las diferentes áreas del hospital, buscando insumos de librería, haciendo el té, etcétera. Muchas veces la vi recibir a las personas que golpeaban la puerta del servicio y atender sus demandas o consultas, en general con la supervisión de alguna de las trabajadoras sociales.

Las trayectorias de instrucción formal y de ejercicio profesional de estas trabajadoras sociales reflejan variados recorridos formativos y diferentes orientaciones sobre el ejercicio profesional. Luisa, por ejemplo, estudió durante la década del sesenta en la Escuela de Visitadoras de Higiene Social y Enfermería de la Universidad Nacional de La Plata.

Para 1960 hacía poco que esa carrera había dejado de depender formalmente de la carrera de Medicina y otorgaba el título de Visitadora de Salud Pública.¹ Luisa, además de ejercer la jefatura, nos había dicho que “hacía la parte de tuberculosis”. Como Luisa dejó de trabajar unos meses después de que iniciamos la investigación, sólo accedí a conocer el tipo de actividades que hacía en “la parte de tuberculosis” por el comentario de sus colegas. Al parecer se trataba básicamente de controlar el seguimiento de los tratamientos y de asegurarse que todo el grupo de personas que compartían la vivienda con un afectado se realizaran estudios diagnósticos, lo que llaman “el catastro”. Luisa otorgaba también la constancia de alta de tratamiento para que los niños en edad escolar pudieran retomar sus actividades en las escuelas.

En contraste con esta forma de intervenir en la atención a las personas con TBC, Mabi, la trabajadora social del consultorio especializado a cargo de la Dra. Salinas, planteó que en ese espacio la participación de la trabajadora social estaba más bien orientada a facilitar el acceso a la consulta, al tratamiento y a recuperar aspectos de la biografía de las personas en la atención médica. En el consultorio de TBC, Mabi realizaba tareas que iban desde la dispensa de la medicación en una suerte de tratamiento directamente observado semanal o mensual —según evaluara ella en cada caso—, participaba en la atención junto con los médicos, promovía espacios de encuentro para personas en tratamiento, citaba a quienes abandonaban y evaluaba a quienes pudieron estar expuestos a la infección para ofrecerles el

1 Después del dictado de la norma que establece las incumbencias profesionales (1983), todos estos títulos y denominaciones se homologaron y se establecieron los contenidos suplementarios para acceder al grado de Licenciado/a en Trabajo Social. Las diferentes instituciones organizaron estos trayectos profesionales/académicos de maneras diferentes; algunas instituciones terciarias por ejemplo establecieron acuerdos con universidades para completar el ciclo.

estudio diagnóstico. Mabi también atendía la demanda de sus pacientes en relación con aspectos de su vida cotidiana como por ejemplo situaciones de violencia de género, problemas habitacionales, de alimentación o vinculares, entre otros. Según declaraba, la construcción de un buen vínculo con los pacientes del consultorio era la intervención más adecuada para promover la “adherencia”. Además de los talleres o espacios de encuentro para personas en tratamiento, la Dra. Salinas junto con Mabi y las psicólogas del equipo de VIH coordinaban un taller literario en el hospital.²

Aun sin conocer en profundidad el trabajo que hacía Luisa, el abordaje que proponía parece haber estado más ligado al control y monitoreo del cumplimiento por parte de los pacientes de las indicaciones médicas, que la propuesta de Mabi, interesada en relevar algunos aspectos de la vida de las personas con esta infección con el propósito de evaluar las dificultades en la continuidad del tratamiento.

El control de las enfermedades infecciosas ha sido una de las tareas asignadas tempranamente a los trabajadores sociales. En efecto, el seguimiento de los tratamientos y la promoción del diagnóstico de “enfermedades infecto-contagiosas” han sido uno de los primeros campos de intervención de las visitadoras de higiene y uno de los primeros propósitos por los que los médicos higienistas de comienzos del siglo XX crearon las escuelas. Cabe recuperar aquí las palabras de Manuel Carbonell en relación con el objetivo de la formación de esta Visitadoras de Higiene: “prevenir el contagio, facilitar la marcha inteligente del tratamiento, señalar las enfermedades latentes o descuidadas, enseñar el orden, la limpieza, la higiene, la economía doméstica” (Carbonell, 1924, citado en Alayón, 2007: 111). Como ya hemos visto, este rol del trabajador social como auxiliar del

2 Esta experiencia fue analizada por Nélida Barber en su tesis doctoral (Barber, 2015).

médico orientado a velar por el cumplimiento de sus indicaciones ha sido largamente cuestionado por los representantes del trabajo social reconceptualizado en su referencia a las prácticas tradicionales.

Como en otras áreas de acción de las profesionales del servicio, se pone aquí en evidencia la “convivencia” en la práctica cotidiana de tareas que pueden vincularse con el “trabajo social tradicional” y otras asociadas a abordajes más críticos. Sin embargo, esto no supone que cada una de ellas pueda ser vinculada mecánicamente con una perspectiva u otra (tradicional, crítica, reconceptualizada, etcétera), ni siquiera las prácticas concretas podrían ser así tipificadas si no es omitiendo la complejidad que encierran. Las tradiciones suelen invocarse al momento de fundamentar alguna intervención o de rechazar alguna tarea aunque en todos casos los argumentos subrayan el carácter profesional de la práctica.

Así entonces, hacer “el catastro” y supervisar que el tratamiento médico haya sido completado o promover vínculos interpersonales y orientar intervenciones tendientes a mejorar el acceso al sistema de salud, pueden ser todas ellas prácticas profesionales adecuadas para la intervención en la atención hospitalaria de la TBC. En el mismo sentido, algunas trabajadoras sociales pueden negarse a citar a los pacientes que no concurren a la consulta médica como producto del rechazo a colocarse en el rol de auxiliares de la medicina, mientras que para otra ésta puede ser una de las actividades más valoradas de su ejercicio profesional. Me parece sumamente interesante que estas diferentes modalidades del ejercicio profesional, variadas tradiciones y perspectivas teóricas que en la literatura parecen irreconciliablemente enfrentadas, se articulen en la práctica cotidiana de estas cinco trabajadoras sociales.

Mabi tenía una trayectoria profesional muy diferente a la de Luisa. Ambas habían ingresado al hospital al año

siguiente de su inauguración (1984), pero Mabi lo había hecho como auxiliar de enfermería. Ella nos explicó que estudió enfermería siendo adolescente para que sus padres “se queden tranquilos porque había dejado de estudiar”. Al finalizar el curso, todos sus compañeros se habían anotado en el hospital que estaba incorporando enfermeros y ella lo hizo también sin mucha expectativa. Ingresó a trabajar al hospital con apenas 18 años al área de inmunizaciones y así se vinculó con el consultorio de TBC que había organizado la Dra. Salinas después de la experiencia del consultorio de ITS que había promovido con el Dr. Felipe Gómez. Mientras trabajaba en el hospital, Mabi no sólo completó sus estudios secundarios sino que también realizó la carrera de Trabajo Social en una universidad nacional. El trabajo en el hospital, la relación con la Dra. Salinas y su participación en el equipo de trabajo de TBC, además de la posibilidad de terminar el secundario en el mismo hospital,³ transformaron significativamente su experiencia y su horizonte profesional. Una vez que se graduó como trabajadora social gestionó la autorización de la Dirección del hospital para desempeñarse como trabajadora social en el consultorio de TBC. Sin embargo su cargo continuó siendo el de auxiliar de enfermería.

La trayectoria de Mabi compartía así parte de la experiencia que narrara Sandra, la trabajadora social del consultorio de infectología, en relación con su vinculación con esos “médicos atípicos” formados en infectología. Mabi, al igual que otras trabajadoras sociales del Servicio Social, participó del “equipo interdisciplinario de trabajo en

3 En el hospital funciona un CEBA (Centros Experimentales de Bachillerato para Adultos) con orientación en Salud desde el año 1988. Estos bachilleratos para adultos estuvieron orientados en principio a los trabajadores de la salud, pero con el tiempo se transformaron en espacios formativos para adultos en general más allá de su condición de trabajador del sistema público de salud.

adherencia” financiado por el Fondo Global. Su participación en el mismo siempre me fue referida como la de quien “se ocupa de los co-infectados”. En verdad el trabajo habitual de Mabi no parece haberse modificado con su incorporación a ese espacio ya que ella siguió trabajando desde el consultorio de TBC, acompañando a las personas en el sostenimiento de sus tratamientos y ofreciéndoles el testeo de VIH. Sobre la oferta de testeo de VIH, Mabi nos comentó que la pericia consistía en elegir el momento para hacerlo, por ejemplo, cuando ya no se veía a las personas tan afectadas por la noticia del diagnóstico de infección por TBC.⁴ Mabi intercambiaba cotidianamente información con sus colegas del Servicio Social acerca de la situación de las personas en tratamiento o diagnóstico; de hecho la conocí en la oficina del Servicio Social.

Mariana y Rosa tenían una trayectoria bastante similar. Mariana ingresó al servicio en 1985 y tres años más tarde lo hizo Rosa. Cuando iniciamos la investigación, ambas integraban el “equipo de adherencia” del consultorio de infectología creado con “el proyecto del Fondo Global”.⁵ Llevaban muchos años trabajando juntas, se habían graduado con el título de asistentes sociales de una institución terciaria religiosa de la zona y completaron la formación universitaria en 2006 y 2009, respectivamente, en una universidad privada merced a becas del Centro Internacional Fogarty de Estados Unidos.⁶ El acceso a estas becas fue

4 La tuberculosis es considerada una infección oportunista del VIH y marcadora de Sida, por esa razón se recomienda la oferta de testeo para VIH a quien la contrajeron.

5 El proyecto financiado por Fondo Global orientado a mejorar la adherencia a los tratamientos ARV era habitualmente referido de ese modo o como “el proyecto de adherencia”.

6 El Centro Internacional Fogarty es parte del Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos. Esta institución se orienta a financiar investigaciones médicas y a capacitar investigadores en estas áreas de estudio en Estados Unidos o en países “en desarrollo” [<http://www.fic.nih.gov>]. Hace varios años desarrolla una línea de trabajo en VIH-Sida. De hecho la inclusión del hospital en el

posibilitado por su participación en una investigación sobre transmisión vertical del virus realizada en el hospital aproximadamente entre 2000 y 2007. Se trató de un estudio internacional que solía ser mencionado como “la investigación NISDI”.⁷ Consistía en una investigación sobre los niños expuestos intrauterinamente a la infección por VIH de la que participaron varios países de la región durante un período de cinco años. De esta investigación internacional participaron médicos infectólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras y estas dos trabajadoras sociales. El diseño se corresponde con las habituales investigaciones *offshore* que realizan los laboratorios a través de las CRO (Contract Research Organizations) en diferentes regiones del mundo (Petryna, 2007; Petryna *et al.*, 2006).

Esta participación inicial marcó sus trayectorias profesionales ya que no sólo obtuvieron becas del Centro Internacional Fogarty para completar sus estudios universitarios, sino que también realizaron otros cursos de capacitación e integraron los equipos de otros “proyectos” que se desarrollaron en el hospital. Por este camino, Mariana y Rosa fueron perfilando sus especialidades: la primera en niños expuestos o infectados con VIH y/o sífilis y la segunda en cuestiones de género.

Está claro entonces que la particular organización de la atención del VIH-Sida en el hospital —en un primer

proyecto NISDI posiblemente estuvo mediada por un médico del hospital que integraba el equipo de investigadores del Centro Fogarty.

- 7 NISDI son las siglas de la institución. El estudio se denominó *Pediatric and PLACES protocols: A prospective, observational study of HIV-exposed and HIV-infected children at clinical sites in Latin America and the Caribbean*. Se desarrolló en 17 países de América Latina y el Caribe (entre ellos Argentina) y fue coordinado y financiado por una institución médica norteamericana: National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Este, como otros estudios similares desarrollados en esta zona, se mediatizaban a través de un área de esta institución que se denomina “Iniciativa internacional para sitios en desarrollo” cuyas siglas en inglés componen NISDI (NICHD International Site Development Initiative).

momento a partir de la figura de los médicos “atípicos” y luego con la fuerte presencia de fondos internacionales— ha intervenido en las trayectorias de las trabajadoras sociales de este servicio. En el momento del desarrollo de mi investigación, cuatro trabajadoras sociales estaban o habían estado vinculadas al trabajo del consultorio de infectología, ya sea porque se desempeñaron allí o porque integraron algún “proyecto”. Dada la cantidad total de trabajadoras sociales con las que contaba el hospital, el número resultaba significativo.

María, aquella trabajadora social que presenté en la introducción y que integraba el comité de bioética, fue una de las últimas en incorporarse al plantel. Muchos años más tarde se incorporaron al servicio Lucía (1998) y Sandra al finalizar su rotación.

A diferencia de las otras tres profesionales que estaban nombradas en ese momento, ella llegó al hospital cuando fue reasignada desde una unidad sanitaria. María había estudiado en una universidad privada por lo que durante varios años fue la única que tenía el grado universitario con el título de licenciada en trabajo social y por mucho tiempo también fue la única con experiencia laboral en el primer nivel de atención. Durante la entrevista María subrayó como parte de su trayectoria formativa la experiencia en la pastoral de la comunidad católica de su localidad y vinculó la elección de esta carrera con lo que ella llamó la “vocación de servicio”, “vocación para servir a las personas”:

bueno siempre yo hice trabajo por vocación de servicio en Catán porque yo soy de González Catán [...] siempre hice un trabajo con vocación de servicio en las instituciones de barrio de Catán. Así que ya con mi familia [...] nos hicimos con esa vocación todos, mi mamá tesorera de Cáritas y nosotras bueno mi

hermana y yo trabajamos siempre en colaborando con todas las instituciones del barrio, y ahí bueno después trabajé en la fundación del Padre Mario [...] y el Padre Mario bueno fue el que creó la unidad sanitaria en un convenio con la provincia. [María, trabajadora social]

La incorporación de María al trabajo en salud fue entonces a partir de una organización religiosa y vinculada a la práctica pastoral. Su recorrido profesional se diferenciaba del resto y según su propia interpretación le resultó costoso integrarse al incipiente equipo que se había armado en el hospital a causa de sus diferentes orígenes sociales:

la verdad que pagás el derecho de piso de ser nueva y cuando te encontrás con personas que son amigas desde la infancia, que son como hermanadas [...] eran todas de Ramos Mejía y yo era de... —a mí me decían “venís del culo del mundo”— y yo de Catán. [María, trabajadora social]

Además de estas relaciones personales y la referencia indirecta a la pertenencia de clase —Ramos Mejía en contraposición a González Catán— otro aspecto que parecía distanciar a María del resto de sus compañeras era la referencia permanente y explícita a su fe cristiana. María solía emitir valoraciones u opiniones fundadas en su creencia religiosa, incluso en intervenciones profesionales. Las otras trabajadoras sociales nunca explicitaron ante mí ninguna crítica al respecto, pero podía notarse la incomodidad que generaba entre ellas el hecho de que fundara alguna opinión o intervención en esos valores. Esta disconformidad no parece vinculada al hecho de compartir o no la fe; de hecho Rosa y Mariana se habían formado en una institución católica y Lucía trabajaba por la tarde en la Fundación

del Padre Mario. Entiendo que la incomodidad frente a la explícita posición religiosa de María se debía a que evocaba una cualidad que alejaba estas prácticas de su carácter profesional.⁸ María me explicaba que “acá somos pocas pero somos muy distintas, *tenemos distintas religiones* y distintas [...] pensamos, tenemos criterios distintos”.

La especialización

Ha de destacarse el valor atribuido a la especialización entre estas trabajadoras sociales, que excede la atención del VIH y se asocia a un fortalecimiento del carácter profesional de sus prácticas. En general todas las trabajadoras sociales del servicio se presentaron como especialistas y de hecho la división de tareas en el servicio respondía a esas especializaciones. Rosa, especializada en género y VIH, se ocupaba del Servicio de Obstetricia; Mariana tenía a su cargo la sala de neonatología y se había especializado en la atención del VIH en el Hospital de Pediatría Garrahan. Por su parte, Lucía me explicó que se había especializado en la atención de adultos mayores y por eso se ocupaba de los pacientes de la sala social (estrictamente la sala era administrada por el voluntariado de Cáritas, pero Lucía era quien se encargaba del “seguimiento de esos casos”). María desde el año 2000 se ocupaba de la sala de pediatría aunque ella reclamaba que no se le reconocían sus especializaciones. Por último, como veremos, Sandra, que tenía una larga trayectoria en la atención del VIH, había acordado hacer una tarea que aparentemente no requiere especialización y según las

8 Mantener alejado el ejercicio del trabajador social de prácticas como la filantropía o la beneficencia aparecen como una alerta permanente tanto en la literatura específica producida por los trabajadores sociales como en su práctica cotidiana.

trabajadoras sociales está casi al límite del ejercicio profesional: atender la demanda espontánea. Si a esta división de tareas, fundada en la especialización profesional de cada una, le superponemos la división entre especialidades médicas y servicios que el Servicio Social respeta para organizar su trabajo, la ya habitual fragmentación de la atención se acentúa o, al menos, es adoptada acríticamente.

En virtud de esta división interna del trabajo, por ejemplo, era habitual que Mariana entrevistara a las mujeres seropositivas o con diagnóstico de sífilis que recientemente habían parido en el hospital con el propósito de asesorarlas, darles turnos para los controles del niño y tomar algunos datos. Cuando no traían a los niños al control, ella los visitaba en sus domicilios o los citaba telefónicamente. En una oportunidad que acompañaba a Mariana por los pasillos de obstetricia le pregunté por la división de tareas entre ella y Rosa —ya que esta última se encargaba de obstetricia— y su respuesta fue elocuente:

En el camino le pregunté a Mariana cómo hacían con Rosa para atender a los pacientes, porque si una atiende obstetricia y la otra neonatología de última las dos trabajan con la misma mujer. Mariana dudó un poco al responder y dijo *“bueno, es que para mí es el bebé”*. [Registro de Campo, 29/10/2008]

Esta división de tareas entre áreas médicas de incumbencia del trabajo social impactaba en el abordaje de los “casos sociales”. Así también, por ejemplo, una mañana me enteré de que estaba internado en la sala social un hombre que había conocido su diagnóstico muy recientemente a raíz de una internación por una seria afección respiratoria. En el marco de esa internación Roberto supo que estaba infectado con VIH y que tenía TBC y, como estaba viviendo

en la calle y su salud estaba muy frágil, se quedó en la sala social hasta encontrar dónde vivir o al menos completar su tratamiento de TBC. Roberto era un “caso social” de los que se ocupaba Lucía, “adulto mayor en situación de calle”, pero también era “paciente de Mabi” en el consultorio de TBC y, en el marco del trabajo de adherencia a los tratamientos ARV, también era un paciente de las psicólogas del equipo interdisciplinario. Este ejemplo puede ilustrar la fragmentación de la organización de la atención en el Servicio Social. Todas las trabajadoras sociales reconocían la necesidad de articular sus intervenciones e integrar equipos inter/multi disciplinarios para subsanar la fragmentación, sin embargo, la reproducían en la organización del trabajo del servicio con aparente naturalidad.

Lucía y Sandra fueron las últimas trabajadoras sociales en incorporarse al servicio. Como conté largamente en el capítulo anterior, Sandra se incorporó al consultorio de infectología en el año 1992 y es la única que ingresó al servicio con una formación específica en salud, cuya “especialización” en VIH fue previa a los “proyectos” y a la disponibilidad de instancias formales. Entre 1992 y 2006 trabajó en el consultorio de infectología y en 2007 se incorporó al Servicio Social del hospital.

Lucía se integró al servicio en 1998 pero ella trabajaba en el hospital desde 1983. Tenía un nombramiento como auxiliar de enfermería y se desempeñó en varios servicios médicos. Ella explicaba que “ya grande” decidió completar sus estudios secundarios como una forma de saldar cuestiones que le habían quedado pendientes. Una vez que completó el secundario se anotó junto a su hija en la carrera de Trabajo Social en una universidad pública. Madre e hija hicieron juntas la carrera y se recibieron el mismo día, nos contó Lucía con mucho orgullo. Una vez graduada, realizó la gestión para que le reconocieran el ascenso a un cargo

profesional y le otorgaran un nombramiento como trabajadora social. Es merced a esa gestión que ingresó al Servicio Social del hospital. Lucía tenía a su cargo la “sala social” y se había especializado en “adultos mayores”:

acá en el Servicio Social, mi especialidad, para decirlo de alguna forma no solamente por estar en el hospital sino también porque por ahí lo hacía afuera es trabajar con adultos [...] yo también estaba integrando la red de la tercera edad de La Matanza trabajando con adultos mayores. [Lucía, trabajadora social]

Como señalé, la especialización en un área suponía el reconocimiento de las colegas y de otros profesionales del hospital, pero también establecía los límites del trabajo a realizar. En el caso de Lucía esto resultó muy claro. Como ya dije, Mariana se ocupaba de la sala de neonatología, Rosa de obstetricia y María de pediatría. En esta división por especialidades médicas, a Lucía le quedaban todas las salas restantes y los consultorios externos. Tal como explicaba, la principal demanda que atendía provenía de la sala de clínica médica, de “derivaciones” de personas mayores que no tenían cuidadores ni quien les asistiera en ocasión del alta. Durante la internación, las voluntarias hospitalarias de Cáritas asistían a estas personas y conseguían donaciones de pañales, ropa, ropa de cama, abrigo, entre otros insumos necesarios que el hospital no provee. La tarea de Lucía era la de contactar a algún familiar que pudiera responsabilizarse del cuidado de la persona, gestionarles pensiones, DNI, una vacante en un geriátrico, etc.

Su especialización en adultos mayores en algún sentido le permitía circunscribir la cantidad de trabajo que cotidianamente realizaba en el hospital frente al gran número de sectores a los que estaba asignada. Así, en general, las

trabajadoras sociales del hospital se concentraban en algunas actividades en desmedro de otras en función de sus especialidades. La especialización de algún modo les confería autonomía frente a las tareas impuestas, las derivaciones, las demandas de los servicios médicos e incluso de los propios usuarios del sistema de salud (a través de la denominada demanda espontánea).

“Lo administrativo” y “lo profesional”

En ese esfuerzo por establecer los límites del ejercicio profesional, algunas prácticas se rechazaban en virtud de ser consideradas tareas “administrativas”. Un aspecto destacado de esta diferenciación es que una misma práctica podía ser asumida como una intervención profesional o como una tarea meramente administrativa, y —como veremos— esto parecía estar asociado al grado de imposición y a quién/es da/daban la indicación de realizarla.

En la visión de Luisa:

nosotros no citamos ningún paciente que no sea NUESTRO. ¿Eh? *no somos correo del hospital*. No sabés lo que costó que entiendan eso, entonces nosotros, por ejemplo en clínica médica no le viene un paciente al médico... bueno, que sea el administrativo, el mismo médico... que vaya y haga una carta que llene un formulario ¿viste? y que cite al paciente a través de la mesa de entrada. Nosotros solamente hacemos seguimiento a *nuestros pacientes* [...] citamos a *nuestros pacientes*, no a los demás. Porque, si no, tendríamos que estar... necesitaríamos... [...] *tras que estamos poco consideradas... ¿Te imaginás?* Seríamos las administrativas de lujo del hospital. [Luisa, trabajadora social]

Luisa explica aquí cuán dificultoso era “que entiendan” que el Servicio Social no es “el correo del hospital” y con ello refiere a la constante disputa con los servicios médicos para evitar ser colocadas en el lugar de sus auxiliares. No ser “el correo del hospital” suponía no citar pacientes en función de los pedidos puntuales de los servicios médicos, pero ello no implicaba que el Servicio Social no citara a “sus” pacientes en el contexto de su trabajo en las distintas “salas”. De hecho una de las tareas que Mariana realizaba habitualmente en el marco de su actividad en el Servicio de Neonatología era, en sus términos, “ir a buscar a los chiquitos que *se nos* pierden”. Se trataba de una práctica muy valorada, que suponía citar por teléfono o ir a buscar a las casas a los niños expuestos a una infección que no concurrían a la consulta médica con la periodicidad esperada. Para Mariana, esta tarea, lejos de ser una cuestión “administrativa”, era una intervención significativa en el marco del “seguimiento de casos” y, como se verá más adelante, de su participación en protocolos de investigación.

Esta tensión entre “lo administrativo” y “lo profesional” puede ilustrarse con la cuestión referida a la gestión de los expedientes para obtener prótesis ortopédicas. Ha de tomarse acá en consideración la complejidad que supone el trámite, la necesidad y las dificultades de acceso para las personas afectadas. Mientras Luisa estuvo a cargo, esa gestión la realizó el Servicio Social pero, luego de su jubilación, se dejó de realizar con el argumento de que se trataba de una tarea meramente administrativa. Este ejemplo permite señalar que ninguna actividad puede *per se* ser rotulada de un modo u otro y que prácticamente todas las tareas que desarrollan las trabajadoras sociales pueden ser eventualmente sometidas a este escrutinio: ¿se trata de prácticas profesionales o de meras cuestiones administrativas?

Recordemos en este punto cómo Sandra, luego de haber llevado a cabo durante años esa suerte de atención conjunta

en el consultorio de infectología, rechazó aquellas tareas que la colocaron, a partir de determinado momento, en el lugar que ella entendía como de “secretaria” del médico: “hacé la fotocopia, la estadística, el turno”. Un conjunto de indicaciones que la alejaban de la experticia adquirida y sobre las que no podía ejercer ningún grado de autonomía.

Así, en la visión de estas trabajadoras sociales, las tareas administrativas se presentaron como acciones rutinarias, impuestas por una “autoridad” y sobre las que las trabajadoras sociales tenían poco margen de creatividad o autonomía en la ejecución.

Más allá de las diferencias respecto de las valoraciones de una u otra práctica, todas las trabajadoras sociales coincidieron en señalar que la atención de la “demanda espontánea” era una tarea “administrativa”. Al caracterizarla de este modo la distinguían de la tarea de “seguimiento” que habitualmente se hacía en las salas:

la demanda espontánea es *mucho trabajo administrativo*, o sea, le *hacemos la encuesta*, vemos que tenga todos los requisitos y... (se le da después) a la persona o al hospital, depende si está internado o no. *Después el trabajo más de seguimiento lo (es lo que uno lo hace) en la sala.*
[Mariana, trabajadora social]

La poca valoración de esta práctica se vio incluso reflejada en la sorpresa que generó entre las trabajadoras sociales el hecho de que yo quisiera permanecer en la oficina del Servicio Social para registrar esa tarea.

Uno de los motivos más frecuentes de “demanda espontánea” era la solicitud de realización de la Encuesta Social Única (ESU). Esta encuesta es requerida para numerosos trámites en salud y en otras instancias institucionales, suele utilizarse como forma de certificar que las personas

no cuentan con otra cobertura de salud que el sistema público y debe ser administrada por un trabajador social matriculado.

Más adelante me detendré a analizar más ampliamente el espacio de atención de la “demanda espontánea”.⁹ Por ahora, vale la pena identificar aquellas cualidades que, a juicio de estas profesionales, hacían de esta tarea un “trabajo administrativo”. En primer lugar y como ya se dijo, a diferencia de la división de áreas y especialización de las trabajadoras sociales, la atención de las demandas de las personas que llegaban al Servicio Social sin turno asignado parecía no requerir de ningún tipo de formación específica.

En segundo lugar, la “demanda espontánea” era experimentada como el resultado de la imposición de un procedimiento proveniente de distintas instituciones (el hospital, el juzgado, los ministerios locales o nacionales, entre otras) que ubicaba la intervención de las trabajadoras sociales como agentes administrativos orientados a la ejecución o aplicación rutinaria de normas, más allá de cualquier tipo de criterio o evaluación singular (personal o profesional). En este punto resulta iluminadora la noción weberiana de burocracia y sus cualidades de “precisión, velocidad, certidumbre, conocimiento de los archivos, continuidad, discreción, subordinación estricta, reducción de desacuerdos y de costos materiales y personales” (Weber, 2000: 47-48). Es así entonces que la aplicación de un formulario escrito (Encuesta Social Única) diseñado por un programa o ministerio, o la organización de la documentación requerida por otras dependencias del hospital, podían ser entendidas como tareas administrativas, una parte de procesos de gestión mayores ordenados jerárquicamente en diferentes

9 Además de la ESU, las personas también concurrían al Servicio Social sin turno o cita previa por otros motivos, entre ellos el hacerse un test de VIH, como se verá más adelante.

secciones (oficinas), una de las cuales era el Servicio Social (Weber, 2000).

Al respecto de la “demanda espontánea”, Sandra me dijo:

aunque no sea para lo que uno estudió y lo que uno discutió en la universidad, ni para lo que cree que está formado, hay que atenderla porque es lo que la gente... si te demanda eso es porque eso es lo que necesita. [Sandra, trabajadora social].

Desde que se incorporó al Servicio Social, después de haber dejado su trabajo en infectología, Sandra se ocupaba a diario de atender la “demanda espontánea”. Ella había hecho este acuerdo con la jefa del servicio en función de que era una de las tareas que menos interés generaba en las colegas y porque ella estaba “en crisis con la profesión”. De ese modo había elegido la práctica más alejada del ejercicio profesional y que a su juicio no la interpelaría tanto en ese momento de crisis.

Una actividad que se desarrollaba habitualmente en este espacio de atención era la de revisar y organizar la documentación que las personas traían; con ello también se les organizaban algunos recorridos, como se verá más adelante. En el marco de la entrevista con Sandra me referí a esta tarea como “asesoramiento” y ella me hizo la siguiente observación:

Más que asesoramiento a veces también recibe: “usted me trae esto y esto y esto porque si no yo se lo...” es como instancia que una digamos [...] [que] controla que los papeles... [...] Y a veces uno cae en ese papel también [...], a veces sin darte cuenta, porque esto es toda una maquinaria ¿viste? Vos después de veinte años sos un engranaje más de sello, firmo, paso, ta ta [...]. [Sandra, trabajadora social]

La metáfora del engranaje abona la misma idea de que la tarea del trabajador social —o al menos esta tarea— es la de intervenir en una parte de un procedimiento administrativo diseñado por la “autoridad burocrática”. También señala la centralidad del documento escrito y la organización en secuencias administrativas. En ese sentido vuelve a evocar algunas de las características de la burocracia —en términos de Weber— como el principio de jerarquía de cargos y distintos niveles de autoridad que implica “un sistema de sobre y subordinación férreamente organizado, donde los funcionarios superiores controlan a los funcionarios inferiores” (Weber, 2000: 5).

En ese punto, la tarea que las trabajadoras sociales llaman administrativa es aquella sobre la que no toman decisiones autónomas (son engranajes de una máquina) y en las que forman parte de programas más amplios diseñados por jerarquías superiores y además no requieren experticia profesional. Como señalé ampliamente, éste es uno de los tópicos que suele debatirse en los espacios profesionales. Una de las rupturas con el trabajo social “tradicional” es precisamente el reconocimiento de los trabajadores sociales como agentes del cambio, productores de conocimiento, planificadores de políticas públicas entre otras incumbencias. El Movimiento de Reconceptualización marcó en ese sentido un punto de quiebre respecto del rol de asistentes, de meros ejecutores de programas estatales e instó a estos profesionales a un ejercicio autónomo de su profesión y consustanciado con la realidad social latinoamericana. Estas posiciones críticas o reflexivas del trabajo social las apartan de la imagen del funcionario que participa como agente neutral y como engranaje de una maquinaria estatal.

Más adelante describiré y analizaré algunas situaciones observadas en el espacio de la demanda espontánea en las que —a diferencia de lo planteado— pude reconocer la

experticia profesional puesta allí en juego por las trabajadoras sociales y la significación asignada a la consulta con “su trabajador social” por parte de las personas demandantes.

Sin embargo cabe destacarse que, pese a este cuestionamiento, durante mis observaciones en ese espacio reconocí numerosas intervenciones orientadas a atender la demanda de las personas en la que se ponían en juego, e incluso las personas demandaban, intervenciones específicas de “su trabajadora social”.

Los “ojos” del médico y “la visita”

Como hemos visto hasta acá, cuando las tareas eran identificadas como “administrativas” resultaban rechazadas de manera unívoca. Esta negativa a realizar tareas que entendían como desvinculadas de su especificidad profesional se sostenía además en el argumento del descrédito. Como lo explicaba Luisa, “tras que estamos poco consideradas... ¿Te imaginás? seríamos las administrativas de lujo del hospital”.

Así como “lo administrativo” las alejaba de su especificidad profesional, otras prácticas eran fuertemente valoradas y reivindicadas. Mariana nos explicó en la entrevista que a su juicio el rol de trabajador social en el hospital consistía en:

yo creo que el rol del trabajador social es de acompañamiento de la familia en el hospital; eh... y llevar al médico la realidad de esta familia, porque [...] siempre digo: desde el hospital las cosas se ven de una forma, cuando vas a las casas eh... Yo creo que el médico tiene que conocer la realidad de esta familia y es el trabajador social el que está capacitado y el que tiene las herramientas para poder transmitirle.
[Mariana, trabajadora social]

Pueden leerse aquí dos aspectos rescatados como propios de su desempeño profesional: por un lado, las acciones orientadas a facilitar el acceso a la atención —“acompañar a las familias en el hospital”— y, por el otro, las tareas que las llevaban a convertirse en una suerte de mediadoras/traductoras para que médico pudiera acceder a “la realidad” o tal vez a algunos aspectos de la vida cotidiana de sus pacientes. En este mismo sentido, otra de ellas explicaba en los siguientes términos la especificidad del trabajo social en el hospital:

el trabajador social es una de las pocas disciplinas que puede ver todo el contexto del sujeto. [...] No lo ve el médico; una vez la doctora [se refiere a una médica con la que trabajaba]... Yo te lo conté a vos ya en una oportunidad que yo iba a la casa de los pacientes y la doctora me dijo “Mabi ¿cómo huele el paciente?” me dijo “porque yo estoy acá, yo no puedo ver eso”. [Mabi, trabajadora social]

Estas definiciones del ejercicio profesional encierran el supuesto de que los médicos “no ven”, “no huelen”, no perciben “el contexto del sujeto”. Para ello se requiere de la experiencia del trabajador social; es este profesional el que puede llevar el barrio o la casa al consultorio, acercar “la realidad” o “el contexto” de las personas que se atienden en el hospital al médico. Es así que, frente a esta dificultad o ceguera de los médicos respecto de los espacios cotidianos de los pacientes, las trabajadoras sociales se vuelven sus sentidos.

Elas visitan las casas, caminan las calles de tierra¹⁰ y transmiten lo que allí se percibe para que el médico integre,

10 Mariana en la entrevista menciona que ella solía explicar a los médicos que la mayoría de los barrios tienen calles de tierra y que los días de lluvia son imposibles de transitar.

en su clave, esa información al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad. En ocasiones los datos que brindan cumplen la función de justificar/explicar el “incumplimiento” de las indicaciones del médico por parte de los pacientes. Así lo explicaba Mariana:

hay que transmitirles todo el tiempo a los médicos quiénes son en este hospital las madres. *Antes decían “caen dos gotas y la gente no viene”,* y me ha tocado ir [...] varios días después de una lluvia y volver embarrada hasta acá arriba. Por ahí hay gente que está a cinco seis cuadras de la parada del colectivo, *donde ¡REALMENTE NO PUEDE! El colectivo no entra. Entonces eso del día de lluvia* [...] acá como que ya los médicos saben, hay pacientes que los días de lluvia no van a venir porque no pueden llegar. [Mariana, trabajadora social]

Esta idea de ser los sentidos de otro profesional, nos remite a una expresión habitual en espacios judiciales respecto de que los trabajadores sociales son “los ojos de juez en el domicilio del causante”. Esta afirmación ancla en la tradición clásica del trabajo social, aún muy extendida. Al respecto, Alfredo Carballeda señala:

[...] desde esa perspectiva se registra para que ‘otros’ vean [...] En definitiva, implicaría estar registrando para un saber superior o para la Institución. Estas cuestiones podrían demostrar que, desde las modalidades clásicas de registro, el Trabajo Social, pocas veces escribe (registra) para el Trabajo Social. (Carballeda, 1999: ¶ 13)

De forma análoga a esta participación en espacios judiciales, las trabajadoras sociales del hospital utilizan sus sentidos, mediados por su experticia profesional, para brindar al médico información sobre aspectos cotidianos/domésticos de la vida de los pacientes que se atienden en el hospital, con la expectativa de que esa información sea integrada por el saber biomédico para la construcción de los casos clínicos, para orientar diagnósticos y cursos del tratamiento.

En este sentido cabe interrogarse respecto de esa “realidad de las familias” que Mariana insiste en transmitirle a los médicos: ¿cuáles son los aspectos de la vida cotidiana de quienes se atienden en el hospital que la trabajadora social espera integrar al proceso de atención?, ¿de qué manera esa información es reintegrada por el saber biomédico al proceso de atención? Si sólo se trata de ser los ojos del médico en el domicilio del paciente, pues en ese caso, tal como lo señala Carballeda, el trabajo social sólo releva datos de primera mano para que otros interpreten y los integren, en este caso, a la construcción del caso clínico. Sin embargo, no parece haber dudas entre las trabajadoras sociales del hospital respecto de que son ellas quienes cuentan con la experticia para indagar en la vida cotidiana de la personas y completar los sentidos que los médicos no tienen o no usan.

En concordancia con su planteo sobre el desempeño del trabajador social en el hospital, la “visita domiciliaria” fue una de las prácticas más valoradas por Mariana. Con esto se refería a concurrir a los domicilios de las personas con distintos propósitos. Las visitas domiciliarias podían ser necesarias para la elaboración de los denominados “informes socio-ambientales” que en algunas oportunidades se completaban con información que surgía de entrevistas en el hospital. También era una herramienta que Mariana utilizaba para “ir a buscar a los chiquitos que se nos pierden”. Cuando el Servicio de Neonatología, con el que trabajaba

regularmente, le hacía una derivación porque algún niño expuesto a VIH que se encontraba en proceso diagnóstico no había sido llevado a la consulta médica, Mariana llamaba o iba al domicilio para indagar acerca de las causas y buscar los medios para que el niño/a no abandonara el tratamiento. Asimismo los servicios médicos podían solicitar una derivación al Servicio Social cuando sospechaban que un niño no estaba recibiendo los cuidados requeridos. En esos casos Mariana podía realizar una visita domiciliaria y/o una entrevista con el objetivo de determinar si los derechos de ese niño estaban siendo vulnerados.

Tuvimos la oportunidad de acompañar a Mariana durante una de estas visitas. Fuimos a la casa de un bebé de pocos meses que estaba bajo tratamiento de profilaxis para VIH y que no había concurrido a la cita con el médico. Cuando Mariana consiguió encontrar el domicilio que buscaba la atendió la abuela del bebé. El niño y la madre no se encontraban allí así que le pidió a la abuela del niño que le avisara a su hija que tenía que llevar al bebé al hospital para el control.

La señora le dijo que su hija no estaba y que no vivía allí. [La trabajadora social] le explicó que era trabajadora social del hospital [XXX] y que necesitaba encontrarla porque no había llevado al bebé a los controles. La señora le dijo que su hija vivía en un barrio, del que le dio el nombre, pero que no sabía exactamente dónde quedaba porque nunca había ido. Le explicó que después de que murió la anterior pareja de su hija (el papá del otro nieto) la chica conoció a la actual pareja y se fueron a vivir allí, “Yo no me llevo con ése”. [La trabajadora social] le preguntó si ella la veía, la señora dijo que sí, que la chica solía ir a su casa. [La trabajadora social] le preguntó si le podía dejar “una notita”, la señora

acordó. Mientras escribía en un recetario, un texto que no pude leer, le explicaba a la señora que el bebé estaba tomando una medicación y que tenían que saber si la seguía tomando o no, que era muy importante que lo llevaran a controlar. [Registro de Campo, 5/12/07]

Pese a que esta práctica jamás fue asociada a una tarea “administrativa”, la “notita” que escribí en el recetario, frente al alambre tejido que bordeaba la casa de chapa y madera, podría perfectamente haber sido catalogada como tal, comunicar fehacientemente la citación, aunque en campo o terreno. Sin duda, más allá de esta única intervención que se hizo visible para mí, Mariana debe haber desplegado otro conjunto de intervenciones o evaluaciones profesionales que no compartió conmigo. Con esto no quiero abrir un juicio sobre la “visita domiciliaria”, sino más bien interrogarme respecto de la valoración que se le atribuye.

En ningún caso se expresaron dudas respecto de que la visita fuera una tarea específica del trabajo social. Ellas son las profesionales encargadas de incursionar en la vida doméstica de las personas, ese espacio del que la medicina se ha alejado con el proceso histórico de intermediación institucional y técnica de la atención (Armstrong, 1985).

La intervención de las trabajadoras sociales en los espacios domésticos ha sido analizada por Estela Grassi (1989) en un clásico trabajo en el que aplica una perspectiva de género al análisis de la profesión. Allí sostiene que lo que le otorga la especificidad al trabajo social es su *objeto de intervención*, que como argumenta la autora, es *la vida cotidiana de los pobres*. Grassi señala que es este objeto de intervención el que le confiere el carácter “femenino” a esta profesión:

en la mayoría de los casos son mujeres quienes ejecutan políticas dirigidas a la vida doméstica y cotidiana

de los pobres. [...] Estos agentes operan como correa transmisora de normas y valores dirigidos a mantener la cohesión de la familia popular dado un modelo elaborado de los sectores hegemónicos. (Grassi, 1989: 27)

Tras un exhaustivo recorrido histórico concluye que el carácter femenino de la profesión no refiere únicamente al hecho de que sean mayoritariamente mujeres quienes la ejercen sino también al objeto de intervención que le confiere su especificidad. Siguiendo este planteo no sorprende que el espacio doméstico sea un espacio reservado para la intervención de las trabajadoras sociales y que sea reconocido así tanto por los médicos que les “derivan pacientes” como por las propias trabajadoras sociales que se reconocen como las mejor capacitadas para “llevar la realidad de los pacientes al consultorio”.

A lo largo de este capítulo hemos recorrido las variadas trayectorias profesionales de estas trabajadoras sociales y los sentidos y valoraciones atribuidos al trabajo social hospitalario. Fue posible reconocer en sus planteos la convivencia, no siempre armónica, de diversas tradiciones o corrientes teóricas del trabajo social. Asimismo resultó significativa la fuerte valoración atribuida a la especialización en alguna problemática en particular. Algunas de estas especializaciones profesionales están fuertemente orientadas por el saber biomédico; es, por ejemplo, el caso de la más reciente especialización en VIH-Sida. El reconocimiento por parte de las colegas de la especialidad de cada una se ve reflejado en la organización misma del trabajo dentro del servicio. De este modo, vimos como la habitual fragmentación de la atención se veía profundizada o al menos aceptada acríticamente a partir una organización de la atención en el Servicio Social que, por un lado, reproducía la organización de los servicios médicos y, por otro, subdividía en

problemáticas o subconjuntos sociales específicos según sus especialidades.

En este marco se rescata que, pese a la permanente alerta para no ser colocadas en el lugar de auxiliares de la medicina (fundamentalmente rechazando las tareas que llaman administrativas), gran parte de las actividades y saberes específicos más valorados por ellas están siendo permanentemente modelados por el saber biomédico constituyéndose en “los sentidos del médico” y fortaleciendo una organización de la atención centrada en especialidades médicas.

Capítulo 5

El VIH-Sida: un cristal para analizar las prácticas del trabajo social hospitalario

El trabajo interdisciplinario

La participación en equipos de atención interdisciplinarios es una práctica reconocida y valorada dentro del campo profesional y específicamente en el ejercicio en instituciones de salud (Cazzaniga, 2008; Naranjo *et al.*, 2008; Morago, 2008; Commisso, 2007; Bertona y Nazer, 2008). En los numerosos trabajos que recuperan las experiencias de intervención del trabajo social en la atención de la salud se suele mencionar la formación o integración de trabajadores sociales en equipos interdisciplinarios. Asimismo, en muchos de estos estudios que sistematizan experiencias de intervención se suele incluir alguna reflexión acerca de la construcción del objeto de intervención o estudio (según el caso), aunque pocas veces esa mención se integra a la reflexión sobre la experiencia analizada.

La definición del *objeto de intervención* del trabajo social es uno de los tópicos sobre los que estos profesionales debaten a menudo, aludiendo a las diferentes tradiciones teóricas del campo profesional. La reflexión acerca del problema de la construcción del *objeto de intervención* en las experiencias de equipos interdisciplinarios orientados a la atención de

la salud suele estar entonces más bien centrada en debates internos del campo del trabajo social que entre las diferentes profesiones que integran el equipo. Al respecto Susana Cazzaniga sostiene:

Litros de tinta y kilos de papel se han usado desde el Trabajo Social para dar cuenta de este aspecto sin que podamos todavía hoy hablar de ciertos consensos. Desde la intervención en “el dolor humano” (tal la consideración que realiza el Dr. Germinal Rodríguez en un artículo de 1927 en el diario *La Nación* cuando fundamenta la necesidad de la creación de una escuela de Servicio Social en la Argentina), pasando por las necesidades sociales, los problemas sociales y hasta las clases oprimidas, la discusión además de haber sido planteada con insolencias teóricas como manifiestan algunos de estos breves ejemplos, ha quedado en enunciaciones generales. Es muy probable, sin restarle importancia al tema, que este verdadero desvelo (al igual que la cuestión del método) esté más ligado a esa preocupación por la científicidad heredada del pensamiento de la ciencia hegemónica, como mencionaba antes, que por identificar esa mirada particular que me permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes. De cualquier modo este “nudo” no es simple, ya que su ambigüedad trae aparejada esa especie de condición de “todólogos” que en la práctica cotidiana se transforma para los trabajadores sociales en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales. (Cazzaniga, 2008: 156-157)

La autora vincula esta característica del trabajo social a su origen profesional como técnico auxiliar orientado a dar

respuesta a las desigualdades surgidas de las relaciones de producción capitalistas y a la permanente vinculación del trabajo social con otros “mecanismos de reparación” de las desigualdades como lo son la beneficencia y la filantropía. Así también refiere que la feminización de esta profesión —atribuida a la asociación de la tarea del trabajador social a la buena voluntad, la ayuda desinteresada que se asocia a la construcción patriarcal de la mujer como sensible, abnegada y cuidadora de otros— “ha influido notoriamente en las prácticas profesionales y en particular cuando los trabajadores sociales integramos equipos de trabajo en las instituciones” (Cazzaniga, 2008: 159).

Para esta autora, como para otros trabajadores sociales, el problema central en la integración de estos espacios interdisciplinarios es el permanente esfuerzo puesto en ser reconocidos como profesionales por parte de los otros integrantes: médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etcétera. Este esfuerzo conduciría a la necesidad de definiciones sobre el *objeto* propio de intervención, esquivando las imposiciones de hacerse cargo de todas aquellas situaciones que los otros profesionales del hospital no reconocen como propias de su campo de intervención. Al respecto una trabajadora social que entrevisté en un hospital de CABA (Gagliolo, 2006) en el 2002 me decía: “en general yo no sé por qué todo lo que anda por el hospital lo mandan a Servicio Social ((risas))”, aludiendo a las derivaciones que realizan otras áreas o profesionales al Servicio Social con el único argumento de que se trata de situaciones que “los exceden”.

Ahora bien, más allá de los debates propios del trabajo social, la cuestión misma del abordaje interdisciplinario en salud suele basarse en algunos supuestos sobre los que vale la pena reflexionar y que se vinculan con el modelo de la “medicina biopsicosocial”. El concepto de medicina biopsicosocial

fue acuñado por el psiquiatra norteamericano George Engel hacia fines de la década de 1970 proponiendo un modelo de medicina que integraba tres dimensiones: biológica, psicológica/psiquiátrica y social. Al respecto de esta propuesta, David Armstrong realiza un interesante análisis en el que pone de manifiesto las tensiones teóricas que la misma encierra (Armstrong, 1987). El trabajo de Armstrong ilumina la manera en que el modelo integra y a la vez subordina las teorías sociales y de la psicología al abordaje biomédico de la enfermedad y la atención.

En primer lugar este estudio sitúa la producción de Engel en el marco de la respuesta a la crisis de la psiquiatría. Para la década de 1970, señala Armstrong, existía una disputa sobre los abordajes de los problemas de salud mental. Por un lado, los enfoques biomédicos —especialmente la neurología— reducían el padecimiento a una dimensión biológica; por otro lado se desarrollaban propuestas que definían a los padecimientos mentales dentro de la categoría de “problemas de la vida”. Estas últimas se apartaban tanto del abordaje biomédico de la enfermedad que la psiquiatría corría el riesgo de quedar fuera del campo de la biomedicina. En ese contexto George Engel postuló este “nuevo modelo médico” que se proponía integrar, dentro del campo de la medicina, los múltiples abordajes de los problemas de salud mental. La propuesta de una medicina biopsicosocial fue ampliamente aceptada y en muchos casos asociada a la idea de una atención humanizada.

La principal observación que Armstrong hace a este modelo refiere a la centralidad otorgada a la dimensión biológica y la disposición de los otros abordajes de manera subordinada a la lógica biomédica. Para Engel las dimensiones psicológicas y sociales ocupan un lugar auxiliar respecto de la biología. La medicina biopsicosocial asume a la enfermedad como un evento biológico, como una lesión en el cuerpo

que debe ser identificada y tratada. Es así que la propuesta biopsicosocial no propone otra forma de construcción del padecimiento sino más bien asume a la enfermedad como evento biológico al cual propone la integración/colaboración de otras dimensiones para diagnosticar y tratar oportunamente. No sorprende entonces encontrar que algunos equipos que proponen este tipo de abordaje se refieran a la intervención psicosocial como “la pata” social o la “parte” psicológica (Margulies, 2014).

La integración de las dimensiones psicosociales son señaladas por Engel con relación a algunos aspectos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Por un lado asume que los individuos que padecen son psicosocialmente variables de modo que la enfermedad tiene variabilidad en su expresión clínica. Queda claro que la variabilidad se reduce a la forma de ser expresada/referida por las personas, y en ese aspecto Engel considera importante la participación de otras disciplinas para aportar a comprender/descifrar el evento biológico de daño a la salud. En el mismo sentido, para acceder a un “diagnóstico correcto” el autor entiende que es necesario conocer los determinantes psicológicos, sociales y culturales de la enfermedad. Asimismo señala que existen aspectos psicosociales que pueden alterar el curso natural de la enfermedad. Esto supone una cierta interacción entre la vida singular del sujeto y la dimensión biológica como fenómeno universal. Las dimensiones psicosociales son también integradas con el objeto de evaluar si la persona está “verdaderamente” enferma o si se trata de problemas ajenos a la biología.

Su aporte supone tener en cuenta las dimensiones psicosociales en el proceso de diagnóstico —de algún modo para despejar aquello que es ajeno a la enfermedad pero que influye sobre ella—. Engel también señala la importancia de estas dimensiones durante el tratamiento de la enfermedad.

Nuevamente aparece aquí la singularidad de las personas, en algún modo obstaculizando o alterando el curso de la enfermedad. El autor rescata la implicancia de atender a estas dimensiones en la “relación médico-paciente” y en la posibilidad de reintegrar completamente al paciente al estado de salud. En este sentido reconoce que algunos aspectos singulares del vida social o de la psique del sujeto pueden obstaculizar la posibilidad de completar/adherir a los tratamientos indicados para el restablecimiento del estado de salud.

Esta forma de pensar el problema de “la adherencia” a los tratamientos es muy generalizada entre los equipos de atención del VIH. Los profesionales suelen preguntarse por la aparente sinrazón de aquellos pacientes que no logran mantener su carga viral indetectable en un escenario en el que se dispone de la tecnología médica adecuada y eficaz para controlar la infección. Frente a este interrogante se suele indagar en aquellas dimensiones psicosociales, singulares y asumidas como ajenas a la infección, y los efectos de los tratamientos ARV que estarían influyendo para que los pacientes “no cumplan”, “no adhieran” o “se nos pierdan en el camino”.

Este análisis de Armstrong puede arrojar luz sobre la conformación y definición de los equipos interdisciplinarios en el hospital. Para todas las trabajadoras sociales, el trabajo interdisciplinario o multidisciplinario, como ellas en ocasiones lo refieren, es una modalidad de trabajo deseable en la que pueden poner en juego su experticia profesional. A la par que todas ellas señalaron la importancia de integrar estos equipos y desarrollar abordajes inter o multidisciplinarios de la atención, también pusieron de manifiesto la heterogeneidad en los sentidos atribuidos a este tipo de tarea. Cada una de las trabajadoras sociales expuso criterios diferentes para justificar la necesidad de estos equipos en la atención hospitalaria. Así también, se hicieron evidentes los

diferentes enfoques del campo profesional puestos en juego a la hora de definir el tipo de participación y el sentido de estos equipos, y también nociones diferentes de la relación entre las dimensiones biológica, psicológica y social en la atención hospitalaria.

La trabajadora social que se ocupaba de la sala de pediatría, por ejemplo, nos explicó que su participación en la atención interdisciplinaria se limitaba a “aquellos pacientes que intervenimos en común”. Con esto se refería a niños que los médicos trataban por una dolencia y que por alguna razón también habían sido “derivados” a la trabajadora social, y por tanto eran “sus pacientes”.

en realidad cuando uno trabaja en equipo interdisciplinario eh *uno puede aportar en aquellos pacientes por lo cual intervenimos en común, no en otros que por ahí no tiene nada que ver. Y a mí tampoco me interesa escuchar toda la parte médica...* este... que me resta tiempo, pero por ahí sí lo que llegamos a acordar en pediatría es que, bueno sí, yo voy porque tengo situaciones que tratar de las que estoy llevando, de los niños que estoy llevando [...] que estoy trabajando con esas familias. [María, trabajadora social]

Para esta trabajadora social “la parte médica” estaba claramente separada de la propia que, siguiendo el razonamiento, sería la parte social, como “objetos” de intervención diferentes para la medicina y el trabajo social. En este esquema de trabajo cada uno se ocuparía de lo propio en la intervención sobre algunos pacientes. En este planteo las personas, y más específicamente sus padecimientos, nunca son abordados integralmente sino como problemas diferentes delimitados por cada disciplina. Como ya hemos visto, para esta trabajadora social su especificidad en el equipo, lo propio, era “la protección de derechos”.

Veamos cómo lo entendía:

estoy con *protección de derechos*, bueno *traumatismo por caída* porque depende viste la situación [...] eh algunas situaciones se resuelven con orientaciones porque vos ves que hay mamás que intelectualmente están capacitadas y que realmente fue, vaya a saber este por qué motivo, que llegaron a una internación; pero vos ves en la entrevista *que entiende y están aprendiendo conjuntamente con los pediatras* [...] y no hay necesidad de pasarlo a protección de derechos. Pero *sólo pasamos aquellos que, por ahí son recidivados*, que no... que ya *vuelven en situación de mucho riesgo de la criatura* [...] que nos enteramos que surge en la entrevista que ya pasaron por otros organismos de salud y se reiteran entonces esta mujer no, no. Hay algo que falla viste [...]. [María, trabajadora social]

Es sumamente interesante que su especificidad sea “la protección de derechos” pero que sólo pueda evaluar si estos derechos están siendo vulnerados o no a través del diagnóstico médico —traumatismos; o por ejemplo en otro caso, pediculosis—. En este sentido, “lo propio” en sus términos implica constituirse en los ojos que apuntalan la mirada de la justicia o de la medicina. En el fragmento citado llama la atención el uso del término médico *recidivado* —que suele utilizarse para procesos biológicos— para referirse a niños que se sospecha que están sufriendo maltrato porque regularmente son atendidos por golpes, caídas, heridas o por dolencias que se asocian al descuido de sus cuidadores. El foco de la intervención de esta profesional estaba puesto en que las personas “entendieran” las indicaciones del médico y que las cumplieran. Si bien esta es una práctica que en los hechos desarrollaban varias de las

trabajadoras sociales del servicio, cada una la argumentaba o fundamentaba desde posiciones muy diferentes respecto del ejercicio profesional.

Al tratarse de un servicio hospitalario, no sorprende —e incluso podría entenderse como esperable— que uno de los aspectos valorados del trabajo interdisciplinario fuera contribuir con el tratamiento médico. Pero, cada una de ellas pensaba o proponía esta contribución desde perspectivas más o menos autónomas respecto de la construcción biomédica de la enfermedad. Así por ejemplo, la trabajadora social del consultorio de TBC nos refería:

un hospital atiende la enfermedad [...] y la salud. Es importante, porque *una vez que das un tratamiento se curó se tiene que ir de alta, pero si hay un problema estructural de la persona* y no está resuelto; porque no pudo solo porque no puede [...] *la enfermedad va a seguir*. Entonces si está un trabajador social, un psicólogo, un equipo de trabajo en cada servicio como que habría posibilidad de resolverse mejor las cosas [...] a lo mejor en lo económico resolvemos, [no] compramos una casa, pero sí potencializando lo que estos pacientes tienen, todos los pacientes tienen un potencial. [Mabi, trabajadora social]

Aquí la mirada no está puesta en la capacidad/incapacidad de las personas de entender las indicaciones médicas, como en el fragmento anterior. Esta trabajadora social centraba su preocupación en potenciar vínculos, las redes de relaciones y otros recursos de los que disponían las personas en su cotidianidad para poder sortear aquellos problemas que les provocaban daños a la salud. Cuando explicaba que la enfermedad no terminaba con el alta, de alguna manera señalaba que el padecimiento excedía la dimensión biológica o el daño que lo había llevado a la internación.

Aunque muy diferente de lo narrado por María, aquí el abordaje “de un equipo de trabajo” psicosocial parece presentarse como complementario de la intervención biomédica y el tratamiento.

Por su parte, Mariana señaló lo importante que resultaba el trabajo interdisciplinario en lo referido a la posibilidad de facilitar el acceso a la atención en el hospital. Asumía que para mejorar las condiciones de acceso era necesaria una gestión al interior de la institución y en ese punto las trabajadoras sociales desempeñaban un papel muy importante.

Yo creo que nosotros estamos acá *para facilitarles las cosas a la gente* no para complicárselas. Yo creo que una vez... *si una persona llegó al hospital no se puede ir sin que lo atiendan*, por eso el tema de conformar los equipos interdisciplinarios ¿viste? Donde el rol, *si bien cada uno tiene un rol definido*, se comparte el rol. Cuando no está el médico, yo no voy a hacer de médica, pero *por ejemplo darle la fecha de un análisis lo puedo hacer, el médico levantar el teléfono para llamar a un paciente también lo puede hacer* ¿entendés? [...] por eso yo creo en eso de armar equipos. [Mariana, trabajadora social]

El hincapié aquí está puesto en resolver conjuntamente las tareas implicadas en la atención. La manera en la que lo refiere da cuenta de la dificultad de las personas que se atienden en ese hospital para procurarse la atención oportuna a sus padecimientos. Ha de destacarse que las trabajadoras sociales del hospital desarrollan un papel muy importante como facilitadoras en el acceso a la atención. Llama la atención que esta práctica sea reconocida por ellas únicamente cuando se desarrolla en el marco de un equipo interdisciplinario pese a que, como mostraré más adelante, se trata

de una tarea muy significativa en el marco de la atención de la “demanda espontánea”.

Esta trabajadora social, integrada al equipo de neonatología, reconocía que más allá de la entrevista —que parecía ser su tarea específica— y de la consulta clínica —como práctica exclusiva del médico— existía una cantidad de otras tareas que podían indistintamente hacer médicos o trabajadores sociales. Así, la conformación de estos equipos, según su perspectiva, tenía por objeto poner la organización de las tareas al servicio de la eliminación de barreras en el acceso a la atención.

En el caso de Sandra, la interdisciplina era una forma de trabajo deseable para dar respuesta a cualquier daño a la salud en virtud de que, como ella lo sostenía: “toda enfermedad es social”.

si se hubiese pensado en equipos interdisciplinarios que... bueno, cualquier enfermedad, toda la enfermedad es social digamos, más allá del VIH, uno porque bueno tiene más cuestión esto ¿no? pero en todas en realidad.
[Sandra, trabajadora social]

Es éste tal vez el planteo más atípico que encontré entre las trabajadoras sociales del servicio. En este caso directamente se fundamenta la necesidad del abordaje interdisciplinario a partir de asumir que la enfermedad no sólo supone distintas dimensiones incluida la dimensión biológica, sino que “es social”. En relación con su experiencia en las primeras etapas del consultorio de infectología con aquellos “médicos atípicos” que promovían la atención conjunta, Sandra explicó esa atención conjunta con la participación del trabajador social para dar cuenta de aquellos aspectos de la demanda de las personas que excedían la dolencia física y para evitar la fragmentación.

también *es mucha carga desde lo médico*. Al médico digamos, yo no digo que no hablen ellos que revisen nomás, pero a veces ¿viste? vos los ves... *hay mucha demanda desde lo físico*: “curame”, “dame algo que me haga sentir bien”, “revisame la panza”, “acá tenés a mi hijo”, “voy a parir”. Digamos, es decir, es mucha carga desde lo físico y si encima: “ahora sentate y escuchá mi larga historia y asesorame”. Yo digo ¿viste? está bien que después pues de dios vengan ellos ((irónicamente)) pero no sé, *es demasiado digo para cualquiera* [...]. *Yo no digo que no escuchen, pero estaría re bueno para el profesional, no que: “bueno ahora hable allá”*. [...] incluso nosotros trabajábamos... ¿viste? el tipo revisando y nosotros acá ¿no? [...]

¿dentro del mismo consultorio?

claro, entonces cuando surgía [un] tema, bueno: “seguí hablando de eso a ver”; y después “bueno, ahora decí treinta y tres”, y bueno ¿viste? *porque* [así a] *la persona tampoco la segmentabas tanto* [...]. [Sandra, trabajadora social]

Las personas en este relato llegan con su dolencia física y con su “larga historia” y sería claramente el sistema de salud el que separaría esto “segmentando”, como dice Sandra. La trabajadora social asume que la demanda de las personas es compleja, que contiene demandas de órdenes diferentes y que, en virtud de que “es mucho para uno solo”, se requiere cierta división de tareas. En este planteo es el sistema de salud el que fragmenta la respuesta y la propuesta interdisciplinaria evitaría esa fragmentación.

Más allá de las diferencias entre las trabajadoras sociales sobre el rol profesional a cumplir en la integración con otras disciplinas —ya sea vinculando al servicio médico/hospital con instancias judiciales, ya sea incorporando aspectos de

vida cotidiana de las personas que pueden interferir en la continuidad de un tratamiento, o ya sea a través de la “escucha” y el “asesoramiento” a las personas afectadas— el trabajo interdisciplinario fue valorado positivamente por todas las trabajadoras sociales. En términos generales parecería que integrar un “equipo interdisciplinario” implicaba el reconocimiento de su capacidad profesional específica y cierto grado de autonomía en la toma de decisiones alejándolas de tareas denostadas tales como ser “el correo” o ser “la secretaria”. En el punto que sigue me detendré en particular en el análisis de esta participación de trabajadores sociales en los equipos interdisciplinarios conformados en respuesta al VIH-Sida.

Los equipos interdisciplinarios en la atención del VIH

Como ya vimos, Sandra fue la primera en incorporarse a la atención del VIH en 1992 junto con otra colega de la residencia de trabajo social de la provincia de Buenos Aires. Entre 1992 y 1996 el consultorio realizaba atención conjunta médico/trabajador social y se disponía de dos espacios contiguos para la consulta clínica y para el asesoramiento/escucha de las trabajadoras sociales. Asimismo la tarea de la trabajadora social y los médicos incluía la gestión y distribución de alimentos a los afectados. Con el tiempo y la presencia de organizaciones de personas viviendo con VIH en el hospital, algunas de estas tareas comenzaron a ser desarrolladas por los propios afectados. Sandra se abocó a la tarea de brindar contención y asesoramiento acerca de la prueba diagnóstica y los tratamientos.

Analicé en el capítulo anterior las posteriores transformaciones en el espacio y los cambios en la forma de habitar los lugares destinados a la atención. Un aspecto señalado es

la segregación de lugares y de prácticas en la etapa posterior a 1996-1997: entonces, según Sandra explicó, comenzaron a integrarse más médicos en el consultorio y ella fue gradualmente colocada en el lugar de secretaria. Es posible vincular esta transformación en la atención a los cambios que se sucedieron a partir de esos años en la respuesta técnica a la infección. Los tratamientos ARV de alta eficacia lograron disminuir la letalidad y el desarrollo de tecnología específica permitió el monitoreo del curso de la infección. Con ello la intervención biomédica recobró su posición hegemónica frente a las demás profesiones que habían sido tempranamente convocadas a participar en la atención frente a la ineficacia de las respuestas médicas ante una enfermedad hasta entonces con pronóstico mortal (Frankenberg, 1995). Es en este marco que puede entenderse la redistribución de las funciones en el servicio que incluyeron la intervención de psicólogas en el manejo de la “adherencia” a los tratamientos y de las trabajadoras sociales en el “seguimiento de casos” y el “asesoramiento” vinculado al diagnóstico.

Es así que, en el 2000, Sandra, Mariana y Rosa fueron convocadas para participar de la investigación realizada por el Instituto Nacional de la Salud del Niño y el Desarrollo Humano de los Estados Unidos que se llevó a cabo en el hospital (el estudio NISDI). Como ya señalé, se trató de un estudio realizado en 17 países de América Latina que monitoreaba el tratamiento de profilaxis de los niños expuestos al VIH por transmisión vertical. Mariana se refirió a este estudio como “la famosa investigación de las setecientas mujeres”.¹ Efectivamente se trataba de una gran cohorte de mujeres seropositivas que habían dado a luz en distintos hospitales de estos 17 países.

1 García propone un interesante análisis de esta investigación y su impacto en la atención de las mujeres seropositivas que tenían sus partos en el hospital (García, 2014).

Como mencioné, el diseño de esta investigación se correspondía con las llamadas investigaciones *offshore* (Petryna, 2007). Petryna denomina de este modo a estas investigaciones porque reconoce un desplazamiento de los ensayos de nuevos medicamentos en humanos desde EUA y Europa central hacia América Latina y Europa del este. Este desplazamiento se funda en los cambios en los requerimientos para la aprobación de nuevos medicamentos: requieren grupos cada vez más numerosos sobre los que desarrollar la experimentación y para “el control” se valora que la población no esté llevando a adelante otros tratamientos que puedan interactuar; en este sentido, procuran “poblaciones vírgenes de tratamientos”. Asimismo la industria farmacéutica tiende a acortar los tiempos de desarrollo y patente de nuevos medicamentos, lo que efectivamente supone que para experimentar en poblaciones tan numerosas deban desarrollarse las investigaciones en varias regiones del planeta a la vez. Un aspecto muy valorado es que los profesionales convocados a participar puedan garantizar la continuidad en el registro y notificación de los datos de los pacientes incluidos en el estudio. Al respecto la autora señala que resulta de una gran utilidad para estos ensayos poder contar con sistemas de salud organizados pero lo suficientemente débiles para no obstaculizar el enrolamiento de pacientes (Petryna *et al.*, 2006).

Las trabajadoras sociales fueron convocadas en un primer momento para hacer “la entrevista social” a las mujeres seropositivas que llegaban a tener sus hijos al hospital. Tal como lo explicaba una de las médicas que participó de la investigación, esta entrevista era sumamente importante para respetar los estándares del estudio global. Y esto era así porque de la información que surgía de esa entrevista se determinaba qué mujeres podían ser “enroladas” y cuáles no. En los términos de la médica infectóloga:

algunas no calificaban por ese tipo de cosas digamos [...] otra chica no, tampoco pudo entrar porque tenía una *muy mala condición social*, vivía en... no sabía ni en dónde vivía, estaba muy mal, entonces es muy difícil poder enrolar en un protocolo porque [...] *no podés ubicarlas, no podés mandar telegrama, no las podés llamar. De hecho esa chica se perdió* [...] porque, viste, tienen que cumplir la cita, porque *si no tenés que mandar cita perdida y eso en un proyecto es terrible*. [Médica infectóloga]

Al parecer, en esa “entrevista social” las trabajadoras sociales evaluaban las dificultades que podrían enfrentar las mujeres seropositivas para sostener su tratamiento y el de su bebé recién nacido y, en términos de “la famosa investigación”, la posibilidad de cumplir con el seguimiento del tratamiento de profilaxis del niño que requería el estudio o de re-contactarlas si no concurrían a la cita, garantizando la continuidad del estudio. La médica lo expresa con claridad: “es terrible” en un estudio reportar una “cita perdida”. Así, en la identificación de los “casos de estudio”, las trabajadoras sociales ponían en práctica su experiencia en la realización de entrevistas sociales, herramienta que ya utilizaban previamente, por ejemplo, para evaluar si algunas madres podían cuidar adecuadamente de sus bebés o si existía alguna sospecha de que los derechos de ese niño/a estuviesen siendo vulnerados, en este caso es una herramienta para identificar potenciales “casos de estudio”.

Cuando realizamos el trabajo de campo, el estudio había ya concluido. Sin embargo, en el Servicio de Obstetricia había quedado la rutina instalada durante el proyecto de impedir el alta a las mujeres seropositivas para VIH y/o sífilis si no se registraba en la historia clínica los resultados de la entrevista social.

Acompañé varias veces a Mariana a entrevistar a mujeres en esa condición. En la entrevista indagaba con mucho detalle sobre el lugar donde residían; les preguntaba nombre de las calles, nombre del barrio, ubicación referenciada respecto de otros lugares, cómo llegar, cómo llegaba al hospital, color de la puerta o características de la vivienda y les pedía uno o más números de teléfono donde pudiera contactarlas. Mariana me explicó que en este municipio la información catastral era muy deficiente de modo que las calles cambiaban de nombre muchas veces, incluso podía haber más de una calle con el mismo nombre y lo mismo ocurría con la numeración. De hecho cuando acompañamos a Mariana a “una visita domiciliaria”, experimentamos lo dificultoso que le resultó dar con el domicilio de la mujer que buscaba.

En el marco de la entrevista, Mariana también brindaba información sobre los estudios que debía realizarse el bebé o el tratamiento que tenía que seguir y les daba el turno para la siguiente consulta con el médico. Ella se preocupaba por tratar de que el mismo día que la mujer trajera al bebé pudiera completar el circuito de atención y que tuviera turno con el laboratorio si era necesario.

Ya señalé la importancia atribuida por estas trabajadoras sociales a la práctica de la visita domiciliaria, ingresando en el hogar de los pacientes para así “acercar” esa realidad al consultorio médico. Pero en el contexto de esta investigación la “visita domiciliaria” era una herramienta destinada a evitar la “pérdida de seguimiento” de los niños estudiados.

Cuando los niños “enrolados” en el estudio no eran llevados con la regularidad esperada a los controles, los médicos le avisaban —o derivaban según sus términos— para que contactara a los cuidadores. Cuando no podía contactarse telefónicamente se apersonaba en el domicilio, así

lo contaba ella: “yo salgo mucho a hacer visitas domiciliarias porque voy a buscar todos los bebés que se me pierden ((risa)) en el camino” (Mariana, trabajadora social).

Aunque la investigación había concluido, Mariana seguía buscando a los “chiquitos que se le perdían”. Mientras se dispuso de fondos de este u otros proyectos, las visitas domiciliarias se realizaban en vehículos privados. Mariana entendía la relevancia que esta práctica tenía en términos asistenciales y no sólo de investigación, por lo que continuaba realizándola con los escasos recursos del hospital, pero sólo en los casos en que se evaluaba que el niño podría estar en peligro y con el objeto de reconocer si se encontraba o no frente a un “caso social”.

así que bastante, salgo bastante a la calle a buscar a la gente [...] que son los bebés, o sea con distintos problemas, las mamás que por ahí no los vienen [...] entonces los tengo que ir a buscar. Son chiquitos de riesgo, que están en situación de riesgo, que le damos el alta con un seguimiento [...] hasta los 30 días y por ahí la mamá no viene y los tengo que ir a buscar; porque son chiquitos con muy bajo peso, que necesitan sí o sí un seguimiento y un día que no vienen puede este ser...
[Mariana, trabajadora social]

Esta era la tarea que Mariana identificaba como su trabajo específico en el marco del Servicio de Neonatología más allá de la participación en cualquier tipo de estudio o proyecto.

La “entrevista social”, las “visitas domiciliarias” y el “seguimiento de casos sociales” fueron reconocidos como herramientas propias de la práctica profesional. Como dije antes, la noción de “caso social” se inscribe en la tradición norteamericana del trabajo social y fue Mary Richmond quien acuñó la idea de “caso social individual”, fuertemente

cuestionada por el trabajo social reconceptualizado. El término es utilizado a diario en el Servicio Social y resulta fácilmente homologable al lenguaje hospitalario (biomédico). Me refiero con esto a que es posible reconocer ciertos paralelismos entre la presentación del “caso clínico” y la del “caso social”.

La presentación que las trabajadoras sociales hacían del “caso social” tomaba la forma de una narración sintética de una serie de situaciones en la vida de alguien en las que se intercalaban las intervenciones que el trabajador social u otras instituciones fueron haciendo. Muchas veces los casos sociales llevaban algo así como un título, una expresión sintética que, junto al nombre o apellido de la persona así devenida, los define. Se trata de expresiones usadas por las trabajadoras sociales para referirse sintéticamente al caso frente a otro profesional del hospital o frente a mí, por ejemplo, “una mamá psiquiátrica”, “la mamá Ocampo”, “los Sánchez”, “Dorita, la mujer multiresistente”, entre otros. Los casos sociales, además de ser expuestos en forma oral, solían ser presentados como informes escritos que integraban la historia social del paciente, una modalidad de registro adquirida tempranamente en la historia de la profesión tomando como modelo la historia clínica confeccionada por el médico. También podían ser presentados como informes para otras instituciones.

En su libro editado en 1994, Byron Good analiza los procesos formativos de los estudiantes de medicina en la Escuela Médica de la Universidad de Harvard. Allí el autor ilumina cómo la medicina construye sus objetos a través de formas especiales de ver, escribir y hablar. Esta forma especial de “ver” los cuerpos, de “escribir” historias clínicas y de presentar oralmente a las personas en términos de pacientes o casos clínicos es lo que permite a los estudiantes “afrontar y formular la realidad de un modo específicamente médico”

(Good, 1994: 140). Dice el autor que aprender a escribir informes e historias clínicas permite a los estudiantes “construir a una persona como un paciente, un documento y un proyecto [de tratamiento]” (Good, 1994: 150). Esta práctica justifica y modela la interacción con el paciente. Asimismo cuando los casos son presentados a otros médicos oralmente, las historias de las personas deben ser editadas como pacientes, dejando sólo “el material con el que tenemos que trabajar”, explica uno de los estudiantes entrevistados por Good. En la presentación del caso clínico la biografía de las personas es apartada y se integran sólo aquellos aspectos considerados signos/síntomas o eventos que podrían guardar alguna correspondencia con una enfermedad en términos biomédicos (Margulies, 2014).

Existe una fuerte analogía entre la construcción y presentación del caso clínico y la forma en que la trabajadoras sociales “editan” las historias de las personas para convertirlas en “casos sociales” (Gagliolo, 2012). En este sentido, la utilización del “caso social” como forma intervención profesional de estas trabajadoras sociales podría ser un facilitador de la interacción disciplinaria en los equipos de salud. Un gran número de los casos sociales que me presentaron/comentaron durante el trabajo de campo se había originado en la “derivación” de un servicio médico, tratándose sobre todo de niños/as con derechos aparentemente vulnerados o adultos mayores sin cuidadores internados en la sala social. Me resultó muy significativa la manera en que las biografías de estas personas eran editadas por las trabajadoras sociales para ser compartidas en los equipos interdisciplinarios, por ejemplo, en un pase de sala, convirtiéndolos en caso social, sumado al caso clínico y/o el caso de investigación. Pero más significativo aún me resultó que esos casos sociales acudieran al Servicio Social buscando a “su” trabajadora social, reintegrando en la “demanda espontánea” la historia

de sus necesidades, su biografía y las condiciones de vida cotidiana. Encontré justamente en ese espacio de atención y en la respuesta a este tipo de demandas, uno de los aspectos más significativos de la intervención de las trabajadoras sociales en torno del cual reflexionaré más adelante.

Estas profesionales, que parecían estar permanentemente en alerta para señalar las tareas que eran propias de su ejercicio profesional y para rechazar las que les eran impuestas por otros profesionales —apelando a viejas representaciones del trabajador social como auxiliares de la medicina y del derecho—, recuperaron y remarcaron lo positivo de su participación en los proyectos mencionados y en particular valorizando su carácter interdisciplinario. Sin embargo, una mirada atenta sobre los mismos revela que las tareas reservadas para las trabajadoras sociales eran básicamente la correcta recolección de los datos merced a su experticia en “la entrevista/encuesta social”, el seguimiento de casos sociales y la visita domiciliaria, con una muy limitada participación en la definición de los problemas de investigación y de los enfoques y metodologías a aplicar.

Como planteé, una vez concluidos los proyectos de investigación, el papel de algunas de ellas en los servicios siguió siendo el “seguimiento” de pacientes o el “asesoramiento” con el claro objetivo de evitar la pérdida de seguimiento. En este punto ha de señalarse la importancia de la actividad de promover y facilitar la continuidad de los tratamientos y la atención médica. En el caso de niños expuestos a sífilis y/o VIH, la tarea de seguimiento desarrollada por la trabajadora social tuvo un impacto exitoso en la profilaxis —esto significa que estos niños no padecieron esas infecciones—.

Así como la trayectoria de Sandra y Mabi fueron modeladas o transformadas por la experiencia de trabajar con esos “médicos atípicos” o *médicos del Sida* que tempranamente

las convocaron para dar respuesta a este padecimiento, las trabajadoras sociales convocadas a partir de 2000 también transformaron significativamente sus trayectorias formativas y profesionales. La convocatoria por parte de los médicos había cambiado al calor de los cambios en la epidemia. Mientras en la primera etapa se estimulaba la atención conjunta, e incluso las trabajadoras sociales dudaban respecto de sus posibilidades de intervención —ser las trabajadoras sociales “de la morgue”—, luego del uso extendido de los tratamientos ARV y con la presencia del financiamiento y los estudios globales, la expectativa sobre la participación de psicólogos y trabajadores sociales fue otra. A los profesionales psi se los convocó con la expectativa de que intervinieran en el problema de la adherencia, entendido como el correcto seguimiento de la prescripción médica y más específicamente de la correcta toma de la medicación ARV. Mientras que a las trabajadoras sociales del hospital se las convocó para desempeñarse como auxiliares de investigación desarrollando una tarea clave para la continuidad de las investigaciones: garantizar la correcta selección del universo de investigación y que los niños incluidos no se “perdieran en el camino”.

Asimismo, los proyectos posibilitaron la capacitación y formación universitaria o de posgrado. Rosa y Mariana completaron el ciclo universitario con la beca del Centro Internacional Fogarty varios años después (2006-2009) y ambas realizaron sus investigaciones para las tesinas de grado en temas asociados al VIH-Sida. Cabe señalar que este acceso de algunas de estas trabajadoras sociales a esta suerte de especialización formal en el VIH-Sida también generó conflictos internos al servicio. Aquella reacción de María respecto de la autorización cuando inicié la investigación me hizo reparar tempranamente en las tensiones en la relación entre ella y las trabajadoras sociales integradas al

equipo de infectología. Este conflicto al parecer no sólo se vinculaba al malestar que expresó respecto del momento de su incorporación al servicio, sino también con las posibilidades diferenciales de desarrollo profesional/especialización abiertas por “el auge de fundaciones e investigaciones” que habían opacado su propia experiencia y especialización en la atención de pacientes seropositivos.

La valoración positiva de esta especialización era tal que, por ejemplo, cuando planteé la necesidad de realizar observaciones en el servicio se sorprendieron de que solicitara el consentimiento informado a Sandra y a Lucía porque “ellas no trabajaban con VIH” o, como me decía Lucía, “las que se encargan de HIV son Mariana y Rosa”. Esto aun cuando Sandra brindaba asesoramiento y entregaba resultados diagnósticos y Lucía realizaba un conjunto de gestiones para Roberto, el hombre recientemente diagnosticado internado en la sala social. Es posible así interpretar que la expresión “encargarse de HIV” hacía referencia a ser “especialista” en Sida.

La participación en “proyectos” brindó oportunidades formativas nuevas y también les abrió un nuevo ámbito de desempeño: los eventos científicos. Sandra, Mariana y Rosa fueron coautoras con los médicos de presentaciones en eventos científicos y en la publicación de artículos académicos. En la misma línea, por ejemplo, las psicólogas integradas al equipo interdisciplinario del consultorio de infectología, y en el marco del proyecto de adherencia financiado por el Fondo Global, obtuvieron becas para participar de congresos internacionales de VIH-Sida. Este tipo de actividades son reivindicadas por los referentes del trabajo social reconceptualizado, especialmente la participación en investigaciones, como una forma de señalar la capacidad del trabajador social de producir conocimiento. En los términos, por ejemplo, de José Paulo Netto (2009), ello supondría romper la división dentro de las ciencias sociales entre “los

teóricos” y “los profesionales de la práctica”; y en ese sentido dice:

una conquista importante, un avance verdadero alcanzado por nuestra profesión en muchos países de América Latina fue la superación de nuestra condición de ‘profesionales de la práctica’. En varios de nuestros países, el Servicio Social, sin perder su indiscutible naturaleza interventiva, dejó de ser lo que hace muchos años designé como ejecutor terminal de políticas sociales. (Netto, 2009: 56)

Tanto la participación en actividades de producción de conocimientos como la participación en el diseño de políticas sociales son para este autor las actividades que apartan al trabajo social de la mera asistencia acrítica y subordinada a otras profesiones.

Hasta aquí he señalado las correspondencias entre las transformaciones en las respuestas al VIH y la organización de la atención. En sus diferentes momentos y de formas diferentes la atención del VIH-Sida irrumpió en la dinámica que tenía planteada el Servicio Social, ya sea incorporando trabajadoras sociales al consultorio en el marco de una propuesta de atención conjunta o a partir de la convocatoria de estudios *offshore* y de otros proyectos financiados por organismos internacionales. Las especificidades de la respuesta al VIH-Sida se fueron combinando con las diferentes tradiciones teóricas o linajes del trabajo social para modelar las prácticas de estas profesionales en este municipio y en este hospital.

Para el 2000 los médicos ya trataban la infección con tecnologías cada vez más sofisticadas y la división de tareas se ajustaba a un esquema de atención biopsicosocial. En esa etapa las tareas “asistenciales” tales como gestionar comida

o asesorar en la gestión de pensiones y otros beneficios dejaron de ser propias de la trabajadora social y pasaron a ser asunto de las mismas personas afectadas. En el mismo movimiento que las trabajadoras sociales dejaban de encargarse de estas tareas tantas veces denostadas dentro del campo profesional como cuestiones “asistenciales” y asociadas a la beneficencia, fueron convocadas para participar en proyectos locales e investigaciones internacionales. Así se abría la posibilidad de alcanzar una especialización y de integrar equipos interdisciplinarios, dos aspectos sumamente valorados. Sin embargo, su incorporación estuvo subordinada mayormente a la lógica y las definiciones biomédicas y la integración interdisciplinaria organizada en torno de su hegemonía según el modelo biopsicosocial.

Quisiera por último presentar algunas escenas de la atención de la demanda espontánea, el espacio menos valorado por estas profesionales. Las mismas corresponden a la consejería pre y post test para determinación de anticuerpos para VIH que se brinda en este marco.

El testeo en la demanda espontánea

La demanda y la entrega de resultados del testeo para VIH se efectúan en el Servicio Social. Así, ¿ha de entenderse como una actividad “administrativa” propia de la “demanda espontánea”, o se trata de una intervención específica asociada a la carrera de especialización en VIH? La tarea de consejería para el diagnóstico se realizaba allí desde que Sandra dejó de trabajar en la oficina de infectología, y sólo atendían esta demanda las trabajadoras sociales que se habían especializado en VIH: Mariana, Rosa o Sandra.

El hospital contaba con un procedimiento instalado desde hacía varios años para quienes solicitaban espontáneamente

un test de VIH. Este circuito fue organizado desde el consultorio de infectología por el Dr. Felipe y Sandra. Cuando comenzaron con el consultorio de ITS, el laboratorio del hospital no realizaba los estudios serológicos, por ello, para evitar “derivar” a las personas a otro hospital, el médico llevaba las muestras de sangre al laboratorio del Hospital Muñiz en CABA y traía los resultados. Cuando el laboratorio del hospital comenzó a realizar la serología, con el mismo criterio de no perder oportunidades, acordaron que se reservaran dos o tres turnos de extracción de sangre diarios para que el servicio de infectología pudiera disponer de ellos.

Así se organizó un procedimiento que suponía los siguientes momentos/instancias:

- » Todas las personas que llegaban al hospital solicitando un test para VIH debían ser derivadas al Servicio Social. Si ocurría que las enviaban a infectología, los promotores les indicaban que fueran al primero.
- » En el Servicio Social cualquiera de las trabajadoras sociales especializadas en VIH le brindaba un asesoramiento previo al estudio de laboratorio (pre-test) que consistía en: indagar e informar sobre el *período ventana*,² explicitar los tiempos entre la extracción y la entrega de resultados, el tipo de estudios a realizarse y la administración de un consentimiento informado.³ Las trabajadoras sociales también solicitaban a las personas algunos datos para completar en una ficha interna.

2 Se denomina periodo ventana al tiempo que puede transcurrir desde una persona se infecta y los estudios de laboratorio son capaces de detectar indicios de la infección. Es por ello que durante el pre-test las trabajadoras sociales indagaban sobre la eventual exposición que sospecha la persona que demanda el testeo.

3 En el marco de ese asesoramiento se completa un consentimiento informado escrito mediante el cual la persona autoriza que se le realice la prueba. La aplicación de este consentimiento está indicada en la Ley Nacional de Sida N° 23798.

- » Se acordaba con la persona una fecha conveniente para realizarse la extracción de sangre y le entregaban una orden médica que tenían ya confeccionada.
- » En el laboratorio del hospital tomaban la muestra y la procesaban. Este laboratorio era el único en toda la Región Sanitaria que contaba con tecnología para realizar la prueba confirmatoria (*Western Blot*). El resultado no seguía el circuito habitual del resto de los resultados de laboratorio, sino que Sandra los retiraba personalmente una vez a la semana.
- » A los pacientes se les indicaba que retiraran el resultado del estudio dentro de un mes en la oficina del Servicio Social.
- » Cuando llegaban las personas al Servicio Social a retirar el resultado se les comunicaba el mismo si era negativo y se brindaba alguna información complementaria (post-test). Si el resultado era positivo Sandra acompañaba a la persona hasta el servicio de infectología para que el médico junto con ella y eventualmente alguna de las psicólogas del equipo informara el resultado.

Este circuito diferencial tenía por objeto, por un lado, facilitar el acceso al testeo evitándoles a quienes habían tomado la difícil decisión de hacerse la prueba, algunos de los obstáculos propios de la atención en el sistema público. Y, por otro lado, garantizar que las personas se encontraran con su resultado con el asesoramiento necesario. Se entendía que esta tarea de consejería o asesoramiento a cargo de las trabajadoras sociales brindaba información para la toma de decisiones. Sin duda la disponibilidad de este dispositivo especial o preferencial favorecía el acceso al testeo. Cabe señalar que la demora habitual en el laboratorio para la extracción de sangre para todo el resto de los estudios era de un mes y que merced a este acuerdo especial era posible asignar turnos de extracción inmediatos para la realización de serologías de VIH.

Así como ocurre con otros circuitos de atención organizados desde el consultorio de infectología, gran parte de este procedimiento se sostenía por el compromiso individual de algunas personas. En ese sentido, por ejemplo, me comentaban que en una ocasión en que la bioquímica encargada de las serologías estuvo de vacaciones, un empleado del laboratorio entregó erróneamente un resultado positivo directamente a un paciente sin tener la menor idea de lo que estaba entregando.

Más allá de que se tratara originalmente de un proceso organizado a partir de “acuerdos” y “relaciones interpersonales”, como lo explicaba el Dr. Felipe, terminó por instalarse como un dispositivo de atención más. La consejería para el test brindada por las trabajadoras sociales en el marco de la atención de la demanda espontánea podría ser analizada como un conjunto de acciones o actuaciones *rutinizadas*:⁴ administrar el consentimiento, dar el turno, informar fechas para retirar el resultado, etc. En su análisis del accionar médico institucionalizado, Marc Berg (1992) sostiene que gran parte de la actuación de los médicos en la clínica está *rutinizada*, incluidos la forma de preguntar, el manejo del tiempo, la interpretación de las respuestas, etcétera. En esa línea podemos pensar que las consejerías pre y post test implican algún tipo de mecanización o automatismo en su ejecución, lo que las acercaría —en la visión de las trabajadoras sociales— a un tipo de trabajo “administrativo”. De todos modos, ellas requieren de la experticia de quienes “trabajan con VIH” y en este sentido es dable

4 Marc Berg analiza el proceso de construcción de las disposiciones/decisiones médicas en la clínica y al respecto repara en el papel de la *rutina* de ese proceso. El autor sostiene que: “Una rutina designa un conjunto de acciones que son repetidamente llevadas a cabo con un cierto ‘automatismo’: habitualmente, sin reflexionar explícitamente sobre ella ni legitimar la acción involucrada. En el proceso de resolución del problema médico, las rutinas son de gran importancia”. (Berg, 1992: 170. Traducción propia).

suponer que —*rutinizada* o no— se trata una intervención propia del ejercicio profesional de las trabajadoras sociales.

Quisiera entonces analizar algunas de las interacciones que registré en el marco de la consejería pre-test con el propósito de considerar esta aparente tensión que advierto entre el carácter “administrativo” y el carácter experto /profesional de esta práctica. Para ello apelo al relato detallado de las interacciones a partir de los registros etnográficos.

En una oportunidad Mariana organizó, no sin dificultad, el recorrido que una señora de 74 años que llegó al servicio acompañada de su nieta adolescente y con una gran cantidad de órdenes médicas entre las cuales tenía un pedido de serología para VIH. Eran entre quince o veinte órdenes con indicaciones para múltiples estudios en distintos servicios del hospital. Lo primero que Mariana le preguntó fue: “¿por qué le piden todo esto?”. La señora parecía estar muy angustiada, apenas pudo explicar que tenía el brazo muy inflamado y que sufría un intenso dolor. Cuando Mariana preguntó específicamente por el pedido de la serología para VIH, la mujer explicó que su hija —la madre de esa joven que la acompañaba— había muerto de Sida. En el marco de esa breve conversación marcada por la preocupación, la señora le contó que había cuidado de su hija durante su enfermedad hasta que falleció. Mariana trató de tranquilizarla diciéndole que seguramente con todos los estudios que le habían pedido podrían comprender cuál era su problema. Después de darle alguna información breve sobre el estudio y hacerle firmar el consentimiento informado, llegó el momento de decidir la fecha para la extracción de sangre. Para elegir la fecha Mariana comenzó a “poner en orden” los papeles, y parte de ese ordenamiento supuso juntar los estudios de laboratorio que requerían muestras de sangre con el pedido del VIH, “para que no le saquen sangre dos veces a la abuela”, le explicó a la adolescente.

Después de organizar el recorrido de turnos, servicios y gestiones comenzó a explicarle a la chica lo que debía hacer. Le advirtió que entregara “todo junto” en laboratorio y que si le indicaban que pidiera un turno para los estudios que no eran VIH les dijera que era “para que no la pinchen dos veces a la abuela”.

Esta estrategia de incluir o anexar otros estudios a la orden de VIH para evitar la demora de turnos en el laboratorio es algo que vi hacer a todas ellas. En otra jornada había llegado una joven que venía recorriendo varios centros de atención de la zona tratando que encontrar una respuesta para los dolores que sufría. Llegó al Servicio Social derivada del laboratorio porque no le tomaban allí la orden para el estudio porque había sido extendida por un profesional de otro centro de salud (público) de la zona.⁵ La mujer le contó a Sandra el largo itinerario que venía haciendo y Sandra inesperadamente le preguntó si no quería hacerse un test para VIH. Luego de la sorpresa inicial de la joven y mía, le explicó que sólo de ese modo ella podía darle el turno del laboratorio desde allí para el día siguiente y adjuntarle las otras órdenes. Así, este circuito preferencial que administraban las trabajadoras sociales podía ser un recurso, dentro de las escasas herramientas de las que disponían, para facilitar el acceso a la atención.

Aquella organización de papeles que había hecho Mariana para la señora mayor era realmente muy compleja. Diría que era necesaria toda una ingeniería de turnos y gestiones para que esa mujer pudiera llegar a hacerse todos esos estudios evitando el vencimiento de algunas órdenes

5 Cabe recordar que el hospital en estudio era el de mayor complejidad en la zona por lo que solía ocurrir que llegaran personas con órdenes confeccionadas por médicos de otras instituciones. No existía ningún mecanismo para la “transcripción” de esas órdenes, de modo que debían solicitar un turno en el hospital para volver a hacer la misma consulta que ya hicieron en otro efector.

o la pérdida de turnos de otros. Para eso Mariana calculó la demora de turnos, de entrega de resultados y vencimientos. La explicación que le dio a la nieta respecto del recorrido que debía seguir, muestra la complejidad del itinerario que debían realizar:

Le separó en pilones las órdenes para pedir turno en: laboratorio, en rayos, en gastroenterología, y le armó un itinerario: “primero vas a la ventanilla y pedís turno para esto” (le daba el pilón de órdenes), “después seguís por el pasillo vas a rayos y pedir turnos para esto” (otro pilón), “recién cuando tengas los resultados del laboratorio pedís turno para esto” (le dejaba el pilón separado). Finalmente para el turno de gastroenterología le hizo una nota para la secretaria del servicio (con quien tiene una amistad). Le aclaró a la nieta de la señora que “cuando vayas a gastro preguntá por [nombre de la secretaria]”, mientras se lo decía se lo escribía en un papel, “y decile que te manda la asistente social Mariana”, también lo escribió. [Registro de Campo, 12/11/2008]

El estudio que se tenía que hacer en el servicio de gastroenterología aparentemente no podía incluirse en la organización de turnos sin que otro se venciera o sin demoras excesivas, por lo que Mariana apeló a sus influencias. Así, lo que llamé poner en orden supuso poner en juego varios recursos: además de un enorme conocimiento del funcionamiento institucional del hospital, Mariana utilizó “relaciones interpersonales” y el circuito preferencial de testeo para VIH. Esa mujer había llegado al Servicio Social sólo porque entre todos los estudios que le habían indicado había una serología para VIH, y desde el laboratorio le habían dicho que eso lo tenía que gestionar allí. Fue así que Mariana, a partir de ese procedimiento/dispositivo planteado para el testeo,

pudo organizar una parte del itinerario terapéutico de esta mujer; al menos aquella parte que suponía la atención dentro del hospital. Posiblemente, sin la orientación de la trabajadora social esa mujer no hubiera conseguido realizarse todos los estudios requeridos por el médico. Por lo que esta tarea de poner en orden, era mucho más que una gestión administrativa y el asesoramiento para el testeo de VIH más que una acción rutinaria.

Entiendo que merced a esa acción de *ordenar*, las trabajadoras sociales contribuyen a organizar y al mismo tiempo posibilitar las trayectorias de las personas en pos de respuestas a sus padecimientos. En efecto, la organización de esta parte de los recorridos tiene un enorme impacto al nivel sanitario abriendo las posibilidades de acceso de estas personas a la atención. Resulta llamativo que, este tipo de intervenciones que presencié con mucha regularidad en la atención de la demanda espontánea nunca fueran mencionadas por las trabajadoras sociales como parte de su trabajo profesional. De hecho se mostraron muy sorprendidas cuando se los señalé en un encuentro que tuvimos como instancia de devolución de resultados. Una de ellas incluso sugirió que yo le había puesto un nombre ampuloso a una práctica poco significativa y bastante rutinaria.

Al respecto cabe señalar que la noción de *trayectoria o itinerario* es ciertamente más amplia que el aspecto que aquí señalo. Tal como lo explica Paulo Cesar Alves, existe una abundante producción en las ciencias sociales y de la salud respecto de los recorridos que las personas describen en busca de respuesta a sus padecimientos, y esa producción académica ha acuñado términos como *illness behavior*, *illness career*, *therapeutic itineraries*, para referir a estos fenómenos (Alves, 2014). Los términos citados reflejan la diversidad y heterogeneidad de esta producción, las diferentes perspectivas teórico-metodológicas y los diversos

aspectos o dimensiones analizados por los diversos autores (Horowitz, 1977; Parsons, 1988; Freidson, 1978; Rabelo *et al.*, 1999; Pierret, 2003a).

Siguiendo el planteo de Paulo Cesar Alves (2014), la idea de trayectoria terapéutica permite integrar en el análisis, a partir de su reconstrucción narrativa⁶, tanto los patrones de uso de los sistemas de salud y los recorridos que las personas describen en busca de un determinado tratamiento (dentro y fuera de la oferta biomédica), como la construcción de sentidos sobre los padecimientos. Es en este sentido que sostengo que este tipo de intervención de las trabajadoras sociales contribuye a orientar trayectos dentro de los itinerarios de las personas, al menos en algunos tramos. Las trayectorias terapéuticas de estas personas que pasan por el Servicio Social del hospital desbordan ampliamente al hospital e incluso el sistema de salud.

Encuentro sumamente significativa esta intervención de las trabajadoras sociales del hospital, no sólo por la implicancia práctica de viabilizar el acceso a la atención hospitalaria, sino también por su impacto en “las diversas formas por las que los individuos y grupos sociales elaboran sus concepciones médicas y estrategias de tratamiento” (Alves, 2014: 4). Para ilustrar esta idea quisiera detenerme en la descripción de otro aspecto de la consejería pre-test que registré durante las observaciones.

La misma mañana que se presentó la señora mayor con su nieta, había llegado a la oficina del Servicio Social una mujer diciendo que la habían mandado de infectología porque necesitaba hacerle un test de VIH a su hijo, un niño de 5 años de edad. En aquella ocasión Sandra la invitó a sentarse

6 Alves alerta respecto de que la direccionalidad de la acción de estas trayectorias está en parte dada por la narración de ellas en el marco de una entrevista que coloca al entrevistado en la necesidad de ordenar, secuenciar y dar direccionalidad a la descripción de su itinerario.

y le preguntó si sabía por qué le habían indicado ese estudio para su hijo. La mujer explicó que hacía apenas una semana ella se había enterado que estaba infectada, a partir de donar sangre en un hospital de Ciudad de Buenos Aires. La habían citado de aquel hospital, le habían indicado que repitiera el testeo y que consultara a un infectólogo; como vivía cerca del hospital vino a hacer la consulta aquí. Sandra le preguntó qué sabía sobre esta enfermedad y la mujer respondió que muy poco, apenas algo de información que había buscado en Internet. A partir de esa presentación se inició una larga conversación entre Sandra y ella en la que recorrieron varios temas y diferentes emociones; no faltaron las lágrimas ni la risa.

Sandra primero indagó sobre las sospechas respecto de la vía de infección y el momento para tratar de disipar los temores sobre de la transmisión del virus al niño durante el embarazo. Con sus comentarios Sandra fue permitiendo que la mujer contara —e incluso tal vez que se preguntara a sí misma— acerca de los temores y dudas que la acechaban. Por ejemplo, tenía mucho miedo de transmitirle el virus a su hijo en las interacciones cotidianas, por lo que no sabía cómo interactuar con él en esta nueva situación. Sandra no sólo ofreció información sobre las vías de transmisión, formas de cuidado e incluso algunos consejos prácticos, sino que reconoció inmediatamente en comentarios ‘al pasar’ algunos de los aspectos que suelen organizar significativamente la vida cotidiana de quienes viven con el virus y los colocó como temas en la conversación. Entre ellos, los cuidados de sí y de otros, y la *gestión del secreto*. Este último es un aspecto que, tal como lo señalan varios estudios (Pierret, 2003b; Recoder, 2011; Barber, 2015), resulta central en la organización de la biografía de los afectados.

La mujer estaba muy preocupada respecto si debía o no contarle al padre de su hijo y sobre las consecuencias que eso podría tener en su relación con el niño. Le explicó a Sandra que le parecía que al decirle a otros de su infección los podría poner en “una situación incómoda” y aclaró: “una situación incómoda para el otro... yo también discriminé”. Sandra reconoció inmediatamente un asunto que desbordaba la preocupación por poner al otro en “una situación incómoda” y primero le recomendó que cuando pudiera fuera informándoles a sus últimas parejas sexuales, pero que fundamentalmente en esta primera etapa ella evaluara a quién decir y a quién no decir. Sugirió que sería bueno contar con el apoyo de amigos o familiares que ella considerara que la podrían contener, luego con el tiempo ella podría considerar a quiénes más contarles, a quiénes no y de qué manera. Al igual que en las otras situaciones, cuando Sandra le dio el turno para la extracción de sangre le pidió las ordenes de los otros estudios que tenía que hacerse y consideró con ella cuál era el mejor día. La mujer le agradeció y le dijo que se iba mucho más tranquila, que le había hecho muy bien hablar con ella. Fueron este tipo de escenas y declaraciones las que me llevaron a interrogarme acerca del carácter de estas intervenciones.

Fue posible reconocer, en la forma en que Sandra condujo la interacción y en las indicaciones u “orientaciones” que le brindó, su experticia en la materia. A lo largo de esa conversación guiada por la trabajadora social esta mujer fue construyendo una narrativa, primera e incipiente, sobre su padecimiento. Aquí las preguntas, la entrevista guiada orientó un ordenamiento posible acerca de valoraciones y sentidos vinculados a su padecimiento. Es en este sentido que considero esta práctica y aquello que llamé *poner en orden* como intervenciones dirigidas a organizar o a acompañar la construcción de *trayectorias terapéuticas*.

En resumen, esta tarea denominada “el testeo” que las trabajadoras sociales desempeñaban en el marco de la atención a la demanda espontánea mostró algunas características de la particular oferta de atención del VIH-Sida que tenía el hospital. Una organización de la atención atravesada por los lineamientos y recomendaciones de agencias internacionales, los proyectos con financiamiento externo, las historias singulares de los profesionales implicados y la participación —más o menos organizada— de los afectados.

También se evidenció en el análisis del “testeo” en la demanda espontánea, los porosos límites entre lo “administrativo” y la “especialización profesional”. El foco puesto en la consejería pre-test puso de relieve que las intervenciones de estas profesionales, *rutinizadas* o no, requerían de una enorme pericia para utilizar los escasos recursos disponibles para acompañar a las personas en la búsqueda de respuestas al problema de vivir con VIH.

Frente a la fuerte valoración de las especializaciones, la participación en equipos interdisciplinarios y la desacreditación de la demanda espontánea bajo el rótulo de actividad administrativa cabe preguntarse por qué estas trabajadoras sociales no mencionaron la intervención en el marco de la oferta de testeo para VIH como una práctica valorada. ¿Por qué razón el testeo ha quedado oculto entre las restantes tareas administrativas (en sus términos) que desarrollaban en la atención de la demanda espontánea? ¿Qué es lo que hace que, donde yo reconozco intervenciones significativas en la organización de trayectorias, estas profesionales identifiquen tareas rutinarias e impuestas?

En el último apartado de este trabajo y con el objeto de proponer una integración de los ejes que desarrollamos en los capítulos anteriores quisiera poner la atención en la demanda que las personas realizan en el Servicio Social.

Capítulo 6

La demanda de las personas: la clave para desentrañar el misterio de “lo administrativo”

Un miércoles de noviembre llegué al Servicio Social del hospital cerca de las 9:00 am, la puerta estaba abierta. Me recibió Tita, la secretaria del servicio, mientras Sandra atendía a una persona en su escritorio. Ya habíamos acordado que esa jornada yo permanecería en el servicio para registrar la “demanda espontánea”. Cuando Sandra se desocupó, me saludó y comentó que esa sería una mañana tranquila porque había paro de los trabajadores de la salud. Después del comentario seguimos conversando sobre las noticias que se anunciaban en la radio: los avances en la investigación del “triple crimen”.¹

En mis registros solía utilizar un título para identificar rápidamente el día de campo y titulé con ironía este registro como *Los Sosa en una mañana “tranquila”*. En ese documento quedó registrada una secuencia de personas que llegaron a las oficinas del Servicio Social con alguna solicitud y las correspondientes intervenciones de las trabajadoras sociales. Edité a continuación ese registro de campo de modo de ilustrar la dinámica de la demanda de esa jornada.

1 Refiere a una noticia del momento acerca del tráfico de efedrina y el asesinato de tres personas en General Rodríguez.

Llegó una chica [...] Le dijo a Sandra: “¿para hacerme la libreta sanitaria?” [...] explicó que tenía que presentar la libreta en un trabajo nuevo y que mañana era el último día para hacerlo. Sandra le explicó que en primer lugar hoy no podría hacer nada porque había paro, pero de todos modos, sacar la libreta suponía: pedir un turno con un clínico “que te van a dar para dentro de un mes”, cuando el médico le diera las órdenes para los exámenes debería pedir turno para cada uno “eso te va a llevar más o menos otro mes”, y finalmente esperar los resultados, otro mes. “En total calculá que son como tres meses. De ninguna manera eso se hace en un día”.

[...] Llegó un pibe de unos 25/30 años con dos papelitos abrochados, se los extendió a Sandra sin decir ni una palabra. Sandra le preguntó “¿Te hiciste el HIV y venís a buscar el resultado?”, el chico dijo que sí.

[...] Un hombre con una mujer de unos 20 años. El hombre trabajaba en la farmacia del hospital, [...] le explicó a Sandra que a la chica le faltaba alguna documentación para que él pudiera entregarle la medicación, le preguntó algo así como “¿qué podemos hacer?”. Sandra extendió la mano pidiéndole con el gesto los papeles a la mujer [...]

[...] Llegó una chica para “un alta”, Sandra le indicó que la viera a Rosa. Al parecer era menor de edad y había tenido a su bebé en el hospital; la habían mandado de obstetricia.

Golpeó la puerta una mujer muy delgada que venía con una chica de unos 12/ 13 años. La señora dijo que la mandaban de infectología y le extendió un papel

pequeño a Sandra. [...] le dijo a la señora que ellos no tenían medicación allí, que en tal caso se fijara si la tenían en farmacia, pero algo parecía no cerrarle y le pidió el otro papel que la señora tenía en la mano. Sandra lo leyó, lo volvió a doblar al medio sin decir ni una palabra, se lo devolvió a la señora y le preguntó si la había visto el médico en infectología. La señora dijo que no, [...] corroboró la información: “¿lo vio al médico?”, la señora respondió que no. Sandra estaba muy seria, le dijo a la señora que era necesario que la viera un médico, que le dijera a ese hombre [uno de los promotores/voluntarios] que tenía que verla el médico, que se sentara allí hasta que la atendieran. [...]. Cuando cerró la puerta, Sandra nos dijo: “una violación”.

[...] Una mujer [...] venía con una orden para hacerse una tomografía de un centro de salud de [una localidad del municipio]. No recuerdo qué pasó con ese trámite, recuerdo que el problema era que para pedir turno la orden tenía que emitirla un médico de este hospital.

[...] Un hombre llegó al servicio y dijo “estoy perdido”, traía una bolsa de plástico con varios papeles. Era un trámite para medicación de diabetes. Sandra le acomodó los papeles y le indicó que fuera a la farmacia.

[...] Llegó al servicio una mujer joven, muy bonita, se acerca y le dice a Sandra que la mandaron de infectología para hacerle un test de HIV a su hijo de cinco años. Sandra la invita a sentarse y le pregunta si sabe por qué le indicaron un VIH al hijo.

[...] Llegó al servicio una chica de unos 15 años acompañando a una mujer muy grande, después supe que tenía 74, pero le hubiese dado como mínimo 80. La mujer tenía dificultades para caminar y las manos se las veían muy deformadas [...] Mariana dijo que ella la atendería. La chica le dio un papel, y Mariana preguntó “¿es tu abuelita?”, la chica dijo que sí. Mariana le preguntó a la chica si sabía por qué le pedían un HIV a la abuela, la chica dijo que no sabía [...] la señora le explicó a Mariana que su hija había fallecido de Sida.

Llegó un hombre con una orden para un VIH, esta vez lo atendió Sandra. Miró los papeles y dijo “es por la tuberculosis, le piden el HIV de rutina”, el hombre asintió. Le preguntó si lo habían mandado del consultorio de neumonología [...]

Llegó una persona que venía con una receta de un centro de salud mental de la zona. Sandra le indicó que preguntara en farmacia si tenían el medicamento, pero que era muy probable que no lo tuvieran. Después que el paciente se fue, Sandra se quejó porque “los mandan acá porque ellos no tienen la medicación pero acá tampoco hay. ¡Podrían llamar antes de mandar a la gente!”

Mabi dijo: “ison los Sosa!”; Mariana recordaba muy bien a la mujer. Mariana y Mabi se sentaron en un escritorio e hicieron pasar a la mujer. Ella se sentó con el bebé en brazos, en otra silla estaban las dos nenas sentadas, una tenía unos cuatro años y la otra tal vez cinco o seis, el bebé calculo que tendría unos 6 meses. [...] Mariana le recordó a la mujer que el bebé tenía que hacerse estudios, y que ella había interrumpido

el diagnóstico [de VIH] del bebé. La mujer respondió que le habían hecho el test y que le había dado positivo, Mariana dudó de esa información pero de todos modos le dijo que en cualquier caso el bebé tenía que estar en tratamiento [...] Mabi le preguntó por su hermano, la chica le dijo que hacía tiempo que no lo veía pero que su hermana lo había visto. Mabi le preguntó cómo estaba la hermana, la chica dijo que mal, que estaba muy flaca y que tosía mucho. Mabi le dijo “tu hermana está enferma, tiene que venir al hospital. Se va a morir.” La mujer asentía con la cabeza [...] Mabi le preguntó nuevamente por el hermano, le dijo “él también está enfermo”. La mujer dijo “ah! ¿usted me dice Daniel?”, [...] “Daniel murió hace tres meses”. Mabi no le sacaba la mirada de encima, hizo una pausa y le preguntó “¿murió?” La mujer respondió que sí, [...] se le llenaron los ojos de lágrimas y con la voz quebrada dijo: “yo también estoy muy flaquita” mientras se levantaba la pollera larga para mostrar sus piernas. [...] le extendió un papel a Mariana, ella lo leyó rápidamente [...] La mujer explicó que el juez vio que la nena tenía un bulto en la pierna y que por eso le dijo que la tenía que llevar al pediatra, pero que la otra nena también lo tenía y que ella misma también. [...] Mabi le dijo que tenía que llevar a los chicos al médico y que el bebé tenía que estar en tratamiento, también tendrían que hacerle estudios a todos los chicos para ver si no tenían tuberculosis. [Registro de Campo, 12/11/2008]

Así transcurría aquella “mañana tranquila” en el Servicio Social del hospital, una como tantas otras jornadas de trabajo de estas trabajadoras sociales. Esta especie de collage de imágenes pretende ilustrar con gruesos trazos la dinámica de la “demanda espontánea”.

Las escenas presentadas recortan de las interacciones los motivos que en primera instancia las personas exteriorizaron a las trabajadoras sociales al llegar al servicio. En la “demanda” de quienes llegaron esa mañana aparecen implicados: documentos, gestiones, formularios, demandas urgentes, procedimientos internos del hospital, denuncias judiciales, derivaciones de otros centros asistenciales, indicaciones del juez, personas “perdidas” que no conseguían ser atendidas, la incertidumbre y el temor vinculados al padecimiento, las marcas del daño exhibidas en el cuerpo, papeles, trámites, el gesto severo que acompañaba la denuncia por abuso sexual, el miedo a la muerte.

También registré con cierta regularidad durante las jornadas de observación de la atención de la “demanda espontánea” otras escenas que no implicaron solicitudes puntuales. Me refiero a situaciones como la de la familia Sosa que, en primera instancia, no llegó con una solicitud específica o algunas mujeres que se acercaron al Servicio Social expresando que querían “hablar con su trabajadora social”, sin más.

Frente a esta compleja y heterogénea realidad me resultaba difícil pensar que la intervención de las trabajadoras sociales pudiera ser descripta como una cuestión meramente administrativa y a la vez encuentro significativo que las trabajadoras sociales así lo hicieran. Más aun, no sólo se refirieron a este trabajo como “más bien administrativo”, sino que, como señalé anteriormente, Sandra eligió ocuparse de la atención de la demanda espontánea cuando se incorporó al Servicio Social porque, tal como lo explicó, “estaba en crisis con la profesión” y prefirió hacerse cargo de la actividad más alejada del ejercicio profesional:

tampoco me sentí en condiciones de volver a historias... ¿viste? entonces [...] cuando Luisa me dijo, le dije: “bueno mirá, yo te ofrezco hacerme cargo de todos

los días de atención” ¿viste? [...] que mayormente es la encuesta que no hay la historia, no hay el seguimiento que es lo que a mí me cuesta sostener digamos [...].
[Sandra, trabajadora social]

Por otra parte, como señalé en capítulos anteriores, las trabajadoras sociales habían excluido en sus relatos sobre la atención del VIH a la demanda espontánea. Ellas manifestaron que su participación consistía en el seguimiento de niños expuestos, la coordinación de un taller de mujeres seropositivas y la participación en el equipo interdisciplinario de infectología creado en el marco del proyecto de adherencia financiado por el Fondo Global. Ninguna de estas actividades se desarrollaba en el espacio de la atención de la demanda espontánea. Lo único vinculado a la atención del VIH que se desarrollaba en el Servicio Social era la consejería para el testeo; y, como describí en el capítulo anterior, al parecer esta práctica también había quedado “mezclada” o tal vez confundida dentro del conjunto de tareas catalogadas como administrativas.

Sin embargo, de la secuencia presentada al comienzo, y de algunas escenas etnográficas que presentaré más adelante, surge con claridad que los aspectos vinculados a la atención del VIH-Sida aparecían imbricados en la trama de la demanda espontánea. Así, la búsqueda de respuestas al problema del VIH desbordaba la oferta organizada desde el servicio de infectología, los proyectos, las actividades propuestas por los equipos interdisciplinarios y hasta el propio dispositivo de testeo. Incluso, las personas que llegaban al Servicio Social no siempre concurrían con la demanda puntal de realización del test y llegaban simplemente para “hablar” con su “asistente social” y en el marco de esa interacción el problema del VIH-Sida volvía a aparecer en el contexto de otras vulnerabilidades y sufrimientos.

Me resultó llamativo que, habiendo compartido con las trabajadoras sociales varias jornadas de observación en ese espacio de atención pudiéramos construir sentidos tan diferentes respecto de sus prácticas. Lejos de su calificación de la atención de la demanda espontánea como tarea administrativa, reconocí en ella, como lo señalé respecto del asesoramiento pre y post test de VIH, aspectos sumamente significativos de sus prácticas profesionales. La posibilidad de compartir interacciones en ese espacio me permitió atender a los relatos sobre aspectos significativos de las vidas de quienes llegaban al Servicio Social y las respuestas de las trabajadoras sociales, como partes de la compleja trama de relaciones que se tejían alrededor de la búsqueda de respuestas a la enfermedad. Ha sido justamente atendiendo a las demandas de las personas, prestando atención a esas interacciones, que conseguí abordar la pregunta respecto de la enorme distancia entre su propia percepción y la mía.

De burócratas de nivel de calle a mediadoras en los márgenes del Estado

Como ya adelanté, algunas personas pasaban por el Servicio Social aparentemente con el único propósito de hablar con su “asistente social”. Todas las situaciones de este tipo que registré incluían sólo a mujeres y Mariana me permitió acompañarla en varias de esas interacciones. Eran mujeres que ella conocía previamente y que le narraban situaciones sumamente desesperadas sobre las que yo a priori entendí que Mariana no tenía jurisdicción, y en general involucraban a niños sobre quienes había algún tipo de intervención judicial.

¿Qué estaban procurando estas personas cuando “hablaban” con su asistente social? ¿Por qué viajaban desde lejos

hasta el hospital para plantearle situaciones sobre las que aparentemente ella no tenía capacidad de decisión/intervención alguna?

Estas interacciones a las que me refiero estuvieron marcadas por fuertes emociones de un lado y de otro. Y lo subrayo porque, como lo vengo describiendo, en el Servicio Social solían ponerse en juego intensas vivencias. Un día, por ejemplo, llegé al servicio una señora a quien llamé Nora. Mariana, como otras veces, me invitó a que las acompañara durante el encuentro. Nora no había sido citada, llegó hasta el hospital sólo para hablar con Mariana. Esa mañana la trabajadora social había tenido mucho trabajo y sobre el final de la jornada salió a acompañar a una persona y allí la encontró. Cuando Nora se sentó al escritorio comenzó el diálogo diciendo: “yo no aguanto más, señora Mariana”.

Se la veía desesperada, muy nerviosa, enojada, preocupada. Le explicó que había llegado al hospital a buscarla pero no lograba recordar su nombre, que se puso muy nerviosa porque estaba en la puerta del Servicio Social pero no sabía por quién preguntar. Mientras trataba de recordar el nombre, Mariana salió a acompañar a alguien, y cuando la vio lo recordó: “¡Mariana!”: “imagínese cómo estoy, señora Mariana, que no me podía acordar su nombre”. Parecía que entre ellas había habido algún vínculo, lo que explicaría la sorpresa de la señora al no recordar el nombre de la trabajadora social. [Registro de Campo, 29/10/2008]

Estimo que Nora tendría unos 70 años, tenía el rostro completamente surcado por arrugas, de baja estatura, el pelo corto y la mirada triste. Se sentó en la punta de la silla, la espalda erguida y el torso levemente inclinado hacia el escritorio de Mariana; mantenía las manos sobre las

rodillas sosteniendo una bolsa de plástico dentro de la cual tenía otra bolsa y varios papeles. Cada tanto se secaba con las manos la transpiración del rostro. Durante la conversación Mariana estuvo sentada al otro lado del escritorio, por momentos dejaba caer la cabeza y la meneaba en un gesto que parecía de resignación o indignación; en otros lanzaba el torso sobre el escritorio, se recostaba en el respaldo de la silla, se tomaba la cabeza. La gravedad de los gestos acompañaba la gravedad de las palabras.

Mariana preguntó si su hija le estaba dando la medicación al bebé. Nora respondió con la mirada fija en Mariana: “no, señora Mariana, ella no le da los remedios, ella sólo se ocupa de la droga”. La trabajadora social se alarmó, le dijo que eso era muy grave, y agregó: “se va a morir”, refiriéndose al bebé. La expresión fue muy fuerte, nunca la escuché decir algo así, lo dijo en voz baja como quien piensa en voz alta. Pero Nora escuchó, “ya lo sé, pero yo ya no sé qué hacer, nadie me cree, nadie hace nada”. [Registro de Campo, 29/10/2008]

Mariana me explicó después, como hacía habitualmente, “el caso”² y lo refirió como “una abuela que hace lo que puede con todo eso”. La hija de Nora estaba infectada con VIH y había tenido un bebé hacía unos meses en el hospital, el bebé también se había infectado por lo cual debía llevar adelante un tratamiento ARV. Además el niño tenía un problema hematológico y, en virtud de su estado de salud tan complejo y delicado, había sido derivado a otro hospital especializado.

2 En el capítulo cuatro analicé la forma en que se presentaba el caso social a otros profesionales. Esa narración sintética solía tener un título que permitía la rápida identificación. Las trabajadoras sociales también me presentaban a mí los casos con la misma modalidad.

Ni aun uniendo los fragmentos de relato alcancé a entender cómo se había iniciado la intervención judicial a la que hacía referencia Nora. Sin embargo, el procedimiento general del hospital cuando una mujer daba a luz y el Servicio de Obstetricia o de Neonatología suponía que era usuaria de drogas, consistía en derivar ‘el caso’ al Servicio Social del hospital. Si la trabajadora social que intervenía consideraba que podían estar siendo vulnerados los derechos del bebé, pedía la intervención del Servicio Local³ y el alta social del bebé se demoraba hasta que se tomara una decisión respecto de quiénes serían sus cuidadores. Al parecer, el Servicio Local consideró que este niño podía estar al cuidado de su madre, pero Nora estaba tratando de demostrar que su hija no cuidaba adecuadamente del bebé.

La trabajadora social le recomendó que fuera a hablar con quien llevaba “el caso” en el Servicio Local, pero Nora respondió terminante: “¡no, señora Mariana, ya fui, no hacen nada!” La preocupación de Nora estaba clara, “señora Mariana, a ella todos le creen, a mí no me cree nadie, yo quiero ir a hablar al juez porque no puedo más”, y la decisión ya estaba tomada. [Registro de Campo, 29/10/2008]

A lo largo del registro me pregunté varias veces ¿por qué había ido Nora a hablar con la trabajadora social? Ella ya había tomado una decisión, no parecía estar esperando que Mariana resolviera algo y tenía muy claro dónde y quiénes tenían que “hacer algo”, para Nora era el juez quien debía actuar para evitar que la vida de su nieto siguiera en peligro.

3 Los Servicios Locales y Zonales de Protección de Derechos fueron creados en el marco de la ley provincial 13.298.

Didier Fassin (2003) propone un análisis de los usos políticos del cuerpo a partir del estudio de dos políticas públicas francesas: los subsidios para desempleados y la regularización de los “indocumentados” en nombre de la razón humanitaria. En ese trabajo muestra cómo el cuerpo es utilizado como último recurso para reivindicar un derecho: “La exposición de sí mismo, ya sea mostrando un ejercicio narrativo o de una revelación física (lo uno no excluye lo otro), pertenece a las figuras contemporáneas del gobierno [...] de los dominados” (Fassin, 2003: 53).

La exposición del cuerpo se hace a través de relatos autobiográficos o fragmentos narrativos que ponen en evidencia, en los términos del autor, el infortunio, el sufrimiento y la enfermedad, apelando al reconocimiento de la vida como bien supremo. En estos pedidos los solicitantes tanto del subsidio como de la tarjeta de residencia esperan lograr el reconocimiento del estado exponiendo el cuerpo y su sufrimiento cuando todos los otros fundamentos de legitimidad para acceder a esos derechos parecían haber sido agotados. Este autor reconoce en estas solicitudes cuatro tópicos fundamentales —la necesidad, la compasión, el mérito y la justicia— a los que recurren los solicitantes en sus relatos para mostrarse merecedores de esos recursos. Del otro lado de estos relatos/solicitudes se encuentran los agentes que los reciben y evalúan. Al respecto Fassin señala que durante las entrevistas a algunos funcionarios, éstos mencionaron que muchas veces terminaban llorando junto con los solicitantes, movidos por la empatía con ese sufrimiento, pero que en otros momentos, al estar permanentemente escuchando estos tipos de relatos dejaban ya de conmoverlos y los banalizaban, como si se produjera una suerte de “embotamiento de la simpatía”. El papel de estos funcionarios es clave en la gestión y asignación de estos derechos en la medida en que estas políticas procuran “singularizar la respuesta”, sería algo así como a cada quien según su necesidad, dice el autor.

Allí donde los poderes públicos invocan la singularización de los tratamientos para tomar en cuenta los desamparos individuales, los funcionarios tienen enormes dificultades para construir su gestión sobre su propia sensibilidad a la desgracia. (Fassin, 2003: 69)

Fassin califica las decisiones que estos agentes estatales deben tomar como *decisiones patéticas*. Se refiere con ello a decisiones en las que administran recursos escasos, que tienen un impacto muy alto en la vida de los solicitantes y que son tomadas confrontando directamente con el sufrimiento del otro: “La decisión patética procede entonces de una asociación entre escasez de recursos, situación de vida o muerte y confrontación directa con el sufrimiento del otro” (Fassin, 2003: 64).

En su relato Nora expuso muchos aspectos de su vida y la de su familia que le producían dolor, preocupación hasta la desesperación; en sus palabras aludía a haber agotado sus recursos: “la vengo a ver porque ya no sé qué hacer”. Podríamos asumir que, al igual que en las solicitudes que analiza Didier Fassin, este era su último recurso y era así que solicitaba una intervención del estado para proteger a su nieto que corría serio peligro. En algún sentido era la corporificación del sufrimiento social lo que se exponía en esa escena y la propia vida biológica la que estaba en juego aquí.

A Mariana se la veía profundamente afectada y conmovida por el relato de Nora y aparentemente disponía de pocos recursos para revertir esa situación. De todos modos, Nora sabía que la intervención de Mariana no alcanzaba para cambiar el curso de las cosas: quitarle la tenencia del nieto a su hija, suspenderle la pensión asistencial para que no dispusiera de dinero para el consumo de drogas y eventualmente lograr que la justicia la obligara a realizar un tratamiento para recuperarse de su adicción. Ninguna de esas decisiones podía tomarla Mariana y Nora tenía eso muy claro.

El relato de Nora no poseía la organización y direccionalidad de los escritos analizados por Fassin sino que era desordenado, presentaba eventos sueltos, todos marcados por la angustia y el dolor:

Nora fue sacando papeles de la bolsa, le pidió a la trabajadora social que le dijera cuál de esos era “la citación por amenazas”. Mariana se lanzó sobre el escritorio y preguntó qué había pasado. Nora contó que había ido a la comisaría de su barrio a denunciar a su hija⁴ porque la amenazó y que le había llegado “un papel” pero que no entendía a dónde debía ir ni cuál de los papeles correspondía a la citación. La trabajadora social fue mirando los documentos, con el primero le dijo “esto es una citación por una denuncia por abuso sexual a un menor”. Nora le explicó que se trataba de su otro nieto y Mariana alarmada le preguntó si abusaron de él. Ella le dijo: “no, no” [...] y dio una explicación acerca de unos vecinos que vieron a un hombre del barrio pidiéndole a su nieto que se bajara los pantalones por lo que hicieron la denuncia [...]. Al parecer ese asunto estaba aclarado. [Registro de Campo, 29/10/2008]

En cada intervención esta abuela dejaba ver en trazos incompletos, en fragmentos, relaciones con vecinos, familiares, la policía, el sistema judicial, entre otros. Eran todas escenas que transitaban entre la legalidad y la ilegalidad,

4 Misse (2005) sostiene que “la construcción social del delito” comienza y termina sobre la base de algún tipo de “acusación social”. Para ello despliega distintas dimensiones del proceso de construcción social del delito. En cuanto al hecho de que personas cercanas se “incriminen”, encuentro llamativo que en éste, como en otros casos, la denuncia es el recurso que esta mujer encuentra para proteger a su nieto. En una oportunidad una mujer comentó a la trabajadora social que había denunciado a su hija por el consumo de drogas, y agregó: “yo sé que mi hija se va a morir, pero no quiero se muera en la calle”: era un recurso para proteger en este caso a la propia hija.

entre la formalidad y la informalidad, entre la violencia y la solidaridad, retratando situaciones que —podría decirse— se desarrollaban en los *márgenes del estado*.

En la presentación de la compilación *Anthropology in the Margins of the State*, Veena Das y Deborah Poole señalan que los estudios incluidos allí procuran apartarse de la idea consolidada del “estado como forma administrativa de organización política racionalizada que tiende a debilitarse o desarticularse a lo largo de sus márgenes territoriales y sociales” (Das y Poole, 2008: 19). En cambio, proponen reflexionar acerca de “cómo las prácticas y políticas de la vida en estas áreas modelan las prácticas políticas de regulación y disciplinamiento que constituyen aquello que llamamos ‘el estado’” (Das y Poole, 2008: 19). Es así que, el concepto de *margen* desborda la idea de *excepción*, opuesta a la forma normal del poder estatal y se aparta de la idea de un adentro y un afuera del estado, de la ley. Los márgenes constituyen espacios en los que rige una pluralidad de reglas, sobre los que el estado ejerce controles y desde donde se generan nuevas regulaciones. Son también espacios en los que la vida puede verse habitualmente amenazada y en los que la creatividad se desarrolla. En este sentido, el relato de Nora puede pensarse como un retrato hecho de retazos de las relaciones de las personas, las familias y las instituciones en los márgenes del estado. Retornemos al registro en búsqueda de por qué Nora se había trasladado al hospital para consultar a su asistente social.

Nora dobló el papel y lo guardó. Evidentemente no podía leer, de modo que cada documento que la trabajadora social le descifraba ella lo doblaba de un modo diferente para identificarlo, y lo guardaba en lugares diferentes diciendo: “esto es de fulanito”, “esto es lo de las amenazas” y así. [Registro de Campo, 29/10/2008]

Nora repitió varias veces frases como: “señora Mariana, nadie me da una respuesta, le creen a ella, yo no sé qué les dice”. En un momento de la charla preguntó: “¿qué tengo que decir para que me crean?” La trabajadora social le respondió que no era lo que decía su hija lo que resultaba convincente, sino que ella “armaba tal escándalo” que, “con tal de sacársela de encima”, le concedían lo que pidiera. [Registro de Campo, 29/10/2008]

La señora no podía leer, y leer, comprender la documentación, era una herramienta clave para lograr su propósito, a saber, lograr que la justicia le quitara la tenencia del nieto a su hija y llevar adelante su tratamiento. Mariana, “su asistente social”, podría poner en orden sus papeles y organizar el camino a seguir. De todos modos, Nora ya tenía decidido que iría a “hablar con el Juez” y en ese marco era significativa la pregunta que le hizo a Mariana: “¿qué tengo que decir para que me crean?” Así apeló tanto al vínculo que las unía como también a un saber específico de la trabajadora social: ella podía darle las claves para lograr que su “versión de los hechos” fuera considerada en la maquinaria judicial. Qué decir y cómo decirlo “para que me crean” suponía una experticia que excedía la mera interpretación de la documentación.

Finalmente, Mariana acordó con ella que lo mejor sería que fuera al juzgado. Le escribió la dirección, pero Nora ya sabía dónde quedaba. También le recomendó que al día siguiente fuera al Servicio Local, y le dijo que si allí no le daban una respuesta que fuera a otra dependencia, y agregó: “va, se sienta ahí, y les dice: hasta que no me atiendan yo de acá no me muevo”. Nora agradeció y se despidió de la trabajadora social diciendo: “yo le agradezco señora Mariana, yo la vengo a ver a usted porque yo no sé qué hacer”. [Registro de Campo, 29/10/2008]

En el cierre del encuentro, como lo señalé ya en otras interacciones, la trabajadora social propuso a Nora realizar una serie de acciones y un recorrido y a la vez le ofreció alguna certeza frente a la angustia o la impotencia. Esta “abuela que hace lo que puede con todo esto”, se iba así con alguna certidumbre sobre sus próximos pasos.

El lugar de los trabajadores sociales en la “maquinaria” estatal y en la ejecución de políticas públicas ha sido un tema de amplia reflexión. Desde enfoques diferentes, con abordajes críticos o tradicionales, se ha debatido acerca de la función del trabajo social y su rol reproductor del orden social o como ejecutor de políticas de estado (Grassi, 1989; Oliva, 2007; Evans & Harris, 2004). En la década de 1980 se popularizó el concepto acuñado por Michael Lipsky de “burócratas del nivel de calle” para referirse a los funcionarios de más bajo nivel en la escala estatal, aquellos que interactúan cara a cara con la demanda de las personas.

Los burócratas de nivel de calle se identifican como personas empleadas por el gobierno, que (1) son convocadas a interactuar constantemente con los ciudadanos en el curso regular de sus puestos de trabajo, (2) tienen significativa independencia en la toma de decisiones laborales y (3) tienen potencialmente un fuerte impacto en la vida de sus clientes.

sus experiencias laborales están [...] afectadas por [...] la falta de disponibilidad relativa de recursos, tanto personales como organizacionales, [...] y expectativas de rol ambiguas, contradictorias y de alguna manera inalcanzables.⁵ (Lipsky, 1969: 2, 4. Traducción propia)

5 Texto original: “A Street-level Bureaucrat is defined as a public employee whose work is characterized by the following three conditions: 1. He is called upon to interact constantly with citizens in

Lipsky discute con algunas nociones clásicas de las burocracias que asumen que los agentes estatales de menor nivel son meros ejecutores de políticas y que operan con neutralidad en el ejercicio de su rol. Su interés en analizar la autonomía y singularidad con que estos funcionarios operan le permite dar cuenta de las transformaciones que su accionar imprime a las políticas y los programas estatales. Este autor destaca el papel de “hacedores” de políticas de estos burócratas de nivel de calle tanto por la elección que hacen de las personas que van a ser objeto de las sanciones o servicios del estado como por la incorporación de estas personas en la comunidad política, subrayando aquello que denomina su “poder discrecional”.

Varios estudios (Howe, 1992; Moody & Musheno, 2003; Evans & Harris, 2004; Dubois, 2010) han retomado esta propuesta para analizar las intervenciones de docentes, policías, funcionarios judiciales locales y, por supuesto, también trabajadores sociales, en la ejecución de políticas públicas o aplicación de programas. En general estos trabajos procuran analizar a estos agentes estatales discutiendo con las ideas clásicas de burocracia que asumen a los agentes implicados como “clientes y burócratas anónimos e intercambiables” para señalar que la discrecionalidad o autonomía con la que ejercen su tarea está permanentemente modelada/afectada por la proximidad que experimentan con los sujetos que demandan

the regular course of his job. 2. Although he works within a bureaucratic structure, his independence on the job is fairly extensive. One component of this independence is discretion in making decisions; but independence in job performance is not limited to discretion. The attitude and general approach of a Street-level Bureaucrat toward his client may affect his client significantly. These considerations are broader than the term discretion suggests. 3. The potential impact on citizens with whom he deals is fairly extensive.

The discussion will apply to aspects of street-level bureaucracy when the following conditions are relatively salient in the job environment: 1. Available resources are inadequate. 2. Work proceeds in circumstances where there exists clear physical and/or psychological threat, and/or the bureaucrat's authority is regularly challenged. 3. Expectations about job performance are ambiguous and/or contradictory, and include unattainable idealized dimensions”.

sus derechos al estado a través de ellos o en interacción directa con ellos (Dubois, 2010).

En el estudio citado, Dubois analiza la tarea de los funcionarios de las oficinas públicas de asistencia de familia en Francia y refleja lo que llama un pasaje de políticas basadas en derechos, “sistema clásico”, a otro “modernizado” que supone respuestas focalizadas a solicitudes individuales y una evaluación singular de cada una de las mismas. El autor explica su interés en el papel de estos burócratas de nivel de calle en los siguientes términos:

[...] más allá de la mera movilización de su ‘capital social’ en la asistencia a sus clientes [...] es necesario entender qué hacen para comprender la institución en la que actúan y los modos en que se implementan las políticas [...].⁶ (Dubois, 2010: 16. Traducción propia)

Se trata de un estudio etnográfico sobre las transformaciones en las políticas públicas francesas en el que procura captar las interacciones de estos agentes estatales con las personas que llegan hasta allí con sus demandas para acceder a algún subsidio y los juicios y valoraciones implicados.

En primer lugar, el estudio muestra que la dominación burocrática no deriva de una administración anónima con reglas impuestas mecánicamente. Es llevada adelante por individuos que no son simples engranajes en una máquina sino más bien individuos cuya posición de autoridad permite juicios y mandatos que el funcionamiento administrativo no impone sino hace

6 “[...] beyond the mere mobilisation of their ‘social capital’ in helping clients [...] we have to understand what they do to comprehend the institution within which they act and the way policies are implemented [...]”.

posible. El hecho de que agentes colocados en una posición superior en comparación con los solicitantes puedan dar órdenes o realizar preguntas que son más un testimonio de sus valores personales que de la regla administrativa es una buena ilustración de esto: ‘¿Podría dejar de cambiar parejas!’ o ‘¿Está usted seguro que está buscando activamente trabajo?’⁷ (Dubois, 2010: 15. Traducción propia)

Dubois analiza las interacciones de los burócratas de calles con los beneficiarios/solicitantes atendiendo a la singularidad de estos agentes y las condiciones en las que desarrollan sus tareas incluida la dimensión de las emociones tanto de los afectados como de los propios agentes estatales. Su análisis (y en un sentido también el trabajo antes citado de Didier Fassin) se aparta así de la idea weberiana de que las burocracias son instancias neutras, despojadas de valores, emociones y subjetividades.⁸

Considero que los debates planteados en torno del concepto de Lipsky pueden aportar a nuestro análisis de las prácticas y decisiones de las trabajadoras sociales de este hospital del conurbano bonaerense en tanto “hacedoras”

7 “First of all, the study shows that bureaucratic domination does not derive from an anonymous administration with mechanically enforced rules. It is carried out by individuals who are not just cogs in a machine but whose position of authority allows judgements and injunctions that the administrative functioning does not impose but makes possible. The fact that agents in a superior position, compared to the applicants, allow themselves to give orders or ask questions that are more a testimony of their own personal values than the administrative rule is a good illustration: ‘Maybe you could stop changing partners!’ or ‘Are you really sure you’re actively looking for a job?’”. (Dubois, 2010:15)

8 “Cuando llega a desarrollarse plenamente, también la burocracia se rige, en un sentido específico, por el principio del *sine ira ac studio*.^{*} Su índole peculiar, bien recibida por el capitalismo, evoluciona tanto más perfectamente cuanto más se ‘deshumanice’ la burocracia, cuanto más acabadamente logra despojar a los asuntos oficiales del amor, el odio y demás factores personales, irracionales y emocionales que escapan a todo cálculo. Ésta es la índole peculiar de la burocracia, y es estimada como su virtud específica”. (Weber, 2000: 51-52) (^{*}*sine ira ni preocupación*)

de políticas. Sin embargo, encuentro que estos abordajes tan preocupados por la reproducción/autonomía en el ejercicio del funcionarios nos devuelven a concepciones del estado como forma administrativa racional que va perdiendo control hacia los márgenes, o en los términos de Lipsky en el “nivel de calle”. Es con esa perspectiva que analizan los modos en que estos funcionarios estatales “implementan” políticas.

En mi análisis, lejos de ser meras “aplicadoras” o “reproductoras” de políticas en los niveles más bajos de la escala estatal, las trabajadoras sociales interpeladas por la demanda de personas como Nora, parecen más bien operar como mediadoras en *los márgenes*, orientando los itinerarios que las personas describen para procurarse respuestas a sus necesidades y poniendo de manifiesto su capacidad de maniobra para gestionar, aplicando o “salteando” las normas, haciéndolas cumplir y muchas veces ayudando a esquivarlas.

Además, Nora acudió a Mariana porque ella iba a poder comprender su relato sin la “edición” requerida por las burocracias. Nora podía expresar allí su desesperación, sus deseos, sus preocupaciones con la complejidad y las contradicciones que ellos tenían y a la vez sabía que ese relato no tenía la forma necesaria para tramitarse en las burocracias estatales sobre las que se proponía incidir. La trabajadora social, conocedora de *los márgenes*, era la persona que podría mediar entre un lenguaje y otro y decirle qué decir y cómo hacerlo para que le “creyeran”.

En el punto que sigue retomo el interrogante sobre por qué las trabajadoras sociales consideraban a la atención de la “demanda espontánea” como tarea “administrativa”.

Miradas que no dejan ver

Como señalé en capítulos anteriores, las trabajadoras sociales distinguieron en reiteradas oportunidades el ejercicio profesional y el trabajo administrativo. También señalé que la imposición de tareas por parte de los médicos solía ser rechazada bajo el rótulo de lo administrativo. Sin embargo, planteamos también que aunque citar pacientes podía ser en algunos casos una tarea de “administrativos de lujo”, en otros casos era parte de una práctica sumamente significativa dentro del ejercicio profesional (el seguimiento de niños expuestos).

También ponderamos la *rutinización* o mecanización de la tarea como una cualidad que podía homologarse con lo “administrativo”. Al respecto, por ejemplo, Sandra comparó la tarea que desarrollaba en la atención de la demanda espontánea con los engranajes de una maquinaria, aludiendo de este modo a la idea de un procedimiento administrativo neutro en el que la creatividad de los agentes sólo podía asumirse como discrecionalidad o voluntarismo.⁹

Sin embargo, resulta difícil etiquetar como rutinario el trabajo que registré. Más allá de que completaban el formulario de la encuesta o administraban un consentimiento informado para el test de VIH, en casi todos los casos las trabajadoras sociales apelaban a la creatividad y experticia

9 “Se piensa que las normas generales cumplen un papel principalmente negativo al constituirse en trabas para la actividad positiva y ‘creativa’ del funcionario, la cual jamás debiera estar controlada. Sin embargo, es esencial el hecho de que esta administración [...] supuestamente ‘creativa’ no sea un campo de libre acción voluntaria, [...] y calificaciones personales, como ocurre en las formas preburocráticas. Siempre existe, como regla de conducta, la normativa y la evaluación ‘racional’ de las finalidades ‘objetivas’, así como la fidelidad a éstas. Respecto de la administración ejecutiva, sobre todo en los campos donde la voluntad ‘creativa’ del funcionario está más rigurosamente establecida, se respeta la idea, primordialmente moderna y estrictamente ‘objetiva’, de las ‘razones de Estado’, como norma suprema y decisiva de la actuación del funcionario”. (Weber, 2000: 62-63)

para organizar parte de las trayectorias de estas personas. En el capítulo anterior analizamos la atención que brindaban en relación con el testeo para VIH y pudimos evidenciar que su intervención desbordaba la asignación de un turno y la consejería sobre el diagnóstico; para algunas personas la intervención de la trabajadora social organizando sentidos en torno de la enfermedad o gestiones internas en el hospital para lograr la atención resultaron sumamente significativas.

Esta tarea que parecía ser sólo *poner en orden* resultó ser sumamente importante en la organización de las trayectorias terapéuticas de estas personas, pero además esta práctica desbordaba ampliamente la demanda de testeo para VIH. Las trabajadoras sociales del servicio solían hacer esta tarea con las personas que llegaban sin cita previa y con muy diferentes motivos a la oficina. De hecho, Nora organizó con Mariana parte de su itinerario para procurar el cuidado de su nieto.

Ahora bien, si no parece tan rutinaria y no es impuesta por los servicios médicos sino en tal caso por los propios afectados, ¿cómo es posible que la “demanda espontánea” sea asumida como una tarea “administrativa”?

Entiendo que al respecto resulta de utilidad recuperar lo que las trabajadoras sociales mencionaron como la especificidad de su rol profesional en el hospital. Por un lado valoraron su participación en los equipos interdisciplinarios; aun desde perspectivas diferentes todas ella subrayaron el interés en integrar este tipo de equipos. Como desarrollé ampliamente en el capítulo quinto, el abordaje biopsicosocial de la atención que proponen estos equipos reproduce la centralidad del abordaje biomédico de la enfermedad y coloca a las otras disciplinas como auxiliares o subordinadas a la preocupación de diagnóstico y el tratamiento en términos biomédicos. Así los aspectos subjetivos y sociales

de los pacientes son abordados como factores que influyen en el curso regular de una enfermedad o en la posibilidad de su diagnóstico y tratamiento. Esta hegemonía biomédica también se hizo evidente en su presentación como mediadoras o traductoras encargadas de llevar “la realidad” de los pacientes al consultorio. Tal como lo señalé, aquellos aspectos de la vida cotidiana que las trabajadoras sociales procuraban incorporar a la atención hospitalaria sólo tenía lugar si podían traducirse en términos de variables biomédicas, esto es síntomas, signos, agentes patógenos, factores ambientales o sociales, etcétera.

Creo que aquí está la clave para comprender por qué estas trabajadoras sociales podían llamar “administrativa” a la atención de la “demanda espontánea”. Me refiero a que era precisamente el abordaje biomédico el que secundarizaba el valor de la comprensión e intervención sobre las condiciones de vida, las subjetividades, los sentidos, las redes de relaciones que las personas ponían en juego en la búsqueda de respuestas a sus padecimientos. Entiendo que es por ello que donde yo veía orientaciones significativas en relación con la organización de trayectorias ellas veían rutinas y engranajes, aspectos secundarios y pocos valorados. Donde yo reconocía la intervención significativa en la construcción de sentidos acerca del padecimiento, ellas referían simplemente “consejería para el diagnóstico”. Así, la consideración de la atención a esta demanda como un asunto menor, una cuestión administrativa, podía ser entendida como el resultado de una suerte de “anteojeras” biomédicas en la mirada de las trabajadoras sociales.

Si bien el análisis de las variadas trayectorias profesionales de estas trabajadoras sociales evidenció importantes diferencias respecto de sus posiciones en relación con la mirada biomédica, entiendo que este fenómeno

las excedía.¹⁰ Cabe en este punto recordar que en el capítulo uno, al abordar el proceso de profesionalización en Argentina, subrayamos el lugar que ocupó la medicina en el marco de la disputa entre la asistencia y la higiene pública y en la creación de los primeros espacios formativos. Este papel ha contribuido a que la medicina, tal como lo hace con otras profesiones, tienda a colocar al trabajo social en el lugar de una profesión paramédica. También en ese capítulo subrayamos la centralidad que tenía para el trabajo social la construcción de una identidad propia.

En mi análisis, los procesos de reconocimiento y auto-identificación de estas trabajadoras sociales, modelados por las condiciones específicas de las prácticas hospitalarias, se desenvuelven en la tensión entre la construcción biomédica de la enfermedad y el abordaje social del padecimiento, permanentemente interpelado por el sufrimiento de las personas que demandan su intervención.

El abordaje etnográfico y su perspectiva relacional me acercó a la dimensión vivida de las interacciones en el espacio de la demanda espontánea de las personas, quienes exponían ante las trabajadoras sociales sus padecimientos e infortunios con la expectativa de acceder a algún recurso administrado por ellas o por otros agentes estatales a los que podrían acceder a través de ellas.

Nora parecía esperar que esta trabajadora operara como traductora entre su cotidianidad y las burocracias; quería saber qué decir o cómo decirlo para que la maquinaria judicial incorporara su relato. Le reclamaba a Mariana parte

10 Es necesario atender a que las prácticas analizadas se sitúan no sólo en una institución biomédica sino que se trata de un hospital. Desde allí podría inferirse la dificultad para apartarse de la mirada biomédica. En este sentido sería interesante ampliar el estudio a otras instituciones o espacios vinculados al cuidado de la salud, por ejemplo en el nivel de atención primaria.

de su experticia en la gestión con las burocracias para que le diera algunas herramientas para interactuar allí. ¿Por qué eligió a Mariana? Mariana era “su” asistente social, una interlocutora competente para comprender las violencias intrafamiliares, el papel de la policía y las características de los entornos locales. Esta trabajadora social era también alguien con quien podía compartir su preocupación/desesperación y aquellas emociones que Mariana no se ahorró en poner de manifiesto mientras Nora desplegab su relato.

La emocionalidad estuvo puesta en ambas partes. En el dolor, la pena, la tristeza, las angustias y el temor de estas personas que entre lágrimas contaban que un hermano había fallecido, que la hermana estaba muy débil y que ella misma identificaba en su cuerpo las marcas de aquella debilidad/padecimiento. También las trabajadoras sociales hacían visibles sus emociones: en los tonos de voz y los gestos corporales podía percibirse el enojo por la interrupción del tratamiento de los niños, la preocupación por la vida de esa mujer que había huido de un compañero que la golpeaba y que había abandonado su tratamiento para VIH y TBC y la conmoción al enterarse del fallecimiento de “Daniel”. Encuentro interesante señalar que el sufrimiento al que confrontan, el vínculo emocional y la proximidad a la cotidianidad de los márgenes es una marca característica de esta profesión, al menos en las prácticas analizadas en este hospital.

Entre el relato de la abuela y la maquinaria judicial, el desamparo de los Sosa y los circuitos judiciales y de atención, estas trabajadoras sociales se presentaron como mediadoras entre el sufrimiento y las burocracias. Mediadoras en el sentido de quienes manejan los códigos de las burocracias, quienes comprenden los márgenes y quienes con escasos recursos y a partir de las condiciones de sus prácticas, logran operar con cierta creatividad. Es así que las personas

que llegan con papeles, historias, angustias, pedidos, consultas, cuando despliegan sus itinerarios terapéuticos en los márgenes del estado, encuentran en el trabajador social un mediador experto entre códigos, lenguajes y territorios heterogéneos: el barrio de calles de tierra, los formularios, las investigaciones médicas, la organización hospitalaria, las violencias cotidianas, los derechos vulnerados, los padecimientos y las complejas y frágiles respuestas al problema de vivir con VIH.

Bibliografía

- Achilli, E. (2005). *Investigar en antropología social*. Rosario: Laborde.
- Aggleton, P. y Parker, R. (2003). HIV and AIDS related stigma and discrimination a conceptual framework and implications for action. En *Social Science and Medicine*, núm. 57, pp. 13-24.
- Alayón, N. (1982). *Las escuelas de Trabajo Social en América Latina*. Buenos Aires: Humanitas.
- Alayón, N. (2007.) *Historia del Trabajo Social en Argentina*. Buenos Aires: Espacio.
- Alayón, N. (Org.). (2005). *Trabajo social latinoamericano. A 40 años de la Reconceptualización*. Buenos Aires: Espacio.
- Alves, P. C. (2014). Narrativas de itinerários terapêuticos e doenças crônicas. 29ª *Reunião Brasileira de Antropologia*. 3 a 6 de agosto. Natal, Brasil.
- Ander-Egg, E. (1985). *Apuntes para una historia del trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Ander-Egg, E. (1989). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Armstrong, D. (1984). En The patient's view. *Social Science & Medicine*, vol. 18, núm. 9, pp. 737-744.
- Armstrong, D. (1985). Space and time in british general practice. En *Social Science and Medicine*, vol. 20, núm. 7, pp. 659-666.

- Armstrong, D. (1987). Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. En *Social Science and Medicine*, vol. 25, núm. 11, pp. 1213- 1218.
- Armstrong, D. (2005). The myth of concordance: response to Stevenson and Scambler. En *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, vol. 9, núm. 1, pp. 23- 27.
- Auslander, G. (2001). Social Work in Health Care: What Have We Achieved? En *Journal of Social Work*, vol. 1, núm. 2, pp. 201-222.
- Barber, N. (2009). ¿Dilemas? metodológicos y éticos en la investigación antropológica en Servicios de salud. En *Revista AVÁ*, núm. 15, pp. 259-270.
- Barber, N. (2015). *Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades*. Tesis de Doctorado. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Berg, M. (1992). The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. En *Sociology of health and illness*, vol. 14, núm. 2, pp. 151-180.
- Bertona, C. y Nanzer, F. (2008). *Intervenir-Reflexionar. Experiencias de sistematización desde el Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio.
- Bourdieu, P. (2003). *El campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Buenos Aires: Montessor.
- Carballeda, A. (1995). La reconceptualización hoy. *Material de cátedra Trabajo Social I*. La plata: Escuela superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.
- Carballeda, A. (1999). Algunas Consideraciones sobre el Registro dentro del Campo del Trabajo Social. *Revista Margen*, núm. 14. En línea: <http://www.margen.org/catedras/apunte01.html>
- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2009). La cuestión social como cuestión nacional, una mira genealógica. En Rozas Pagaza, M. (coord.), *Escenarios de la vida social, el Trabajo Social y las Ciencias Sociales en el siglo XXI- II Foro Latinoamericano*. Buenos Aires: Espacio.

- Castro, A. y Farmer, P. (2003). El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 29-48.
- Cazzaniga, S. (2008). Trabajo social e interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud. En Carballeda, A. (coord.), *Salud e Intervención en lo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Commisso, M. (2007). *Mujeres viviendo con VIH-Sida. Análisis e intervención del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Conrad, P. y Schneider, A. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company
- Das, V. y Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes: Etnografías comparadas. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 27, 19-52.
- De Certeau, M. (2000). *La invención de lo Cotidiano. El arte de hacer*. México: Universidad Iberoamericana.
- Dubois, V. (2010). *The Bureaucrat and the Poor*. Burlington: Ashgate ebook.
- Eilbaum, L. (2008). Ver, ouvir e lembrar: a valoração das provas técnicas de investigação penal, na província de Buenos Aires. 26° *Reunião Brasileira de Antropologia*. 1 a 4 de agosto. Porto Seguro, Brasil.
- Eroles, C. (comp.). (1997). *Los derechos humanos: Compromiso ético del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Eroles, C. (coord.). (2005). *Glosario de temas fundamentales en trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Evans, T. y Harris, J. (2004). Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. En *The British Journal of Social Work*, vol. 34, núm. 6, pp. 871-895.
- Faria, L. (2006). Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. En *Cadernos Pagu*, núm. 27, pp. 173-212.
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 49-78.
- Flexner, A. (1915). Is social work a profession? En *School and Society*, vol.1, núm. 26, pp. 904-904.

- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Freidson, E. (2001). La teoría de las profesiones. Estado del arte. En *Perfiles Educativos*, vol. 23, núm. 93, pp. 28-43.
- Frankenberg, R. (1995). Learning from AIDS: The Future of Anthropology. En Akbar A. y Shore, C. (eds.), *The Future of Anthropology*, pp. 110-132. Londres: Athlone.
- Gagliolo, G. (2006). "Porque somos viste, la pata social". Un análisis del papel del Servicio Social en la atención de personas que viven con VIH. *VIII Congreso Argentino de Antropología Social*. 19 a 22 de septiembre. Salta, Argentina.
- Gagliolo, G. (2007). Una aproximación al análisis de la intervención del Servicio Social en el proceso de atención a personas que viven con HIV. *9º Jornadas Rosarinas de Antropología Social*. 25 y 26 de octubre. Rosario, Argentina.
- Gagliolo, G. (2012). La definición de "casos sociales" en la atención hospitalaria del VIH-Sida. Un abordaje etnográfico de las prácticas profesionales. En *Revista Escenarios*, núm. 18, pp. 80-87.
- García, M. G. (2014). *Maternidad y VIH-Sida. Un estudio antropológico del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres que viven con el virus*. Tesis de Doctorado. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
- García Salord, S. (1998). *Especificidad y rol en Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen- Hvmanitas.
- González Leandri, R.(1996). La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870. En Lobato, M. (comp.), *Política, médicos y enfermedades*. Buenos Aires: Biblos.
- Good, B. (2003). *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Grassi, E. (1990). Coyuntura y Trabajo Social. En Alayón, N. *Reflexiones sobre Trabajo Social*. Buenos Aires: Hvmanitas.
- Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Hvmanitas.
- Gregoric, J. J. (Agosto, 2008). Entre "la parte social" y "lo que tiene que ver con políticas". Una aproximación a las acciones y demandas de personas que viven con VIH-Sida de sectores populares. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. 5 y 8 de agosto. Misiones, Argentina.

- Gregoric, J.J. (2011). "Activar", "gestionar", "ayudar". Obligaciones mutuas y expectativas diferenciales en una asociación de personas afectadas por el VIH-Sida. En: Grimberg, M., Hernandez Macedo, M. y Manzano, V. (eds.), *Antropología de tramas políticas colectivas. Estudios en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia y Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Habichayn, A. (2001). *Proceso de profesionalización de la Enfermería en la Argentina*. Tesis de Maestría. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones en Salud Pública.
- Horowitz, A. (1977). Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces*, núm. 56, pp. 86-105.
- Howe, D. (1992) Child abuse and the bureaucratization of social work. *The Sociological Review*, 40, núm. 3) 491-508.
- Iamamoto, M. (1992). *Servicio Social y división del trabajo*. San Pablo: Cortez.
- Kisnerman, N. (1976). *Servicio social de grupo, una respuesta a nuestro tiempo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Kisnerman, N. (1981). *Salud pública y trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Kisnerman, N. (1984). *Comunidad*. Buenos Aires: Humanitas.
- Kisnerman, N. (2005). A 40 años de la Reconceptualización. En Alayón, N. (org.), *Trabajo Social Latinoamericano. A 40 años de la Reconceptualización*. Buenos Aires: Espacio.
- La Valle, R. (2004). *Hospital Diego Paroissien de La Matanza: Un hospital en la búsqueda de su historia*. En línea: <https://es.scribd.com/document/6649432/2004-La-Valle-R-Monografia-de-Historia-de-La-Medicina>.
- Lipsky, M. (1969). *Toward a theory of street-level bureaucracy*. Madison: University of Wisconsin.
- Lobato, M. (comp.). (2005). *Cuando las mujeres reinaban. Belleza, virtud y poder en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Biblos.
- Lorenzo, M. F.; Rey, A. L. y Tossounian, C. (2005). Imágenes de mujeres virtuosas: moralidad, género y poder en la Argentina de entreguerras. En Lobato, M. (comp.), *Cuando las mujeres reinaban. Belleza, virtud y poder en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Biblos.

- Loretto, Á. L.; Margaria, S. y Max Agüero, E. (2006). El registro/relato discursivo en trabajo social. En: Travi, Bibiana. *Dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Margulies, S. (2006). Problemas de la investigación antropológico-social en servicios de salud. Sobre la autorización institucional y la definición e implementación de protocolos de consentimiento informado en el curso del trabajo etnográfico en hospitales. *IV Jornadas de Investigación en Antropología Social*. 2 al 4 de agosto. Buenos Aires, Argentina.
- Margulies, S. (2014). *La atención médica del VIH-Sida. Un estudio antropológico de la medicina*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Margulies, S.; Barber, N. Adaszko, A. y Recoder, M. L. (2003). Acceso al sistema público de salud. *Cuadernos del Instituto de Investigaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y Sección de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Margulies, S., Barber, N. y Recoder, M. L. (2006). VIH-Sida y "Adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas. En *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, núm. 3, pp. 281-300.
- Martínez, M. J. (2001). El lugar de la violencia en la investigación penal. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 14, pp. 22-35.
- Morago, P. (2008). De la medicina al trabajo social. Introducción a la práctica basada en la evidencia. En Carballada, J.M. (coord.), *Salud e Intervención en lo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? En *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.
- Massera, C. (2008). Áreas de influencia sanitaria del partido de La Matanza determinadas por análisis espacial en SIG vectorial: un aporte metodológico. En *Párrafos Geográficos*, vol. 7, núm. 2, pp. 50-78.
- Misse, M. (2005). Sobre la construcción social del delito en Brasil. En Tiscornia, S. y Pita, M. V., *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia y Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Moody, S. y Musheno, M. (2003). *Cops, Teachers, Counselors Stories from the Front Lines of Public Service*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Naranjo, C.; Nahir, E.; Muñoz, N. y Gonzalez, W. (2008). Rol del trabajador social en la atención del niño desnutrido. En Carballada, A. (coord.), *Salud e Intervención en lo social*. Buenos Aires: Espacio.

- Netto, J. P. (1997). *Capitalismo cosmopolita y Trabajo Social*. Sao Paulo: Cortez.
- Netto, J. P. (2005). A Reconceituação: ainda via, 40 anos depois. En Alayón, N. (org), *Trabajo Social Latinoamericano. A 40 años de la Reconceptualización*. Buenos Aires: Espacio.
- Netto, J. P. (2009). Viejos y nuevos problemas, nuevas y viejas preguntas: diversas concepciones que sustentan la lectura de los problemas sociales. En Rozas Pagaza, M. (coord.), *Escenarios de la vida social, el Trabajo Social y las Ciencias Sociales en el siglo XXI- II Foro Latinoamericano*. Buenos Aires: Espacio.
- Oliva, A. (2007). *Trabajo social y lucha de clases*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Parra, G. (1999). *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del Trabajo Social argentino*. Luján: Universidad de Luján.
- Parsons, T. (1988). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Peirano, M. (2006). *A teoria vivida e outros ensayos de antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Petryna, A. (2007) Clinical Trials Offshored: On privat sector science and public health. En *BioSocieties*, núm. 2, pp. 21–40.
- Petryna, A.; Lakoff, A. y Kleinman, A. (eds.). (2006). *Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices*. Durham, NC: Duke University Press.
- Pierret, J. (2003a). The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. En *Sociological Health Illness*, núm. 25, pp. 4-22.
- Pierret, J. (2003b). Vivir con Vih en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales. En *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 77, pp. 35-44.
- Pita, M. V. (2010). *Formas de morir y formas de vivir: el activismo de los familiares de víctimas de la violencia policial*. Buenos Aires: del Puerto.
- Pita, V. (2007). Cabellos largos, ideas cortas. Las difíciles relaciones entre las mujeres de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y los médicos porteños. 1880-1905. En *Historias de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglos XIX y XX*. Buenos Aires: Edunt.
- Pita, V. (2009). Política, conflictos y consensos en torno al brazo asistencial del Estado. La Sociedad de Beneficencia de la Capital, 1880-1910. En Eraso, Y. (comp.), *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, Siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*. Córdoba: Alción.

- Rabelo, M.; Alves, P. & Souza, I. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Recoder, M. L. (2011). *Vivir con VIH-Sida. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Buenos Aires: Biblos.
- Rockwell, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*. México: Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del I.P.N.
- Rodríguez, G. (1927). La escuela del Servicio Social La Nación. En *La Nación*, 2 de diciembre de 1927. Buenos Aires.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Schapira, M. (1999). La odontología en Argentina: consideraciones sobre el proceso de profesionalización en los años '30. En *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 76, pp. 57-70.
- Schapira, M. (2003a). Escenarios históricos, práctica profesional y poder: el caso de la odontología. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 101-115.
- Schapira, M. (2003b). La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada. En *História, Ciências, Saúde*, vol. 10, núm. 3, pp. 955-77.
- Schapira, M. (2007). La universidad en la profesionalización de la odontología. *V Encuentro Nacional y II Latinoamericano La Universidad como objeto de investigación*. 30 de Agosto al 1 de Septiembre. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Humanas.
- Travi, B. (2006). *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Travi, B. (2010). La recuperación y visibilización de las prácticas y pensamiento críticos en el proceso de profesionalización del Trabajo Social. Aportes para la formación profesional. En *Boletín Electrónico Surá*, núm. 164. En línea: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0164.pdf>
- Villalta, C. (comp.). (2010). *Infancia, justicia y derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Weber, M. (2000). *¿Qué es la Burocracia?* En línea: http://www.ucema.edu.ar/ame/Weber_burocracia.pdf

Fuentes

- Decreto de Fundación de la Sociedad de Beneficencia (1823 Enero 2) Acta de Instalación de la Sociedad (1823 Abril 12).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Archivo de datos*. En línea: <http://www.censo2010.indec.gov.ar> (Consulta: 30-5-2013).
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires - Dirección de Información sistematizada. (2010) *Guía de establecimientos asistenciales, Subsector oficial, Provincia de Buenos Aires*. En línea: <http://www.ms.gba.gov.ar> (Consulta: 6-3-2012).
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tablero de Mando (archivos de datos). En línea: <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero/> (Consulta: 15-4-2012).
- DSyETS- Ministerio de Salud de Nación (2010 Octubre) *Información epidemiológica de VIH/sida. La Matanza – Buenos Aires* [Documento provisto por el organismo]
- UBATEC- Mecanismo coordinador de país de Argentina. (2007) Proyecto "Programa para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral". Mimeo.
- UBATEC-Mecanismo coordinador de país de Argentina. (2008) *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal
- Jefatura de Gabinete de La Matanza-PNUD (2009) *Objetivos del milenio en el municipio de La Matanza. Desarrollo metodológico y estado de situación*. En línea: http://www.cepal.org/MDG/noticias/paginas/5/44335/Objetivos_del_milenio_en_La_Matanza.pdf (Consulta: 14-6-2014).

Sobre la autora

Gisela Mariana Gagliolo

Antropóloga graduada en la Universidad de Buenos Aires y magister en antropología social por la misma Universidad. Docente en la UTN Regional Avellaneda y en la Maestría en Antropología Social de UBA. Investigadora del Programa de Antropología y Salud de UBA desde 2004. Sus investigaciones se ubican en el campo de la antropología y la salud. Recientemente integrante del Programa universitario de género de UTN Avellaneda. Ha participado de varios estudios orientados a la gestión de políticas públicas en salud.

Desde los comienzos de la epidemia de VIH-Sida en Argentina la organización de la atención fue configurando un “aspecto social del Sida”. La organización de la atención de este padecimiento puede ser utilizada como un prisma desde donde analizar las particularidades de la intervención del trabajo social.

Esta etnografía, realizada en un hospital bonaerense, describe la intervención del trabajo social en la atención de la salud y en ella analiza las disputas de esta profesión con la jurisdicción de la medicina, a partir de situar estas prácticas histórica y territorialmente.

Este abordaje permite también analizar las políticas de gobierno de la epidemia en el nivel local y el papel de estas profesionales como expertas mediadoras/articuladoras entre las burocracias estatales y las vidas de las personas usuarias del sistema de salud.



Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

ISBN 978-987-4923-18-9

