

# La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios<sup>1</sup>

*Social work's legitimacy in interdisciplinary health teams*

**María Celeste Bertona**

Fecha de presentación: 01/12/2017

Fecha de aceptación: 22/12/2018

## Resumen

El presente artículo recupera algunos resultados de la tesis de maestría en Trabajo Social titulada "La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios" realizada en la ciudad de Córdoba, durante el período 2013-2015.

Recuperando categorías analíticas propuestas por Montañó (1998) y Cazzaniga (2010) para el estudio de la legitimidad esta profesión, profundizo estos aspectos en el campo de la salud pública cordobesa.

Se identifican estrategias desarrolladas desde trabajo social que posibilitan el reconocimiento de nuestra intervención y la definición de posicionamientos en relación con los sujetos de nuestra acción profesional, con los demás miembros del equipo de trabajo y con el empleador, que han permitido configurar un espacio disciplinar particular en el primer nivel de atención en salud.

## Palabras clave

Legitimidad; Trabajo Social; salud; estrategias; interdisciplina; disputas.

## Abstract

*This article recovers some results of the master thesis in social work "Social work's legitimacy in interdisciplinary health teams" made in Cordoba through 2013-2015 period.*

*Recovering analytical categories proposed by Montañó (1998) and Cazzaniga (2010) for the study of social work's legitimacy deepened this aspects in the field of Cordoba public health.*

*We identify strategies developed from social work that enable the recognition of our intervention and the definition of positions in relation to the subjects of our professional action, with the other members of the work team and with the employer, who have allowed to configure a particular disciplinary space in the first level of health care.*

## Keywords

*Legitimacy, Social Work; health; strategies; interdiscipline; disputes.*

---

<sup>1</sup> El presente artículo es parte de mi trabajo de tesis para la Maestría en Trabajo Social (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina) dirigido por Nora Aquín y recomendada para su publicación por el tribunal evaluador.

## Introducción

La decisión de indagar en relación a la legitimidad del trabajo social en equipos de salud interdisciplinarios<sup>2</sup> es resultado de mi compleja apuesta profesional a construir estrategias de intervención que abordan problemas sanitarios desde una perspectiva integral.

En esta búsqueda distingo que la intervención del trabajo social es ubicada en un lugar de auxiliar de la disciplina médica tanto por quienes diseñan como por quienes operan las políticas sanitarias, delegándosele tareas exclusivamente operativas e instrumentales que la colocan en un lugar subsidiario también respecto al desarrollo teórico sobre la salud.

Pero como la configuración de todo campo se construye históricamente y las relaciones en su interior sufren constantes redefiniciones, también identifiqué que cada profesión desarrolla estrategias individuales y colectivas pretendiendo conservar o mejorar su posición e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus intereses, lo que está directamente vinculado con la distribución del capital específico que se disputa y con la percepción que se tiene del campo, poniéndose en juego mucho más que saberes disciplinares.

Un grupo importante de profesionales de trabajo social desarrollamos estrategias tendientes a construir un lugar propio y legitimado, a ampliar la capacidad de argumentar las intervenciones profesionales, posicionándonos con autonomía para poder decir, conocer, diseñar, hacer y construir... ya que, como dice Cazzaniga (2002: párr. 34), *“son las prácticas sociales diferentes las que logran remover las representaciones sociales, por lo que las prácticas profesionales fundadas y coherentes permitirán recuperar desde otro lugar a Trabajo Social en un equipo de salud”*.

Por ello, indagué sobre la legitimidad del trabajo social al interior de equipos de salud interdisciplinarios en el espacio particular de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Realicé un estudio de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo, que permitió construir los significados respecto al espacio disciplinar de nuestra profesión y la legitimidad de la intervención que tienen las/os mismas/os profesionales de servicio social, cómo la significan otras profesiones miembros del equipo de salud y las/os funcionarias/os de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

En este sentido, se planteó como interrogante central de la investigación: *¿Qué aspectos de la producción del área de trabajo social son reconocidos como producto de las/os agentes del campo?*

En el presente escrito realicé un recorte de la investigación desarrollada, deteniéndome en aquellos aspectos que permiten caracterizar el proceso de legitimación profesional y que fueron configurando el espacio disciplinar del trabajo social, entendido como un campo.

---

<sup>2</sup> Indagación realizada en el marco de mi tesis para obtener el título de Mgter en Trabajo Social con mención en Intervención Social, Universidad Nacional de Córdoba, año 2015.

## *Procesos de legitimación al interior del campo sanitario*

En torno a la legitimidad, Cazzaniga (2002) plantea que las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos que dan respuesta a necesidades y urgencias sociales, estructurando objetos específicos de conocimiento e intervención.

Los procesos de consolidación son diferenciales, y se encuentran en relación con las posiciones adquiridas en el campo científico, *“los prestigios, las ‘presentaciones’ que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas”* (Cazzaniga, 2002: párr. 24), cuestión que en el campo de la salud significó importantes asimetrías y dominios entre aquellas profesiones provenientes de las ciencias naturales y las provenientes de las ciencias sociales.

En este marco, las posiciones al interior del campo y la cristalización de las mismas en programas de trabajo y normas, son producto de procesos históricos de disputas entre actores que pugnan por imponer como hegemónica su interpretación sobre las necesidades en el primer nivel de atención en salud.

Como plantea Fraser (1991), ésta es una lucha discursiva y política, pero es también una lucha por determinar con qué satisfacer las necesidades y quiénes son las/os expertas/os habilitados para enfrentarlas.

Las contribuciones de Foucault (1982) convocan a identificar enfrentamientos entre las estrategias llevadas a cabo por diferentes miembros del equipo de salud, las posibilidades de cada una de las disciplinas de incidir en la política sanitaria, las prácticas que reproducen o cuestionan un mandato médico hegemónico, reconociendo que *“el tipo de objetivos perseguidos por aquellos que actúan sobre las acciones de otros: el mantenimiento de privilegios, la acumulación de beneficios, la puesta en operación de una autoridad estatutaria, el ejercicio de una función o de un oficio”* (Foucault, 1982:10). Al respecto, la colega (D) reconoce *“todavía falta mucho camino por andar para no sentir la subordinación de distintas decisiones, las decisiones de índole estructural las siguen tomando los médicos”*.

En las entrevistas realizadas a profesionales de medicina, enfermería y psicología, a excepción de estos últimos -quienes reconocieron a diversas disciplinas como miembros de sus equipos de trabajo-, refirieron que la primera imagen que se les representa sobre un equipo de salud, es aquel conformado por medicina y enfermería. Al intentar establecer una prioridad, -aunque de manera incómoda- respondieron en primer lugar al médico. *“Médicos y enfermeros, es el paradigma del cual estamos formados”*, relata la enfermera (U).

En palabras de Foucault (1992:122), existiría *“...toda una serie de saberes descalificados como incompetentes o insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, inferiores jerárquicamente a nivel del conocimiento o de la científicidad ejercida...”*

Es posible que la intervención profesional en un equipo de salud se realice desde una concepción integral, con el aporte de diferentes miradas disciplinarias, en tanto haya agentes que porten capitales específicos diferenciados y estén dispuestos a ponerlos en juego, intentando

*“incrementar o conservar su capital conforme a las reglas tácitas del juego y también pueden intentar transformar, en parte o en su totalidad, las reglas inmanentes del juego”* (Bourdieu y Wacquant, 1995:66), aunque quienes tienen el monopolio de esos capitales en disputa generen estrategias de conservación.

Por ello, resulta preciso considerar al discurso de las/os diferentes profesionales no simplemente por su aspecto lingüístico, sino como juegos estratégicos de acción y reacción, de pregunta y respuesta, de dominación y retracción, y también de lucha, ya que el discurso es un conjunto de estrategias que forma parte de las prácticas sociales. Además, *“las prácticas sociales pueden llegar a engendrar dominios de saber que no sólo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos de conocimiento”* (Foucault, 1995:14).

Aunque no haya sido numéricamente relevante en la trayectoria del primer nivel de atención en salud pública, ha habido trabajadoras/es sociales dispuestas/os a poner en juego sus capitales con el objetivo de modificar la distribución de recursos culturales y simbólicos. Esto ha generado -al menos- incomodidades, repudio, rechazo, los que son evidenciados por (P) cuando relata:

*“Me parece que molesta que desde el campo de las ciencias sociales se acerque una explicación, no sólo que marca la contradicción o que genera tensión, sino que señale el límite a la todología, me parece que incomoda eso, el manejo básicamente vinculado al poder”.*

Esta cuestión es reconocida por profesionales de otras disciplinas, cuando expresan: *“la habilidad es saber decir algunas cosas cuando vos sabés que al otro le molesta. Vas a buscar la forma, el momento, el lugar y se la vas a decir. Y eso mucha gente no lo soporta. Y trabajo social se lo dice lo mismo”* (N).

## **Particularidades del proceso de legitimación del trabajo social**

El modelo profesional identificado en nuestro país alrededor de los años '30, se sostuvo en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba durante décadas, conviviendo modelos voluntaristas -evidenciados en la presencia de visitadoras sociales hasta avanzados los años '80- con aquellos que propugnaban la profesionalización de nuestra praxis.

Principalmente, durante la última década, desde un consistente posicionamiento teórico, ético y político de trabajo social, se sucedieron acciones contra posturas y directivas del modelo médico hegemónico que significaron, en muchos casos, exclusión, sanción y persecución, pero que dejaron huellas importantes en nuestra trayectoria profesional.

Un ejemplo contundente de ello lo constituye la pertenencia, permanencia y participación activa de trabajo social en espacios de gestión, capacitación y conducción históricamente desempeñados por las/os profesionales de la medicina.

Para pensar el lugar del trabajo social, Montañó (1998) propone distinguir la *legitimidad funcional* de la *legitimación social*. La primera, que refiere a la relación asistente social<sup>3</sup>-empleador, remite a los fundamentos que desarrollan diferentes gestiones políticas para contratar o no trabajadores sociales, es decir, para habilitar su inserción como profesional trabajador a través de un contrato laboral. Esta relación no es exclusiva entre empleado y empleador, sino que en varias ocasiones ha sido atravesada por otros actores institucionales que intervinieron, y que pudieron instalar otra interpretación de las necesidades en salud, ya que para que ello ocurra “*hubo mucha presión de los compañeros, mucho pedido desde los equipos vehiculizados por el gremio (...) y desde ahí los fueron escuchando las autoridades*” expresa (C).

La *legitimidad social*, por su parte, refiere a la relación asistente social-usuario. En ella se encuentran comprendidos dos tipos de demandas que interrelacionadas, parten de actores diferentes y requieren acciones distintas.

Por un lado, la población demanda al Estado servicios sociales y asistenciales; por otro, el Estado y organismos oficiales demandan la intervención para implementar políticas sociales, las que darán respuesta a algunas de aquellas demandas sociales.

La población -principalmente sin cobertura de obra social- demanda al Estado municipal un tipo de atención sanitaria vinculada a lo biológico-curativo-asistencial, “*la gente pide medicina y enfermería*” (G); y específicamente para la profesión de trabajo social, la gestión de recursos materiales relacionada a esta perspectiva: “*Una disciplina sometida a cierta concepción de salud donde lo social no entraba, entonces la gestión del medicamento, la gestión del plan, la gestión de la visita...*” (O) o “*El subsidio, la firma para hacer un trámite*” (U).

Por otro lado, en aquellas poblaciones con cierta trayectoria organizativa y de lucha por el ejercicio de sus derechos ciudadanos, la demanda hacia servicio social implica el abordaje de otras dimensiones de la salud colectiva, “*cuando tenés comunidades más organizadas que tienen proyectos, son demandas más concretas de trabajos en los grupos*”, expresa (V).

Con respecto a las demandas de la población, que podríamos denominar **demandas directas**, se encuentran vinculadas a lo que Britos (2006:140) refiere cuando define a trabajo social como una profesión de servicio: “*Lo específico de la relación social de servicio se plantea en esta heterogeneidad e incalculabilidad de situaciones que se presentan para su atención a través de los servicios sociales...*” y que se manifiestan en tanto desde trabajo social se puedan aportar elementos para la satisfacción de determinadas demandas, captar e interpretar situaciones y fenómenos emergentes, articular con diversas instituciones estatales y de la sociedad civil, pero básicamente por ser -casi en exclusividad- las caras visibles y accesibles del Estado en referencia a “lo social” ubicadas en el espacio barrial.

Por otra parte, es una nota distintiva de la intervención profesional la accesibilidad, el no tener que sacar turno ni hacer procedimientos previos a la realización de la demanda, no tener que trasladarse a oficinas ni ministerios: “*Creo que el 90% de las demandas individuales y familiares me*

<sup>3</sup> En países como Brasil, se mantiene la denominación de la carrera como Servicio Social y de las/os profesionales como asistentes sociales, por lo que autores como Montañó lo refieren de esta manera.

*las hacen en la calle, no viene la gente acá a verme. Ya están acostumbrados a que me paran en la villa”,* relata la colega (S).

Algunas de estas particularidades de nuestra profesión son reconocidas por otras profesiones quienes especifican que trabajo social es distinguido dentro del equipo de salud, por *“Las relaciones significativas con la gente”* (U), *“un respeto muy grande por la gente”* (G), *“están a disposición de la gente, que no es políticamente menor en salud pública”* (O).

Así se configuran demandas relacionadas a obstáculos que tienen las/os pobladores vinculados al hábitat, la identidad, la educación, el empleo, el sistema de salud, al acceso a políticas sociales de transferencia de recursos materiales y/o monetarios, asignaciones familiares, pensiones no contributivas, como así también ante problemas relacionales.

Si bien la recepción de estas demandas responde a una perspectiva teórica e ideológica que no reduce la salud a la ausencia de enfermedad, sino que la liga a un proceso socio-histórico atravesado por condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que determinan y repercuten en las condiciones de vida de los sujetos, la mayoría de los recursos que satisfacen las necesidades planteadas no se encuentran disponibles en los centros de salud, sino que implican el desarrollo de procesos mediadores de gestión y/o co-gestión en otras instituciones, asesoramientos y derivaciones; situación que no sucede con ninguna de las otras profesiones que componen los equipos de salud.

En relación a ello, sería interesante interrogarse sobre cuáles son los recursos informacionales que están poniendo en juego los sujetos de la intervención profesional, por lo que demandan cuestiones que no tienen oportunidades objetivas de satisfacción en el lugar donde se demandan, aunque –en algunas situaciones– desencadenen procesos de exigibilidad de derechos ciudadanos: *“Creo que la gente está teniendo información que nunca tuvo, que son derechos de ellos, a través de la trabajadora social”,* reconoce el enfermero (N).

Con respecto a la demanda de organismos estatales, entre los que se incluye a las/os profesionales del sector salud, y que podríamos denominar **demandas indirectas**, también se reconoce que la demarcación del campo de conocimiento e intervención del trabajo social en salud, no ha sido aún suficientemente establecida. *“Primero me mandaban cualquier cosa, entonces fue un trabajito importante esto de decir ¿Qué situaciones abordo? Y se fue acotando y argumentando desde mi parte, a veces me pudieron escuchar, entender y otras no”,* refiere (I).

En este marco, se le demanda al trabajo social el abordaje de situaciones de violencia familiar, de acceso a recursos materiales a través de transferencias estatales, de salud sexual y reproductiva (especialmente ligadura de trompas y consejería pre y post aborto), de captación y re-captación de “pacientes” que se encuentran incluidos en los programas de salud, de empleo, de situaciones familiares que escapan al patrón de “normalidad” definidos por las/os distintos miembros según diferentes concepciones, *“algún emergente que se sale de lo común, de lo que van atendiendo”* (D), *“las escuelas y las maestras también demandan, pero siempre para tirarte el chico problemático”* (U). Además, y sin distinguir situaciones, temáticas o necesidades, se deposita en trabajo social cuestiones vinculadas al abordaje comunitario o denominado en salud como “extra-muros”

(articulación con organizaciones barriales, instituciones formales, grupos informales, reuniones de vecinos, participación en redes), reconociendo las capacidades de esta profesión para concretar tales articulaciones, lo que también se constituye en una fuente que legitima el abordaje de la salud colectiva desde nuestra profesión: *“tienen herramientas técnicas más específicas para poder hacer un diagnóstico comunitario, conocimiento de las situaciones del barrio, qué recursos, qué potenciales tiene un sector y que es posible o no hacer, ir haciendo junto con la gente”*, identifica el psicólogo (F).

En estas demandas, se ponen en juego no sólo los determinantes socio- históricos del ejercicio profesional, sino también concepciones teóricas y opciones ideológicas de las/os profesionales que actúan en el campo de la salud pública, incluyendo la forma como el trabajador social incorpora en su conciencia el significado de su trabajo y la dirección social que imprime a su quehacer. Por ello, algunos profesionales sostienen teorías y prácticas en el campo de la salud vinculadas a la condición de *auxiliar* de la disciplina médica, al control y disciplinamiento de las poblaciones con las que trabaja. *“En el caso de la médica, me deriva cosas que tranquilamente puede hacer ella o una administrativa...”*, relata (E) o *“a veces el equipo te usaba como cuco también, como amenaza (...) por ahí el equipo quería que yo haga funciones como policía”*, analiza (M). Este posicionamiento no es casual, sino que como menciona Bourdieu (1991:91) *“Los objetos de conocimiento son construidos y no pasivamente registrados”*, siendo que *“el principio de esa construcción es el sistema de disposiciones estructuradas y estructurantes constituido en la práctica y orientado hacia funciones prácticas”*.

Asimismo, se ponen en juego concepciones sobre el proceso salud-enfermedad- atención y sus modos de abordaje. *“Vos le planteas un caso puntual y te refieren que ellos no están para casos puntuales, que están para cosas comunitarias”*, reclama la médica (H), cuestión que comparte con el enfermero (N): *“a mí me gustaría que se hicieran cargo de los casos”*.

Para la mayoría de las/os profesionales de trabajo social del primer nivel de atención, el proceso salud-enfermedad-atención no se reduce a los problemas que ocurren en un solo individuo, sino que son procesos que *“se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad, sus modalidades de actividades prácticas y su cultura”* (Breilh, 1991:203), y por ello, muchos de sus abordajes tienen una dimensión colectiva. Al respecto, la colega (V) plantea: *“la demanda también tuvo mucho que ver con la oferta, yo soy de las que jamás rechacé la demanda de recursos materiales o particulares, pero mi oferta siempre estuvo orientada a los procesos más grupales, colectivos, del orden comunitario”*.

Desde este posicionamiento de trabajo social, el conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad-atención no es restringido a las/os profesionales, sino que se recuperan los conocimientos y experiencias de la población con la que se trabaja, las estrategias de intervención se elaboran desde acuerdos construidos con los sujetos abandonando la idea de sujeto *“asistido y curado”* por la de sujeto protagonista, el escenario de intervención se traslada desde las organizaciones históricamente reconocidas como *“de salud”* (hospitales, dispensarios, etc.) para efectivizarse en espacios donde la gente circula en su vida cotidiana. Por ello,

*“históricamente hemos tenido una posibilidad exquisita que tiene que ver con nuestro vínculo profesional con la población y me parece que ahí hemos corrido siempre con el caballo del comisario, y eso la institución lo sabe”, expresa la colega (P).*

Una particularidad específica del espacio laboral, es que a trabajo social se le asigna el lugar de ser **la puerta de entrada de la puerta de entrada del sistema de salud**, lo que puede explicarse en el sentido de favorecer el efectivo goce del derecho a la salud por parte de las/os ciudadanas con los que trabaja. El primer nivel de atención en salud –constituido en Córdoba por centros de salud en diferentes barrios de la ciudad- se denomina *puerta de entrada al sistema*; esto es, el contacto inicial de la población con el sistema de salud.

En reiteradas ocasiones, una demanda realizada hacia trabajo social es abordar los obstáculos que encuentran diferentes ciudadanas para poder ser incorporados en ese primer nivel de atención en salud, *“una persona que no sabe hablar castellano, o una persona analfabeta, con escasísimos recursos, o con algún desborde o con alguna discapacidad, te terminan demandando específicamente la ayudas a comprender algo”* refiere la colega (D).

En otras situaciones, el proceso de aportar a la comprensión de una determinada situación es en el sentido contrario, a partir de los obstáculos que presenta el propio equipo de salud en relación a entender las condiciones de vida de la población con la que trabaja y las posibilidades de llevar adelante los tratamientos prescritos:

*“Me acuerdo de una mujer que siempre venía fuera de horario, con los niños sucios... entonces la trabajadora social me pidió que la acompañara a la casa de esta señora, que vivía en un espacio de la villa que yo no había transitado y ahí me di cuenta que la señora vivía en un hueco, abajo de un árbol”, relata la médica (G).*

Entre estas múltiples demandas puede identificarse que en el campo de la salud pública, el espacio de clausura ocupacional de trabajo social es un espacio de lucha y contienda entre profesiones con grados de legitimación y poder asimétricos, y en los que el estatuto ambiguo constitutivo y constituyente de la profesión (Álvarez Uria, 1995) no contribuye a clarificar cuál es la porción de la realidad que se configura en objeto particular y otorga las herramientas necesarias para el conocimiento y acción. *“Siempre tenía el problema de entender qué hacen los trabajadores sociales. ¿Cuál es el objeto específico del trabajo social? El campo de lo social es tan grande como todas las ciencias humanas”,* plantea el psicólogo (O); mientras que el colega (E) recuerda: *“me dice el encargado del centro de salud: yo no sé qué hace un trabajador social, decime qué harías vos”*. Esta cuestión tiene implicancias directas en la intervención cotidiana de trabajo social, ya que no se puede disputar en un campo institucional con reglas de juego diferentes a las propias de ese campo, o teniendo que realizar múltiples traducciones para lograr el mismo juego. Por otro lado, en el propio imaginario de la disciplina, el necesario compromiso social produce dificultades para poner límites a muchas demandas.

Como plantea Cazzaniga (2002), el punto de debate tiene que ser una precisa diferenciación entre ética y voluntarismo o "moral sacrificial". Ello es expresado claramente por otras disciplinas, cuando mencionan "... si el trabajador social tiene que entregar la leche la entrega, si tiene que ayudarte a pasar un registro a mitad de una campaña de vacunación lo hace, en eso el trabajador social es incondicional", refiere la médica (H); mientras que el psicólogo (F) expresa "Siempre tienen como muchas ganas de hacer cosas, hacen cosas y te suman cuando te ven que estás comprometido". Al interior del colectivo profesional ello es un debate –abordado pero inconcluso–, en el que se evidencia una identificación entre motivaciones o posicionamientos personales y la orientación disciplinaria de trabajo social, como plantea el colega (E):

*"Yo soy de darle bola a la gente, por ahí me cruzo la línea, pero bueno, me parece que se mezcla una realidad que te invade, que supera lo profesional, que toca lo humano y que es muy difícil de manejar y más si vos, esa cosa que tenemos la profesión, de lo militante, de donde venga, y hay cosas que terminás haciendo, yo creo que humanamente más de un compañero de equipo hace cosas que no están pautadas en el libreto".*

## **"Hay una producción impresionante"**

En referencia al tema que se está abordando, Cazzaniga (2010) propone distinguir *legitimidad de origen* -vinculada a lo legal- de la *legitimidad de proceso* ligada al "bien hacer", a la eficacia y resultados en la práctica profesional, a la publicación autónoma, a la naturaleza científica de la intervención. Con respecto a la primera, resulta significativo que hasta avanzados los años '80 se desempeñara en centros de salud de Córdoba una importante cantidad de *visitadoras sociales* en relación a la totalidad del universo de trabajadores sociales. Quien se desempeñó como jefa del servicio social de la institución, ilustra ese momento refiriendo que "*era la única profesional coordinando el grupo de visitadoras*" (J).

Por otra parte, la ley provincial N° 6.222<sup>4</sup>, elaborada y sancionada durante la última dictadura militar, habilitó un conjunto de acciones desarrolladas por los grupos médicos más conservadores y facilitó la imposición de su hegemonía. Siendo su sanción previa a las leyes de colegiación y ejercicio profesional del trabajo social –y habiendo sido derogada sólo parcialmente- esta perspectiva está en consonancia con lo que, en 1969, Etzioni denominara con el término "*semi-*

---

<sup>4</sup> Conocida como Ley Rezzónico; establece para el Trabajo Social que su tarea es de "colaboración con médicos u odontólogos en los estudios de higiene sanitaria, contralor del cumplimiento de las prescripciones médicas (...) y está obligado a actuar por indicación y bajo el control del profesional que requiera de su colaboración (...)", en sus artículos 58, 59 y 60. A finales del mes de mayo de 2015, tomó estado público la decisión política de modificar esta ley, por lo que se firmó una carta de intención entre el Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba, la Cámara de Clínicas y Sanatorios, Cámara de Productores de Insumos Biomédicos, decanos de las Facultades de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad Católica de Córdoba, el Instituto de Formación en Biomedicina (perteneciente al Hospital Privado) y el Ministerio de Educación. Además, se formó una comisión de trabajo en la legislatura cordobesa, con cuatro asesores médicos. Hasta noviembre de 2017 no se ha sancionado una nueva ley de salud provincial.

profesiones”, refiriendo a aquellas que “no han completado su proceso de profesionalización, su práctica y su conocimiento, necesitan ser supervisados por otros y dependen de una profesión con un estatus superior” (citado por Lorente Molina, 2002:138).

En la superación de esta asimetría, ha sido significativa la aprobación de las Leyes provinciales N° 7.341 y 7.342, ambas del año 1985, que regulan el ejercicio profesional y la colegiación del servicio social en todo el territorio de la provincia de Córdoba. Tanto estas leyes como el Código de Ética se constituyen en valiosas herramientas utilizadas ante conflictos por la defensa del espacio profesional. La aprobación de la Ley Federal de Trabajo Social N° 27.072 el 10 de diciembre de 2014, es otro importante recurso a capitalizar, ya que la legalidad, en tanto legitimidad de origen, “queda al resguardo de un entramado institucional sostenido por normas y reglamentaciones que juegan en el par habilitación-restricción, donde las instituciones que participan en el mismo son parte a la vez de reglas de juego específicas” (Cazzaniga, 2010: párr. 6).

En relación a la legitimidad de proceso (Cazzaniga, 2010), y a la “puesta en juego” de capitales en el campo institucional, las/os trabajadores sociales han desarrollado diferentes estrategias y recorridos, de manera individual y principalmente colectiva, tendientes a mantener y mejorar el capital en el campo institucional y a legitimar la intervención profesional, promoviendo un principio de jerarquización más favorable a las propias prácticas y conocimientos, ya que “quienes dominan en un determinado campo están en posición de hacerlo funcionar en su beneficio, pero siempre deben tener en cuenta la resistencia, las protestas, las reivindicaciones y las pretensiones, ‘políticas’ o no, de los dominados” (Bourdieu y Wacquant, 1995:68).

Entre las estrategias identificadas, se reconocen aquellas dirigidas a la diferenciación frente a otras profesiones y prácticas, demostrando la necesidad y eficacia de la presencia de la profesión: “abordamos situaciones muy conflictivas, muy dolorosas de la vida de las poblaciones que nadie más las quiere tocar...” (V), y por el contenido de compromiso social, ético y político que nuestra intervención contiene: “la verdad es que se trabaja mucho. Pero se trabaja mucho a conciencia, hay una producción impresionante. El vínculo con las poblaciones es muy fuerte, yo creo que es sumamente importante y se ve”, expresa la trabajadora social (C) al referirse al colectivo profesional al que pertenece. De alguna manera, en ambas estrategias se busca construir una identidad profesional particular, que singulariza al trabajo social como tal en relación a los otros/as miembros del equipo de salud; en términos de Bourdieu y Wacquant (1995:66) “Los participantes de un campo procuran en todo momento diferenciarse de sus rivales más cercanos, a fin de reducir la competencia y establecer un monopolio sobre un determinado subsector del campo”.

Asimismo, se ha logrado el reconocimiento de importantes contribuciones realizadas desde trabajo social al equipo de salud, vinculadas a la utilización de instrumentos operativos como la planificación y la evaluación, habilidades reconocidas tanto al interior del colectivo profesional - “La evaluación, que podemos discutir, esos son aportes nuestros...” (I), “esto de promover las situaciones de planificación y de encuentro también” (D)-, como por otros miembros del equipo de salud - “cuando necesité una organización, necesité alguien que se ocupe de los tiempos, de llamar, de buscar... las trabajadoras sociales son las que lo que han hecho”-, plantea el enfermero (N).

En el mismo sentido, y aunque desde trabajo social la entrevista domiciliar sea una técnica de intervención, para la mayoría de las/os miembros del equipo de salud ésta adquiere una significación diferente, constituyéndose muchas veces en la demanda recurrente y legitimada hacia la profesión, que recibe el nombre de “visita domiciliar”; la colega (S) contesta en relación a las tareas que se le adjudican prioritariamente: *“sobre todo visitar a las familias”*. Excepcionalmente, algunos miembros del equipo de salud pueden visualizar a “la visita” como una técnica que no tiene un fin en sí mismo, sino que es un medio que permite una vinculación particular con los sujetos en el proceso de intervención y alcanzar los objetivos profesionales, *“entonces las visitas eran muchas cosas más que notificar o ver, era establecer redes comunitarias, sostener lazos, armar proyectos... puede ser estratégico también, de priorizar un trabajo con la gente que a veces los compañeros no quieren hacer”*, reflexiona el psicólogo (O).

Al respecto, resultan significativos los aportes de Heler (2001) quien sostiene que el profesional está fabricado socialmente –socializado en su profesión– lo cual implica responder a la ley que define su ocupación como un campo profesional y que esta ley es producto de las relaciones de fuerza que se fueron estableciendo en el proceso de profesionalización, que han ido definiendo la estructura del campo específico, siendo interiorizada por las/os miembros de la profesión en su formación y en la experiencia de su desempeño.

El lugar de trabajo social en el campo de la salud municipal es reconocido por los entrevistados prioritariamente como el de la intermediación o nexo entre sujetos que demandan por obstáculos en los procesos de reproducción cotidiana ligados al abordaje del proceso salud-enfermedad-atención. Como lo menciona la médica (H): *“A veces la buscan para contar determinadas cosas que creen que puede hacer de nexo. Si no está directamente implicada, la puede referir a dónde dirigirse”*. En este sentido, el abordaje de los llamados problemas sociales en salud no es definido de manera exclusiva por quienes lo ejecutan ni depende de la voluntad individual de las/os profesionales, *“justamente porque la intervención es parte de un trabajo colectivo en el marco del conjunto de relaciones sociales marcado por su carácter de asalariados cuya relación contractual exige la prestación de determinados servicios”* (Rozas, 2001:222).

La gestión de recursos –especialmente materiales– aparece como pericia central de trabajo social legítimamente reconocida tanto por los funcionarios como por otros profesionales, *“generalmente vienen para ver si vos le podés gestionar algún subsidio por discapacidad o algún subsidio en general”* plantea la médica (H), mientras que el psicólogo (F) identifica como una habilidad del trabajo social *“ir conociendo las instituciones, a qué recursos había que apelar, qué hacer”*. Desde la perspectiva de otros profesionales, esta tarea es vinculada como parte de la burocracia estatal como afirma el psicólogo (O):

*“El manejo de todo lo que es los modos burocráticos de las instituciones, (...) decir se presenta por allá, se presenta por acá... La cuestión de recursos institucionales disponibles, porque la institución tal tiene el bolsón, la beca, el plan...”*

Con respecto a modalidades de abordaje desde una concepción de salud colectiva, se reconoce un especial protagonismo por parte de profesionales de trabajo social. Esta determinación genera expectativas de comportamiento, que juegan un papel importante a la hora de definir la autonomía o heteronomía en el ejercicio profesional, de acuerdo a la relación de fuerzas del campo y en vinculación con otros (Aquín, 2008). Así, esta modalidad de abordaje colectiva es delegada por las otras profesiones, las que reconocen la experticia de trabajo social en ello: *“el tema de los proyectos grupales”* (U), *“coordinar, animar más directamente proyectos de educación para la salud, proyectos extra-muro, inserción en los consejos comunitarios”* (G), *“el poder aportar a la organización comunitaria”* (O), *“tomar una demanda particular de los vecinos y plantear reuniones, asambleas”* (F). De esta manera se reconoce que el escenario de intervención profesional privilegiado y por momentos exclusivo es el espacio barrial-comunitario: *“mucho laburo extra muro, mucho contacto con la gente, mucho caminar el barrio”* (F), *“conoce el terreno y conoce caso por caso, porque lo patacone...”* (H).

En esta perspectiva, las/os profesionales de servicio social, desarrollamos renovadas estrategias que abordan distintos sujetos y niveles de intervención identificando diversas manifestaciones de la cuestión social. Estos aspectos son comprendidos desde una concepción de salud que la contempla como un proceso social e histórico, en el cual conviven -en constante tensión y conflicto- factores económicos y sociales, biológicos y psicológicos, sanitarios y ambientales, que hacen que tanto la salud como la enfermedad y su atención sólo puedan definirse desde un principio de totalidad, siendo éste un proceso que *“se gesta en la dimensión social de la vida cotidiana y tiene sus raíces en los modos de organización de la sociedad, sus modalidades de actividades prácticas y su cultura”* (Breilh, 1991:203).

Por otro lado, las/os profesionales de trabajo social identifican a *“la intervención escritural”*<sup>5</sup> como un ejercicio de poder que ha permitido -en algunas situaciones- posicionar como autorizada una interpretación sobre las necesidades sanitarias que incorpora de manera hegemónica la voz de la profesión. *“Armamos un proyecto escrito para el edificio, lo escribí yo, lo armé en reuniones con vecinos, (...) fue como un antes y un después, porque a todo el mundo le gustó un montón, y me dio otro lugar”*, expresa la colega (A), y además agrega *“nosotros hicimos del 2004 al 2009 el informe por la cuestión ambiental, quien lo escribió básicamente fui yo,... eso también me recontra posicionó”* (A).

En otras circunstancias, lo escrito no es dimensionado por su eficacia simbólica, sino que es tomado como una tarea administrativa aunque requiera de una pericia profesional: *“una tarea que muchas veces asumo es la de escribir, la de registrar, tanto la planificación como lo que va sucediendo en las actividades”* (D).

---

<sup>5</sup> Concepto trabajado por el Lic. Osvaldo Agustín Marcón en el panel “El informe como producción escrita”, organizado por la Delegación Reconquista del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la Provincia de Santa Fe (1° circ.), Reconquista, 13 de julio de 2002.

Frente a ello es necesario reconocer, de manera concomitante, nuestra debilidad en la producción escrita, debilidad probablemente marcada por un habitus profesional que identifica intervención con acción.

*“Mucha experiencia y trabajo, y es desproporcional a la visibilidad que tiene eso, yo creo que está en nuestras manos dar cuenta de lo que hacemos, yo creo que el tema de los registros, de las sistematizaciones (...) todo ese trabajo que se plasme en cosas escritas y en datos, en cosas más concretas digamos”, refiere (V).*

Desde este argumento, lo escritural es visto como una posibilidad de recuperar, analizar y socializar saberes que se generan en las intervenciones cotidianas, como una oportunidad de distinguir a nivel analítico lo que en la práctica se presenta como un todo inseparable y muchas veces imperceptible, ofreciendo así la posibilidad de objetivación, comunicación, problematización y generación de debate al interior del colectivo profesional y con otras profesiones. *“El tema del registro, de las sistematizaciones, de poder compartir entre nosotras un poquito más, es animarnos a darle valor a lo que hacemos”, afirma (I).*

La producción escrita se constituye, además, en una herramienta central para contrarrestar las dificultades de legitimación de una actividad profesional cuyos productos no se ven en el corto plazo y resultan intangibles para otras profesiones con una formación biológica *“más acostumbrados a pensar en la causa- efecto, creer que para cada situación hay una receta” (M)* y que desarrollan *“medicina basada en evidencia”*. En este sentido, es necesario instalar que los procesos sociales –conllevan transformaciones o continuidades- no pueden valorarse en el corto plazo.

*“A pesar de tantas cosas intangibles, a la larga o al mediano plazo algo se ve de la tarea, ya sea que se conforma un grupo o una organización, que se hizo una actividad que nunca se había hecho, en algún momento adquiere tangibilidad toda esa tarea que por ahí no se ve de qué se trata”, reflexiona (D).*

Por otro lado, y en el marco de la lucha por la cual las/os trabajadoras/es sociales se han comprometido para *“imponer el valor de sus productos y de su propia autoridad como productor legítimo”* (Bourdieu, 2012:19), ha estado presente el desafío de orientar la definición de problemas, metodologías y argumentaciones teóricas más convenientes para los intereses específicos de la profesión, disputando espacios para el ejercicio de poder dentro de la institución. En este sentido, (P) reconoce que

*“Una fortaleza indiscutible fue haber ocupado los lugares que ocupamos en la estructura de la institución, (...) nosotros jamás hemos podido jugar desde el orden de lo cuantitativo en*

*paridad de condiciones, entonces para mí es una fortaleza profundísima de la que no somos conscientes”.*

Estas estrategias, que tienen como objetivo revertir la posición subalterna generada por la separación positivista entre ciencia y técnica, entre el profesional que conoce y aquel que sólo actúa, entre el que ocupa lugares de conducción institucional y *el profesional de campo*, se desarrollan en la búsqueda de una especificidad profesional en el área de la salud, ya que *“La condición de práctica autónoma es el requisito fundamental de constitución de un campo profesional”* (García Salord, 1991:18). Por ello, la colega (A) reclama *“esto que venimos diciendo, que queremos poner más especificidad, poder delimitar un poquito más, tener un programa nuestro”* (A).

Este argumento es sumamente útil para subrayar que la legitimidad de la intervención, como trayecto vinculado a un servicio público y socialmente reconocido como lo es la atención en salud, es una legitimidad desde el ámbito socio-ocupacional que se renueva de manera constante.

En este sentido, la intervención del trabajo social se funda en diagnósticos socio-sanitarios particulares de cada barrio o zona sanitaria en la que se inserta, lo que permite acercar cada práctica profesional a una realidad socio-cultural determinada, teóricamente fundada y estrechamente relacionada a objetivos definidos en el marco de la Atención Primaria de la Salud, principalmente aquellos vinculados a la participación comunitaria, a la programación local y estratégica, al trabajo intersectorial e interinstitucional, a garantizar el acceso a la salud como un derecho.

Si bien esta cuestión resulta compleja de abordar en instituciones donde la reproducción de *la tradición* es predominante para legitimar acciones, profesiones, cargos, políticas, formas de organización, la posibilidad del colectivo profesional –con altos costos- de definir y regir su intervención con reglas propias y diferentes a las que rigen en el campo institucional, posibilitó importantes espacios de autonomía profesional, *“a nivel de nuestro espacio me parece que hay una gran libertad, una gran apertura”*, reconoce la colega (D) o *“esta posibilidad que nosotras tenemos de ser creativas y de mucha libertad para el hacer, porque cada una va en función de su idea y del diagnóstico epidemiológico que haga de la zona”*(I); como plantea Verdès-Leroux (1986), el dinamismo del campo profesional se debe a la naturaleza de las tareas que le han sido atribuidas y al mandato que le es conferido, los cuales no pueden ser enteramente definidos ni codificados, y dejan a las/os profesionales una parte de autonomía y de iniciativa en la producción que de ellas/os se espera.

Una estrategia que permitió el sostenimiento, argumentación y defensa de estas reglas propias de intervención profesional, fue el espacio de capacitación, discusión y construcción colectiva quincenal, denominado *“Ateneo de trabajo social”*, que es reconocido como una fortaleza por unanimidad entre las entrevistadas: *“Tener los ateneos quincenales, algo que a nosotros nos da información, nos empodera”* (A), *“porque hay experiencias de otras que te sirven para pensar, para evaluar”* (R), *“las instancias de supervisión y de compartir lo que hacemos, la posibilidad de discutir en*

los espacios que tenemos de encuentro y de pensarnos como colectivo” (I), estrategia que ha sido sostenida desde la creación del servicio social institucional hasta la actualidad.

Este conjunto de estrategias institucionales, se complementa con las acciones desarrolladas con otras instituciones de nuestro campo.

Aquí resultan centrales las relaciones entabladas tanto con la organización responsable de la regulación del ejercicio profesional como con la institución académica. Así, el Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba es una institución con una importante presencia ante cada espacio profesional que haya que defender, cada incumbencia que haya que explicitar, cada competencia que haya que fortalecer, cuestión que nos permite un mejor posicionamiento que aquellas profesiones que aún no tienen colegiación, como lo es enfermería particularmente. “Somos convocados a participar en comisiones, se reconoce que podemos aportar en distintas áreas” (C).

Las relaciones con la academia se constituyeron desde los inicios de la institución, “las alumnas comienzan a trabajar en los centros de salud... yo era docente de la católica y tenía alumnos de la católica, pero también después la escuela de la nacional manda alumnos para trabajar en las comunidades”, plantea la colega (J) describiendo un momento previo al cierre de la carrera en la Universidad Católica de Córdoba. Más cerca en el tiempo, en una entrevista (C) refiere que:

*“Al principio no se veía tanto la importancia, no había tantas colegas que recibieran alumnos para las prácticas, y me parece que ahora estamos en un proceso que nos valoran como centros de práctica, como colegas que pueden aportar con fundamento teórico y práctico al proceso de formación de grado de los alumnos y a su vez nosotros valoramos la oportunidad que nos da el recibir alumnos... hubo un proceso, intencionalidad, mucho trabajo y ganas de armarlo a este espacio”.*

Para finalizar, avanzar en el sentido de lo que venimos analizando se constituye en esencial para aportar -desde el trabajo social- a la construcción de un equipo que trabaje en pos de abordar integralmente la salud, entendiéndola desde una perspectiva de derechos e inclusión, ya que en espacios institucionales:

*“donde las ‘misiones’ están establecidas, al trabajador social le cabe desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad esa mirada particular que permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes y conocimientos”* (Cazzaniga, 2002: párr.34).

Asimismo, para el trabajo social resulta necesario profundizar la tarea de desarrollar la especificidad profesional en este espacio de intervención, en tanto nos permite un reposicionamiento más simétrico respecto de otras profesiones, un mayor estatus de nuestra profesión en la medida en que se logre una actuación cada vez más precisa, eficaz y

fundamentada frente a los problemas que constituyen su objeto, una mayor incidencia de la intervención profesional en la dinámica social en su conjunto y en la conflictiva social que abordamos, y como consecuencia de ello, mejores condiciones para negociar espacios y decisiones (Aquín, 1994).

## Conclusiones

El interrogante central que orientó el trabajo permitió identificar *qué aspectos de la producción del área de trabajo social son reconocidos como producto de las/os agentes del campo*. Para ello, se identificaron y analizaron diversas estrategias llevadas a cabo por profesionales de trabajo social tendientes a legitimar la posibilidad de *decir y hacer* en el campo de la salud pública municipal desde un lugar de experticia.

Los espacios de clausura ocupacional denotan lucha y contienda entre profesiones con grados de legitimación y poder asimétricos, con desigual posesión de recursos.

El predominio de la profesión médica registra pretensiones de colonización hacia otras profesiones y notablemente hacia trabajo social. Como toda gesta de poder, ha generado resistencias de distinto grado.

Desde trabajo social se han desarrollado diferentes estrategias tendientes a legitimar la acción profesional. En relación con la *legitimidad social* (Montaño, 1998), se reconoce por parte de las distintas profesiones que componen el equipo de salud y por las/os funcionarios, el posicionamiento profesional vinculado a un profundo respeto y compromiso con las poblaciones con las que se trabaja, que se traduce en términos de accesibilidad al sistema de salud y comprensión de las condiciones de vida de éstos, considerando al Estado como garante de los derechos ciudadanos. Desde allí, se abordan numerosas demandas que plantea la población y que no se encuentran vinculadas al proceso salud-enfermedad en sentido restringido.

Acerca de la *legitimidad de proceso* (Cazzaniga, 2010) se identifican aportes específicos que contribuyen a la implementación reflexiva y planificada de la política sanitaria, al registro y la escritura de informes y sistematizaciones, al abordaje comunitario de la salud desde una perspectiva asociativa y participativa.

De esta manera, se reconoce en el posicionamiento actual de las trabajadoras/es sociales una clara defensa de la autonomía profesional, de la puesta en juego de capacidades específicas para producir e imponer normas de producción y criterios de evaluación propios de sus productos, de actuar por uno mismo y no de ser actuado, como plantea Heler (2001). Ello se manifiesta en el incumplimiento y cuestionamiento de aquellas expectativas elaboradas por otras profesiones funcionales al modelo bio-médico, vinculadas al disciplinamiento y la tutela de los sujetos de la intervención.

Pese a ello, se distinguen dos perfiles profesionales que conviven en tensión ya que evidencian modos diferentes de comprender la disputa entre las profesiones: uno que denomino “alternativo” y otro “crítico”.

El primero, construye su intervención intentando permanecer al margen de las normas institucionales, las que son vividas como restrictivas o condicionantes de las posibilidades de ejercicio profesional; por lo tanto, sus productos no son ni pretenden ser reconocidos como productos del campo institucional. Este perfil, encuentra sus argumentaciones en lo que Firpo (2001) ha trabajado en relación a la noción de *imposibilidad*, y que –según la autora– de un modo u otro atraviesa los enunciados de gran parte del colectivo profesional: “*sobre lo que nos falta, sobre lo que no logramos, sobre la identidad que se nos atribuye, sobre la falta de reconocimiento como profesionales, sobre la no accesibilidad a los lugares de poder, etc.*”(Firpo, 2001:8). Desde este lugar de minusvalía o impotencia se niega “*el carácter complejo de la vida social y en consecuencia se obstruye la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopía*”, expresa Cazzaniga (2002: párr. 36).

En cambio, el perfil profesional identificado como “crítico”, intenta disputar una mejor posición en el espacio institucional, dando batalla con las reglas del juego y las armas utilizadas en el campo, disputando recursos de prestigio y autoridad que permitan acumular un mayor capital simbólico para la profesión “*e imponer el principio de jerarquización más favorable a sus propios productos*” (Bourdieu y Wacquant, 1995:68); comprendiendo que el capital simbólico no existe al margen del reconocimiento social por parte de los otros agentes institucionales, y que sólo pueden reconocer y otorgar legitimidad a quien está inmerso en el juego y dispone de las disposiciones o los *habitus* adecuados para ello.

Aún con estas distinciones, se puede afirmar la existencia de una identidad colectiva compartida, ligada a la dimensión ética y política que atraviesa la intervención profesional en términos de derechos e inclusión social, a la defensa de espacios propios y exclusivos de producción y evaluación, al reconocimiento de una trayectoria profesional que necesita mejorar su posición en el campo de la salud y que ha logrado avances a partir de la ocupación de lugares estratégicos en la institución.

Además, la intervención del trabajo social no debe ser vista sólo en relación con los problemas particulares a los que intenta dar respuesta, sino también interviniendo en el campo de los discursos institucionales acerca de la cuestión social.

Partiendo de la premisa de que “*no hay intervención sin interpretación social*” (Matus, 1999:27), los saberes profesionales participan en el campo simbólico dirimiendo construcciones discursivas y representaciones sociales acerca de las condiciones de vida de los sujetos y el lugar del Estado en la implementación de políticas públicas.

Como la categoría profesional es de carácter colectivo, y su grado relativo de autonomía es la resultante de las relaciones de fuerza que han constituido históricamente al campo, el mayor o menor grado de autonomía alcanzado, no se traslada mecánicamente a las personas que representan a la profesión y la ejercen en distintos ámbitos.

Por ello, en el campo de la salud pública, “*apropiarnos de la autonomía supone la reflexión crítica sobre la situación conflictiva pero también sobre nuestras obligaciones*” (Heler, 2001:33).

En este sentido, la reflexión sobre nuestras obligaciones profesionales, requiere profundizar y colectivizar el desarrollo de estrategias que posibilitan al trabajo social regirse por leyes particulares, clausurar el campo profesional y acumular ese capital simbólico que le otorga el conocimiento científico y que le confiere legitimidad y autoridad para decir, hacer, construir, proponer, diseñar y conducir en el campo de la salud pública municipal.

## Bibliografía

**Álvarez Uria, Fernando (1995):** *En torno a la crisis de los modelos de intervención social.* Recuperado de: [www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/uriaalvares.htm](http://www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/uriaalvares.htm). Fecha de consulta: 26-03-2015.

**Aquín, Nora (2008):** Situar las prácticas, pensar las prácticas. *Escenarios* N° 13. Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina.

----- **(1994):** ¿Por qué desarrollar la especificidad? *Acto Social* 8 – Año III. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

**Bourdieu, Pierre (2012):** Los usos sociales de la ciencia. Nueva Visión, Buenos Aires.

----- **(1991):** El sentido práctico. Taurus, Madrid.

**Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995):** Respuestas. Por una antropología reflexiva. Grijalbo, México.

**Breilh, Jaime (1991):** La salud-enfermedad como hecho social. En Betancourt, Breilh, Campaña Y Granda: *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras.* Editorial Universidad de Guadalajara, México.

**Britos, Nora (2006):** *Ámbito profesional y mundo del trabajo. Políticas sociales y trabajo social en los '90.* Espacio Editorial, Buenos Aires.

**Cazzaniga, Susana (2010):** Ficha de la asignatura Constitución Histórica del Trabajo Social: *Acerca de la legitimidad.* Maestría de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

----- **(2002):** *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud.* Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Margen. Edición electrónica N° 27. Extraído de [www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html](http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html) Fecha de consulta: 30-01-2014.

**Firpo, Isela (2001):** Las relaciones entre práctica profesional y discurso. El fascinante enigma de las palabras. *Confluencias* 39. Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina.

**Foucault, Michel (1995):** La verdad y las formas jurídicas, Gedisa, Barcelona.

----- **(1992):** El orden del discurso. Tusquets Editores, Buenos Aires.

----- **(1982):** Le sujet et le pouvoir. En: *Dits et écrits, 1876-1788.* Gallimard, Paris. Traducción de Ricardo Costa.

- Fraser, Nancy (1991):** La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate Feminista* 3, Año 2. México.
- García Salord, Susana (1991):** Especificidad y rol en trabajo social: currículum - saber - formación. Edit. Humanitas, Buenos Aires.
- Heler, Mario (2001):** La toma de decisiones responsables en la práctica del Trabajo Social; la reflexión ética como recurso. *ConCiencia Social. Nueva época* 1. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Lorente Molina, Belén (2002):** La feminización, lo religioso y la profesionalización del cuidado. Elementos para el estudio de las llamadas profesiones femeninas. El caso del Trabajo Social. En **Lorente Molina, Belén (edit.):** *El hecho religioso y la ayuda social. Estudios sobre su historia, epistemología y práctica.* HUMANIZAR, Colombia
- Matus, Teresa (1999):** Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Montaño, Carlos (1998):** La naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad, su reproducción. Cortez Editora, Brasil.
- Rozas, Margarita (2001):** La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social. Espacio editorial, Buenos Aires.
- Verdès-Leroux, Jeannine (1986):** Trabajador Social. Práctica, hábitos, ethos, formas de intervención, Cortez Editora, Brasil.

## Cita recomendada

**Bertona, María Celeste (2018).** «La legitimidad del Trabajo Social en equipos de salud interdisciplinarios» [artículo en línea]. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social.* Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 50-69 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19940>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## *Sobre la autora*

*María Celeste Bertona*

Argentina. Trabajadora social de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. Correo electrónico: [celbertona@gmail.com](mailto:celbertona@gmail.com)

