



Procesos de salud-enfermedad, ciudadanía y Trabajo Social.

Reflexiones y perspectivas a partir de la atención de personas viviendo con vih/sida.

Ángeles Commisso¹¹³

Resumen: este artículo presenta algunas conceptualizaciones sobre el proceso salud – enfermedad y la noción de ciudadanía, reflexionando posteriormente sobre las posibilidades de un Trabajo Social Crítico a partir de la intervención con personas viviendo con vih/sida.

La metodología utilizada es la lectura analítica de la producción académica especializada sobre el tema y de los resultados de investigaciones previas realizadas en la región en los últimos veinte años (Provincia de Buenos Aires en general, y Partido de José C. Paz en particular); para, a partir de allí, realizar una lectura crítica considerando las dimensiones de análisis definidas a la luz de la práctica profesional actual. El desarrollo del trabajo da cuenta de la determinación histórica y social del proceso salud – enfermedad, y la incorporación del concepto clase social para estudiar los procesos de morbilidad y mortalidad. Desde la epidemiología crítica, se propone la utilización de la noción ‘determinación social’ de la salud, como categoría para abordar la relación entre reproducción social, modos de vivir, enfermar y morir. Se formulan interrogantes sobre las políticas sociales ligadas a la expansión de derecho; resaltando la contradicción entre el discurso de igualdad del capitalismo y la realización de desigualdad del mismo sistema. Desde el Trabajo Social Crítico, en articulación con la medicina social, se propone la elaboración de mediaciones (universal – particular – singular), como posibilidad de trabajar la doble dimensión a la que se enfrenta el trabajador social: conocimiento / intervención; favoreciendo, a su vez, la concreción de una acción profesional crítica – transformadora y el fortalecimiento de un proyecto de emancipación humana.

¹¹³ Licenciada en Trabajo Social, Magister en Salud Mental.

Trabajadora social en el Hospital Mercante (José C. Paz, Provincia de Buenos Aires).

Docente Adjunta de “Práctica del Trabajo Social II” y “Trabajo Social III” en UNPAZ.

E MAIL: angelescommisso@yahoo.com.ar.



Palabras claves: salud - ciudadanía - Trabajo Social – mediaciones – vih/sida

Abstract: this article presents some conceptualizations on the health - disease process and the notion of citizenship, reflecting on the possibilities of a critical social work from the intervention with people living with HIV/AIDS.

The methodology used is the analytical reading of the specialized academic production on the subject and of the results of previous research in the region in the last twenty years; for, from there, perform a critical reading considering the dimensions defined. The development of the work study the historical and social determination of health process - disease, and the incorporation of the 'social class' concept to study the processes of morbidity and mortality. From the critical epidemiology, proposes the use of the 'social determination' notion.

Are formulated questions about social policies linked to the expansion of human rights; highlighting the contradiction between the discourse of equality of capitalism and the realization of inequality in the same system. From the Critical Social Work, in coordination with the social medicine, it proposes the development of mediations (universal - particular - singular), as possibility of working the double dimension that is faced by the social worker: knowledge / intervention; encouraging a project of human emancipation.

Keywords: health – citizenship – Social Work – mediation – HIV/aids.

Introducción:

El presente trabajo se propone comunicar algunas reflexiones sobre el proceso de salud – enfermedad, analizando la intervención del Trabajo Social ante la problemática del vih – sida y las posibilidades de construcción de ciudadanía a partir de las prácticas profesionales en un hospital público del Conurbano Bonaerense.

En este sentido, se parte de conceptualizar el proceso de salud – enfermedad a lo largo de la historia, desarrollando las definiciones formuladas desde el modelo médico hegemónico hasta la epidemiología crítica.

Luego se enuncian los principales problemas que presenta la noción de ciudadanía y la implementación del enfoque de derechos en las políticas públicas.

A continuación se analiza la perspectiva del Trabajo Social y la elaboración de mediaciones en el sentido de favorecer un Trabajo Social Crítico que favorezca proyectos de emancipación y supere la inmediatez.



Cada una de las temáticas, es ejemplificada con las políticas y abordajes desarrollados desde la profesión en la intervención con personas viviendo con VIH – sida desde una institución de salud pública del Partido de José C. Paz.

Finalmente, se comparten algunas conclusiones y propuestas.

Aproximándonos a una conceptualización del proceso salud – enfermedad:

“En nuestra sociedad capitalista los hombres viven, enferman, son asistidos y mueren de clase. La enfermedad y la locura son, desde luego, contingencias a las que está expuesto –por su doble condición de ser vivo y de sujeto del deseo, el habla y la angustia- todo ser humano. Pero cómo, cuándo, en qué forma y bajo qué condiciones sociales perderá su salud o su razón y la asistencia que recibirá en uno u otro trance, dependerán decisivamente de su condición de clase...”

Armando Suárez (1989: 7).

Históricamente, desde un enfoque biomédico, se define la salud como la ausencia de enfermedad. Esta conceptualización, que reduce la enfermedad a una dolencia corporal y un problema individual descontextualizado, guía las prácticas durante un largo período de tiempo.

Promediando el siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) agrega al factor biológico otros dos: el psicológico y el social. De este modo, incorpora la concepción de la salud como un estado de bienestar bio-psico-social.

A finales de los años '60 se cuestionan estas conceptualizaciones, debatiendo si la enfermedad es esencialmente biológica o social (Laurell, 1981: 1). De este modo, se critica fuertemente el modelo médico hegemónico; buscando una comprensión diferente que posibilite el acercamiento a los intereses populares y el desarrollo de prácticas sociales novedosas.

Laurell (1981) plantea una explicación externa a la medicina y otra interna, para comprender el surgimiento de estos nuevos posicionamientos: en el primer caso, las crisis políticas, económicas y sociales, y las luchas populares de ese momento histórico. Respecto a las explicaciones internas, la dificultad del paradigma médico biologista de producir conocimientos para la comprensión de los principales problemas de salud de los países industrializados; y, por ende, la insuficiencia de sus respuestas para mejorar las condiciones de salud de la colectividad.

Cabe aclarar que, si bien en América Latina, esta perspectiva surge en los '60, se encuentran antecedentes de esta *medicina social* en Berlín alrededor de 1848 (Stein, 1992: 146). Stein (1992) menciona que Rodolfo Virchow, uno de los padres de la medicina del siglo XIX, plantea que el bacilo de la tuberculosis no es igual que la



tuberculosis, sino que existen condiciones que favorecen su presencia: vivienda inadecuada, alimentación inapropiada.

Volviendo a Latinoamérica, y retomando estas aproximaciones al problema de salud – enfermedad, se profundizan los fundamentos de este proceso: los problemas de vivienda, alimentación, dificultades para acceder al sistema de salud, son producto de la forma de organización de la sociedad.

Así, Stein (1992) plantea que el perfil de salud – enfermedad de cada país está determinado histórica y socialmente: las causas por las que enferman y mueren las personas en Argentina no son las mismas que aquellas por las que mueren y enferman en Europa.

El autor ejemplifica con numerosos estudios que muestran diferencias en la morbilidad y mortalidad entre países en un mismo período, y al interior de un mismo país según clase social.

Sin embargo,

“...El concepto de clase social y su relación con el proceso salud-enfermedad es casi inexistente, o por lo menos de escaso desarrollo, en la salud pública argentina” (Stein, 1992: 150).

Los enfoques diferenciales por edad / región geográfica / etc., orientan las concepciones y prácticas, tanto en la academia como en las organizaciones de salud.

“...Pero cuando se demuestra que la gente enferma y muere según el lugar que ocupa en el proceso productivo, y dentro de él en el proceso de trabajo, se tiene en cuenta otro enfoque de mayor potencia explicativa, y por lo tanto de mayores posibilidades de transformación de los fenómenos de salud – enfermedad que se analizan...” (Stein, 1992: 151).

Siguiendo al mismo autor, si hay procesos de salud – enfermedad colectivos, y su aparición se vincula a la historia de los países, a sus diferencias por clase social y lugar, hay que realizar un análisis a nivel individual y grupal. “...el objeto de estudio... no puede ser *sólo el individuo sino siempre ese individuo dentro de un contexto y dentro de una clase social...*” (Stein, 1992: 163).

Por lo anterior, estas determinantes de las diferencias en la morbilidad y mortalidad, expresan diferentes formas de desgaste de la fuerza de trabajo y distintos procesos de consumo.

En este sentido, Jaime Breilh (2013:14) plantea que la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputas sobre el modo de enunciación de la salud y de actuación, y esa disputa encuentra su raíz en intereses sociales divergentes.



Desde allí, analiza las relaciones de la ciencia con el poder, al invisibilizar las relaciones de determinación de los procesos de salud – enfermedad. Pregona que, la mera adición de causas a los cuadros patológicos (factores sociales sumados a los biológicos), no subsana las confrontaciones ya que mantiene la lógica empírico funcional.

En el mismo sentido, Laurell (1981) menciona que las necesidades de las clases dominantes son expresadas como necesidades de la sociedad en su conjunto, condicionando la concepción del proceso de salud – enfermedad. Así, en la sociedad capitalista, la enfermedad se refiere a la incapacidad de trabajar; por su correlato con las relaciones económicas y las posibilidades o dificultades para la acumulación de capital.

Breilh (2013) propone la utilización de la noción ‘determinación social’ de la salud, como categoría para abordar la relación entre reproducción social, modos de vivir, enfermar y morir.

Así, la epidemiología crítica latinoamericana presenta una ruptura en tres niveles: *con la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, *con el paradigma empírico funcionalista propio de la epidemiología ecológica, *con la epidemiología de los determinantes sociales de la salud (transmutados en causas de las causas).

El autor analiza el recorrido de la epidemiología latinoamericana desde los '70 hasta los '90, cuestionando la epidemiología lineal y refundando la epidemiología crítica.

Los aportes iniciales de esta perspectiva se orientaron a visibilizar que tanto el empirismo cognitivo, como la metodología positivista y la lógica cartesiana de la epidemiología causal, hacen obstáculo para conocer la génesis de la salud.

Entre los principales obstáculos, se enuncian: una explicación fenoménica, reduccionista y fragmentaria de la determinación de la salud; la primacía de la asociación causa – efecto; la reificación de esta asociación para identificar factores de riesgo; la reducción de la noción de exposición / vulnerabilidad a un problema individual; la reducción de la práctica epidemiológica a acciones sobre factores de riesgo (Breilh, 2013: 15).

Desde esta enunciación de obstáculos, la epidemiología crítica se propone como radicalmente emancipadora al reconocer la incompatibilidad del sistema social imperante frente a la construcción de modos de vivir saludables.

Pueden identificarse seis perspectivas teóricas sobre el proceso salud – enfermedad (Breilh, 2013):



-*enfoque lineal causalista*: puede ser uni o multicausal, considera que la/s causa/s opera/n por conexiones externas de éstas con los efectos, incidiendo en fenómenos individuales. La acción de la salud pública se realiza sobre los factores de riesgo.

-*enfoque lineal multicausal*: se sofisticaba el sistema causal pero mantiene su carácter lineal y reduccionista. La red de causas puede incluir realidades determinantes como la clase social, convirtiéndolos en elementos cosificados.

-*epidemiología empírico ecológica de sistemas*: propone la tríada ecológica huésped (sin condición social), agente (sin historia), medio (sin origen social). Las acciones se proponen el equilibrio de sistemas conectados.

-*epidemiología de los determinantes sociales de la salud de la OMS*: constituye un nuevo causalismo, ya que si bien constituye un paradigma de transición crítica por su apertura a lo estructural, reduce las estructuras sociales a variables y no a categorías de análisis del movimiento histórico de acumulación. Presenta sus explicaciones como un esquema formal de articulación de variables.

-*enfoque ecosocial*: aquí se ubican dos de los paradigmas de la epidemiología crítica (Almeida Filho y Krieger), posicionándose desde el pensamiento Habermasiano. Almeida Filho realiza una etnografía crítica y Krieger una ecología política con tesis emancipadoras de género. Analizan los caminos en que se dan las exposiciones y vulnerabilidades como 'rutas'.

-*epidemiología crítica*: incluye los otros dos paradigmas de la epidemiología crítica (Laurell, Breilh), posicionados en el realismo crítico materialista del siglo XIX. Se diferencia de los anteriores en la distancia con la noción de 'ruta', proponiendo una comprensión dialéctica del proceso de determinación por generación y reproducción. Lo social y lo biológico no son causas / factores determinantes externos, sino que establecen un proceso de subsunción de lo biológico en lo social, y autonomía relativa a la vez.

De esta forma, se descarta una interpretación lineal del movimiento de determinación. Asume los procesos colectivos como irreductibles a lo individual; y postula que la determinación social va y vuelve dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular.

Adhiriendo a esta última perspectiva (epidemiología crítica), se propone una operacionalización epidemiológica de la clase social, para enlazar producción y distribución de la salud, a través de la categoría 'perfil epidemiológico' (Breilh, 2013):

-eje 1: antítesis entre procesos saludables y protectores, y procesos vulnerabilizadores de la salud.



-eje 2: dimensiones general, particular y singular.

En la dimensión general, el autor ubica los procesos y relaciones económicas y de poder; analizando a este nivel la determinación estructural sobre el espacio de producción y lugar de trabajo, el espacio de consumo, hogar y movilidad, el espacio de soportes colectivos y comunitarios, el espacio de construcción de subjetividad. Aquí la epidemiología crítica, en tanto emancipadora, apunta a transformar procesos y relaciones económicos y de poder.

En la dimensión particular, analiza las mediaciones, los modos de vivir particulares de los grupos, y los perfiles de salud colectivos. Aquí se propone la acción colectiva sobre procesos sociales, transformando componentes vulnerabilizadores en modos de vivir saludables.

En la dimensión singular, sitúa los procesos terminales expresados en los individuos, las condiciones de los genotipos y fenotipos; que se manifiestan en enfermedades, soportes, defensas. Aquí se produce la acción sobre personas y familias, apuntando a transformar sus condiciones de salud desde la asistencia, prevención y promoción.

Finalmente, cabe mencionar que las diferentes conceptualizaciones coexisten, y que una gran cantidad de programas siguen sosteniendo la definición de salud propuesta por la OMS. Por ejemplo, el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires, sustentado en guías y presupuestos de la Organización Mundial de la Salud para el abordaje de familias y comunidades; el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que se implementa con apoyo de distintos organismos internacionales: Fondo de Población de Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, siguiendo los lineamientos mencionados que tienden a considerar a 'lo social' como un factor más a tener en cuenta.

En el caso del vih/sida, se puede ver cómo desde su surgimiento las conceptualizaciones se restringen a nombrarlo como "síndrome de inmunodeficiencia adquirida"; explicando cada uno de esos términos desde una postura exclusivamente biologista.

Posteriormente, desde la tríada ecológica, se habla de un agente (el virus) que se introduce en un huésped (las células) a través de un medio.

Con el devenir histórico, comienzan las asociaciones con fenómenos no biológicos: grupos de riesgo, población en riesgo, factores de riesgo, comportamientos de riesgo.

Cabe remarcar que cada una de estas nominaciones refuerzan y legitiman estigmatizaciones. También se encuentran toda una serie de metáforas en torno de la enfermedad, que incluyen al sida como muerte (imaginería sobre asesinos), como



horror (se demoniza y teme a la gente infectada), como castigo (conducta inmoral), como crimen (relación víctimas inocentes y culpables), como guerra (por el virus al que hay que combatir), y fundamentalmente, como una otredad (como una calamidad de “otros”).

Finalmente, cabe mencionar que las categorías “pobreza” y “clase social” no se profundizan en Argentina en relación al vih/sida, pese a haberse comprobado que es una epidemia de países pobres y, dentro de cada país, de los grupos más desfavorecidos. Tal como menciona Bloch (1999), en nuestro país se produjo un proceso de caída del nivel de instrucción de las personas viviendo con vih/sida desde el principio de la epidemia en los '80 hasta 1996. El autor menciona que, paulatinamente, se incorporaron sectores que en un principio no estaban involucrados en la epidemia: mujeres, población alejada de grandes centros urbanos, sectores más deprimidos socioeconómicamente. Otros estudios desarrollados en el Partido de José C. Paz, Provincia de Buenos Aires, arrojan resultados similares (Commisso, 2001): desempleo, escolaridad primaria, e incremento de mujeres entre las personas viviendo con vih/sida diagnosticadas.

Ciudadanía y enfoque de derechos. Límites y posibilidades de su implementación en la respuesta al vih/sida:

“...Este derecho igual es un derecho desigual para trabajo desigual. No reconoce ninguna distinción de clase, porque aquí cada individuo no es más que un obrero como los demás; pero reconoce, tácitamente, como otros tantos privilegios naturales, las desiguales aptitudes de los individuos, y, por consiguiente, la desigual capacidad de rendimiento. En el fondo, es, por tanto, como todo derecho, el derecho de la desigualdad. El derecho sólo puede consistir, por naturaleza, en la aplicación de una medida igual; pero los individuos... sólo pueden medirse por la misma medida siempre y cuando que se les mire solamente en un aspecto determinado... A igual rendimiento y, por consiguiente, a igual participación en el fondo social de consumo, unos obtienen de hecho más que otros, unos son más ricos que otros, etc. Para evitar todos estos inconvenientes, el derecho no tendría que ser igual, sino desigual”.

Karl Marx (1891: 20)

La política social participa en procesos de mantenimiento del orden social y legitimación de los proyectos sociales vigentes y, simultáneamente, supone procesos de lucha por definir otros problemas sociales y distribuir los recursos necesarios para su atención (Fernández Soto, 2003: 156).

La autora plantea el surgimiento de la política social en el marco del desarrollo de sociedades capitalistas, en tanto formas particulares de incorporar demandas sociales a la esfera pública; suponiendo mecanismos institucionales específicos para atender la cuestión social.



“...Este proceso de ampliación del Estado se liga con un ideal de igualdad. La igualdad siempre fue un ideal que debían producir los Estados de bienestar, aunque en formas más o menos implícitas esta cuestión permaneció históricamente en tensión en las construcciones de estas formas particulares de los estados capitalistas. En relación a esto, ya en el clásico trabajo de Marshall se señalan las tensiones entre los derechos contenidos en la noción de ciudadanía moderna y las clases sociales. Al respecto expresa que en el siglo XX la ciudadanía –status concedido a los miembros de una comunidad generador de igualdad- y el sistema de clase capitalista –el cual expresa una jerarquía de status que constituye un sistema de desigualdad en sí mismo- están en conflicto...” (Fernández Soto, 2003: 157).

Con esta ampliación del Estado, diferentes actores sociales formulan demandas y luchas por distintos intereses que pugnan por instalarse en la agenda pública.

Pero, nuevamente, esta expansión de políticas sociales ligada a la expansión de derechos, ergo a la noción de ciudadanía social, resalta la contradicción entre el discurso de igualdad del capitalismo y la realización de desigualdad del mismo sistema (Fernández Soto, 2003).

La autora afirma que la propia lógica del capitalismo se asienta en una concepción de ‘derechos individuales’; con privilegio de los derechos civiles, exaltándose lo individual sobre lo social. Afirma que, desde la concepción dominante del mundo en la sociedad capitalista se tiende a impugnar los derechos sociales, reduciendo el problema de la ciudadanía a reconocimientos formales abstractos de igualdad que no tienen un correlato concreto en la práctica (Fernández Soto, 2003).

“El ‘enfoque de derechos’ constituye un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que está basado normativamente en principios y estándares internacionales de Derechos Humanos y operacionalmente dirigido a respetarlos, protegerlos y satisfacerlos. Ahora bien, a pesar de ciertos avances en materia de reconocimiento de derechos o la incorporación en los últimos años de cierta ‘retórica’ de derechos en las políticas sociales aún queda un largo camino por recorrer en la implementación de esta perspectiva... Todavía persiste un esquema político caracterizado por oferta de beneficios asistenciales, multiplicidad de programas otorgados discrecionalmente y bajo lógica de clientelismo político, soluciones basadas en el supuesto de la ‘responsabilidad individual’ por parte de los receptores de las políticas, falta de participación de los sectores vulnerables en la construcción de la política, permanente re-denominación de viejos programas, falta de control y accountability y con falencias en materia de información pública...” (Arcidiácono, 2008: 47).

La autora plantea que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) son considerados derechos de desigualdades porque, al partir de situaciones de



desigualdad material y de oportunidades, proponen tratos diferentes a personas en situaciones disímiles. Otra de sus características es la de ser derechos de grupos y no de individuos, ya que la participación de estos está condicionada a su pertenencia a determinado grupo social. Finalmente, suponen una definición de los grupos considerados vulnerables.

Así, el enfoque de derechos se propone promover la inclusión social mediante transferencias de recursos económicos, sociales, políticos y culturales, que favorezcan a las personas excluidas; creando condiciones para el ejercicio de la ciudadanía.

Arcidiácono (2008) enuncia algunos parámetros para analizar las políticas existentes y su distancia o acercamiento al enfoque de derechos:

-contenido mínimo de los derechos: incluye obligaciones ineludibles de los Estados, tales como alimento, vivienda, abrigo, atención de salud esencial.

-máximo de los recursos disponibles: es un compromiso de los Estados para utilizar los medios de que dispongan a fin de efectivizar los derechos.

-prohibición de regresividad: no se pueden reducir los niveles de protección o derogar derechos vigentes.

-igualdad sin discriminación: no se pueden establecer distinciones arbitrarias a partir de categorías como raza, religión, nacionalidad, opinión política.

-rol de los receptores / destinatarios de las políticas: el enfoque plantea su reconocimiento como titulares de derechos.

-acceso a la información pública: derecho a conocer la información de estadísticas y registros.

-acceso a la justicia: existencia de mecanismos de reclamo.

Fernández Soto (2003) identifica tres modalidades de política social:

- La asistencia, basada en una concepción residual y liberal del Estado, con ayudas sociales mínimas, y beneficios limitados y rotuladores de la población. El mecanismo de acceso es la certificación de pobreza.
- El seguro social, bajo la figura de asalariado, construido a partir de una 'solidaridad institucional' según la inserción laboral. El acceso se produce por la filiación ocupacional.
- La seguridad social, basada en el principio de universalidad, favoreciendo procesos de desmercantilización. Se fusionan bienestar social y trabajo, y se accede por derecho universal.



La autora se pregunta si las políticas implementadas tienen a reducir la desigualdad o participan de su perpetuación.

En Argentina, la Ley Nacional de Sida (23798) es sancionada en 1990. Esta ley se propone la protección de las personas que viven con vih/sida, asegura la atención y tratamiento, y habilita la creación del Programa Nacional de Sida.

Entre sus principios, encontramos: el consentimiento informado, la confidencialidad, la veracidad, la no discriminación, el acceso a la atención de la salud. En la práctica, se encuentran algunos obstáculos.

El consentimiento informado es una de las reglas éticas del equipo profesional. Es un procedimiento que supone un espacio de diálogo entre la persona atendida y el profesional, en el que éste le brinda asesoramiento previo a la firma que autoriza la extracción de sangre. Muchas veces este acto se convierte en un “mero trámite” y no se informa adecuadamente o no se abordan los interrogantes que presenta la persona. Otra situación es la de la población adolescente, a quienes algunos profesionales no le permiten firmar el consentimiento a causa de su edad, citando a sus padres para tal fin; en este caso, se viola el principio de confidencialidad.

La confidencialidad no se respeta cuando, durante una internación, se informa a los familiares el diagnóstico de la persona atendida, sin su consentimiento.

La no discriminación en algunos casos no se cumple ante la población trans que es llamada con nombre de varón.

El acceso a la atención de la salud se ve obstaculizada actualmente, ante la cantidad de personas que cuentan con planes sociales y, muchas veces sin saberlo, son afiliados a una obra social por tal motivo, impidiendo que continúen realizando estudios y recibiendo medicación en instituciones públicas. Los trámites para la afiliación y traspaso son largos, complicados y, en algunas oportunidades, cuentan con efectores en el centro de la ciudad, dificultándose la accesibilidad.

Un aspecto importante, es la organización de personas viviendo con vih/sida que desde la aparición de la enfermedad plantean demandas y luchas para instalarse en la agenda pública.

Dos políticas para analizar son: la pensión por invalidez y el programa de asistencia alimentaria para inmunodeprimidos (PAAI).

En relación con las pensiones, no queda claro si es un derecho ya que se producen situaciones de desigualdad recurrentes. En su formulación, los destinatarios de las pensiones son personas con 76% o más de discapacidad. Pero hay municipios del Conurbano Bonaerense (como el Partido de Pilar) que, por el sólo hecho de vivir con vih otorgan el beneficio; y otros, como José C. Paz, que incluyen únicamente a



personas en un estadio avanzado de enfermedad. Durante algunos años, las personas se trasladaban tratando de ser incluidas en operativos de pensiones que agilizaban el trámite; pero actualmente sólo pueden hacerlo en su lugar de residencia. Esto genera malestar, sin circuitos claros de reclamo.

Finalmente, el PAAI surge como una caja de alimentos a entregarse mensualmente, pasando luego a ser una tarjeta por una suma fija mensual para compras. Este programa da de baja a aquellas personas que comienzan a percibir una pensión, con lo cual no sería un derecho o no estaría respetando la prohibición de regresividad.

Por otra parte, exige como contrapartida la adherencia al tratamiento; concluyendo que las personas no son consideradas en este caso titulares de un derecho sino 'ciudadanos asistidos' (Elías, 2001). La autora caracteriza al primer grupo como ciudadanos emancipados, con reales posibilidades y oportunidades en educación, salud; con participación e inclusión social. Por otra parte, los ciudadanos asistidos son aquellos que tienen restricciones en el ejercicio de sus derechos, y son subsidiados bajo una concepción tutelar, en tanto población 'objeto' de intervención de políticas gubernamentales focalizadas (Elías, 2001).

Hacia un Trabajo Social Crítico en Salud. La elaboración teórica de mediaciones y su utilidad en la intervención directa:

"...este proyecto ético – político tiene en su núcleo el reconocimiento de la libertad como valor central –la libertad concebida históricamente como posibilidad de escoger entre alternativas concretas; de ahí un compromiso con la autonomía, la emancipación y la plena expansión de los individuos sociales. Consecuentemente, el proyecto profesional se vincula a un proyecto societario que propone la construcción de un nuevo orden social, sin dominación y/o explotación de clase, etnia y género..."

José Paulo Netto (2003: 289).

Los trabajadores sociales intervienen con las expresiones cotidianas de la cuestión social, base de su fundación como especialización del trabajo (Iamamoto, 2003).

"...Cuestión social que, siendo desigualdad también es rebeldía, por involucrar sujetos que viven las desigualdades, que las resisten y a ellas se oponen. En esta tensión entre producción de la desigualdad y producción de la rebeldía y de la resistencia, trabajan los asistentes sociales situados en ese terreno movidos por intereses sociales distintos, de los cuales no es posible abstraerse ni huir, porque constituyen la vida en sociedad. Exactamente por eso, descifrar las nuevas mediaciones por medio de las cuales se expresa hoy la cuestión social es de fundamental importancia para el Trabajo Social..." (Iamamoto, 2003:42).



La autora define múltiples sentidos para estas mediaciones: aprehender las variadas expresiones de las desigualdades sociales, proyectar formas de resistencia y defensa de la vida, captar formas de presión y reinención construidas en la cotidianidad (Iamamoto, 2003).

Las conceptualizaciones formuladas sobre el proceso salud – enfermedad, y sobre la noción de ciudadanía y el enfoque de derechos, conducen a la interrogación respecto a las posibilidades de una práctica crítica desde el Trabajo Social.

En este sentido, se propone el desafío de elaborar mediaciones en los procesos de intervención profesionales.

Pontes advierte sobre la importancia de no confundir el sentido corriente que se atribuye a la mediación: forma de actuar como mediador de conflictos; con la mediación ya no como forma de práctica sino como categoría objetiva, ontológica, central de la dialéctica.

En este sentido,

“...La categoría mediación posee tanto la dimensión ontológica como la reflexiva. Es ontológica, porque está presente en cualquier realidad independientemente del conocimiento del sujeto; es reflexiva, porque la razón supera el plano de la inmediaticidad (apariencia) en busca de la esencia, necesita construir intelectualmente mediaciones para reconstruir el propio movimiento del objeto...” (Pontes, 2000: 208).

El autor señala que la forma metodológica para entender la complejidad de los fenómenos se expresa en el trinomio categorial: singular - universal – particular.

- Singularidad: el trabajador social toma contacto cotidianamente con los hechos, que se manifiestan como problemas aislados de sujetos, familias, grupos, comunidades. A su vez, el acercamiento y respuesta a estos problemas se encuentran mediatizados por la demanda planteada desde la organización institucional.

Tanto los problemas como las demandas institucionales aparecen en la inmediatez, como un fin en sí mismos (Pontes, 2000).

El autor señala el reto de superar esta apariencia, enfatizando simultáneamente la necesidad de dominar este conocimiento empírico de lo real; ya que conocerlo es condición para su superación y porque el dato empírico singular ya contiene en su complejidad las relaciones con la universalidad y la particularidad.



- Universalidad: son las determinaciones universales de la realidad, las leyes históricas tendenciales, la legalidad social.

“...Esas universalidades pueden ser tan *bellas* como *inútiles* si no se alcanza particularizarlas en el plano real cotidiano del quehacer profesional...” (Pontes, 2000: 215).

- Particularidad:

“... La particularidad es el espacio reflexivo ontológico donde la legalidad universal se singulariza y la inmediaticidad de lo singular se universaliza. Como expresa Lukács: ‘(...) en el movimiento dialéctico de lo universal para lo particular y viceversa, debemos observar que el medio mediador (la particularidad) (...) sí es, en cierta medida, un campo lleno de mediaciones...” (Citado en Pontes, 2000: 216).

El autor señala esta particularización de un campo de mediaciones como poseedor de un potencial heurístico para la doble dimensión a la que se enfrenta el trabajador social: conocimiento / intervención; favoreciendo, a su vez, la concreción de una acción profesional crítica – transformadora y el fortalecimiento de un proyecto de emancipación humana (Pontes, 2000).

Retomando la cita inicial, la caracterización de un proyecto profesional crítico debe basarse en valores y principios como libertad, derechos humanos, ciudadanía, justicia, políticas sociales universales, no contributivas, la ampliación de la esfera pública, la eliminación de explotación (Montaño, 2003).

Desde el Trabajo Social, se impone develar las formas en que se produce ampliación de ciudadanía en algunas dimensiones y retroceso en otras; distinguir entre ciudadanías emancipadas y ciudadanías asistidas (Elías: 2001).

En las ciudadanías emancipadas se persiguen objetivos de igualdad, hay solidaridad, movilidad, oportunidades de acceso a salud y educación, inclusión social. En las ciudadanías asistidas, la desigualdad se naturaliza y se restringe el ejercicio ciudadano, hay estratificación social, individualismo, asistencia para pobres, participación restringida.

Cabe preguntarse, más allá de las políticas vigentes, cuál es el posicionamiento de cada Trabajador Social en el ejercicio profesional cotidiano, desde su intromisión en la vida cotidiana de la población, desde su cuota de poder en el acceso al recurso o a la información; qué tipo de derechos se viabilizan y cuáles se obturan.

En relación a los procesos de intervención desde el Trabajo Social con personas viviendo con vih/sida, es interesante establecer articulaciones entre la



propuesta de la epidemiología crítica para analizar determinaciones a partir de las categorías general – particular – singular, y la propuesta de elaboración de mediaciones planteada por Pontes (2000).

En el caso que se analiza (hospital público del Partido de José C. Paz, Provincia de Buenos Aires), se encuentran en la universalidad: las características propias de Conurbano Bonaerense, la ley de sida, el programa de sida, las políticas sociales dirigidas a esta población.

En la singularidad está cada una de las personas atendidas, con sus historias de vida, sus necesidades, sus demandas: las que se ligan fundamentalmente a las necesidades de subsistencia y protección (solicitud de informe social para estudios; pedido de orientación sobre estudios infectológicos y otras enfermedades; consultas por medicamentos, viáticos, pensión por invalidez, alimentos, trabajo).

En la particularidad, como campo de mediaciones, se produce la reconstrucción ontológica del objeto, la posibilidad de superar el plano de la inmediatez, de las tareas rutinarias y burocráticas, entablando vínculos con el proyecto ético - político profesional.

En el caso que nos ocupa, se elaboran, entre otras, las siguientes mediaciones:

- Características de la transmisión perinatal, que obligan a asumir la enfermedad e interrogarse sobre la posibilidad de disminuir el riesgo de transmisión iniciando la toma de medicación antiretroviral;
- La problematización de las decisiones respecto de la maternidad,
- La problemática del uso de drogas intravenosas,
- Las trabajadoras sexuales, con las condiciones adversas en que realizan su tarea;
- La violencia conyugal, que incluye la violencia sexual y relaciones desiguales que dificultan la puesta en práctica de estrategias de sexo más seguro, el lugar de subordinación respecto al hombre para negociar formas de cuidado en la relación sexual, dificultades en la comunicación, temores hacia la pareja, como obstáculos para la protección en sus relaciones sexuales, dificultad para preguntar, acceder a información, hablar de sexualidad;
- La crisis respecto de la implementación y utilización de preservativo, especialmente respecto a las representaciones sociales acerca de los roles de la mujer vinculados a la sexualidad (pudor, vergüenza, pasividad, silencio, recato), creencias respecto al preservativo (para relaciones “inestables”);
- Los distintos estilos de vínculos de pareja (ocasionales o “estables”), observando cada vez más mujeres con parejas “estables” infectadas, conocimiento de la persona y confianza depositada en la pareja como “escudo frente al sida”, “querer creer” en el otro, “tener una pareja” como garantía de protección en la vida, lo cual obliga a interrogarse sobre los mandatos sociales,



la dependencia económica de estas mujeres, la autoestima, el lugar de la familia en la vida de la mujer, el apoyo social;

- Las parejas discordantes, el no cuidado de las personas no infectadas, infectarse “por amor”: importancia de la entrega, la fusión, ser uno como sinónimos de amor; entrega / tolerancia / incondicionalidad como punto de anclaje de la identidad femenina.
- La “gestión del secreto”, las dificultades para compartir el diagnóstico con otros.
- La discriminación sufrida o temida, en los distintos espacios en que se desenvuelve cotidianamente.
- Los miedos a enfermar, a morir, a que otros lo sepan.
- El desempleo o precarización laboral, los planes sociales como única fuente de ingreso del grupo familiar.

Consideraciones finales:

En el desarrollo del trabajo, se da cuenta de la determinación histórica y social del proceso salud – enfermedad: las causas por las que enferman y mueren las personas varían entre países, y entre clases sociales al interior de un mismo país.

En este sentido, el concepto clase social es ineludible; los procesos de morbilidad y mortalidad están determinados por el lugar que se ocupa en el proceso productivo y, dentro de él, en el proceso de trabajo.

La epidemiología crítica, propone la utilización de la noción ‘determinación social’ de la salud, como categoría para abordar la relación entre reproducción social, modos de vivir, enfermar y morir.

Descarta una interpretación lineal del movimiento de determinación, y asume los procesos colectivos como irreductibles a lo individual; postulando que la determinación social va y vuelve dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular.

Esta epidemiología crítica se propone como transformadora y emancipadora y, en este sentido, cabe preguntarse por las políticas sociales ligadas a la expansión de derechos, ergo a la noción de ciudadanía social; sin dejar de resaltar la contradicción entre el discurso de igualdad del capitalismo y la realización de desigualdad del mismo sistema.

En este marco, el Trabajo Social Crítico se articula con la medicina social a través de la elaboración de mediaciones (universal – particular – singular), y con la noción de ciudadanía a partir de su proyecto ético – político profesional.

Como señala Pontes (2000), esta particularización de un campo de mediaciones brinda un potencial heurístico para la doble dimensión a la que se enfrenta el



trabajador social: conocimiento / intervención; favoreciendo, a su vez, la concreción de una acción profesional crítica – transformadora y el fortalecimiento de un proyecto de emancipación humana.

En la particularidad, como campo de mediaciones, se produce la reconstrucción ontológica del objeto, la posibilidad de superar el plano de la inmediatez, de las tareas rutinarias y burocráticas, entablando a la vez vínculos con el proyecto ético - político profesional.

En el caso analizado, a partir de evidenciar la particularidad vulnerabilidad de las mujeres ante el vih/sida, se desarrollaron acciones de prevención con las madres de los niños internados en la sala de pediatría; se conformaron grupos de personas viviendo con vih/sida realizando un abordaje de los temas planteados (discriminación, gestión del secreto, cuidados en las relaciones sexuales) desde una perspectiva de género; se propició un trabajo biográfico con las mujeres participantes, abordando sus trayectorias sexuales, el diagnóstico de los hijos y la reconfiguración de la maternidad, el rol de cuidadora.

En este sentido, la intervención desde el Trabajo Social apuntará a desnaturalizar y problematizar las situaciones planteadas, favoreciendo un proceso que supere el encuentro con el otro como simple orientación o información; y desplegando los recursos profesionales y el bagaje teórico para realizar una comprensión activa de cada situación, favoreciendo una acción socio educativa tendiente a la emancipación de las personas involucradas.

Bibliografía:

ARCIDIÁCONO, Pilar (2008). *“De políticas sociales con retórica de ‘derechos’ hacia políticas con ‘enfoque de derechos’. Un largo camino por recorrer en Argentina”*, en Revista Escenarios nro. 13. UNLP.

BASAGLIA, Franco y otros (1989). *“Razón, locura y sociedad”*, Siglo Veintiuno Editores, 10ª ed., México.

BLOCH, Claudio (1999). *“El sida y la pobreza en la Argentina”*. En CAHN – BLOCH – WELLER (1999). *“El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social”*. Editorial Arkhetypo.

BREILH, Jaime (2013). *“La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”*, en Revista Nac. Salud Pública 31 (supl. 1).

CELATS (1985). *“Trabajo Social en América Latina. Balance y perspectivas”*. HUMANITAS – CELATS.



CESILINI – GUERRINI – NOVOA (2007). *“La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social”*. Espacio Editorial.

COMMISSO, Ángeles (2001). *“Accesibilidad al Tratamiento Anti-retroviral. Perfil social de la epidemia en José C. Paz, Provincia de Buenos Aires”*. Ponencia presentada en el V Congreso Argentino de Sida. Mendoza.

ELÍAS, Felicitas (2001). *“Familias y ciudadanía”*, en Revista Margen edición 22.

FERNÁNDEZ SOTO, Silvia (2003). *“Políticas sociales, ciudadanía y espacio público”*, en FERNÁNDEZ SOTO, Silvia (coordinadora) (2003): *“El Trabajo Social y la cuestión social. Crisis, movimientos sociales y ciudadanía”*. Espacio Editorial.

HELLER, Agnes (1985). *“Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista”*. Enlace Grijalbo.

IAMAMOTO, Marilda (2003). *“El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional”*. Cortez Editora.

LAURELL, Asa Cristina (1981). *“La salud enfermedad como proceso social”*. Cuadernos Médico Sociales nro. 19.

MARX, Karl (1891). *“Crítica del Programa de Gotha”*. El Cid Editor.

MONTAÑO, Carlos (2003). *“Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional Crítico”*, en BORGIANI – GUERRA- MONTAÑO (orgs.) (2003): *“Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético – político profesional”*. Cortez Editora.

NETTO, José Paulo (2003). *“Crisis capitalista y ciencias sociales”*. En FERNÁNDEZ SOTO, Silvia (coordinadora) (2003): *“El Trabajo Social y la cuestión social. Crisis, movimientos sociales y ciudadanía”*. Espacio Editorial.

NETTO, José Paulo (2003). *“La construcción del proyecto ético político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea”*. En BORGIANI – GUERRA- MONTAÑO (orgs.) (2003): *“Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético – político profesional”*. Cortez Editora.

PONTES, Reinaldo (2003). *“Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social”*, en BORGIANI – GUERRA- MONTAÑO (orgs.) (2003): *“Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético – político profesional”*. Cortez Editora.

STEIN, Enrique (1992). *“Medicina social: enfoque y perspectiva en Argentina”*. En DOVAL – MICUCCI – STEIN (1992): *“Salud: crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social”*. Editorial Agora.



SUAREZ, Armando (1989). Presentación del libro BASAGLIA, LANGER Y OTROS (1989). *“Razón, locura y sociedad”*. Siglo Veintiuno Editores.

VARIOS AUTORES (2007). *“Trabajo Social. Prácticas universitarias y proyecto profesional crítico. I Encuentro Argentino y Latinoamericano”*. Espacio Editorial.