

**CARACTERIZACION DE LA INTERVENCIÓN DE  
TRABAJO SOCIAL EN SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**

**INTEGRANTES**

Omaira Alejandra López Rivera

Nini Johana Hoyos Erazo

Karen Iveth Castro Montoya

**UNIVERSIDAD DEL VALLE**

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

SEPTIEMBRE DE 2010

**CARACTERIZACION DE LA INTERVENCIÓN DE  
TRABAJO SOCIAL EN SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE**

**INTEGRANTES**

Omaira Alejandra López Rivera

Nini Johana Hoyos Erazo

Karen Iveth Castro Montoya

**Víctor Mario Estrada Ospina**

Director Trabajo de Grado

**UNIVERSIDAD DEL VALLE**

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

SANTIAGO DE CALI

SEPTIEMBRE DE 2010

## CONTENIDO

### A MANERA DE INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos	2
1.4. Estrategia metodológica	4

### CAPÍTULO II. MARCO CONTEXTUAL

6

### CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL

10

3.1. Concepto de la salud	11
3.2. La intervención en lo social de Trabajo Social	18
3.2.1. <i>Fundamentación teórica</i>	
3.2.2. <i>Fundamentación metodológica</i>	
3.2.3. <i>Sobre la Ética</i>	
3.3. Campo y espacio social	39
3.4. Especificidad y campo profesional	42
3.5. Formación profesional y capacitación	49
3.6. Trabajo Social en Salud	52
3.7. El profesional de Trabajo Social en instituciones hospitalarias	54
3.7.1. <i>Representaciones sociales</i>	
3.7.2. <i>La identidad y el quehacer profesional</i>	
3.7.3. <i>El trabajo social y el equipo de profesionales en salud</i>	
3.8. La normatividad de Trabajo Social en salud	66

CAPÍTULO IV. CAMPO DE LA SALUD E INTERVENCIÓN PROFESIONAL	73
4.1. Noción de salud y enfermedad	73
4.2. La intervención en lo social	85
4.3. Fundamentación teórica	98
4.4. Fundamentación metodológica	106
4.5. La noción de campo	114
4.6. Las implicaciones éticas en el proceso de intervención	122

CAPITULO V. PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES EN RELACIÓN CON  
LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

	130
5.1. Participación, percepción e interconsulta: la visibilización de los procesos de intervención de Trabajo Social en el HUV	130
5.2. Motivación	143
5.4. La incidencia de la normatividad en el quehacer profesional	147

CONCLUSIONES FINALES

BIBLIOGRAFÍA

## **A MANERA DE INTRODUCCIÓN**

La presente investigación se enmarca como requisito para optar por el título de trabajadoras sociales, en el se indagó sobre la intervención de Trabajo Social dentro del campo de la salud, el propósito fue conocer el quehacer y la perspectiva teórico – metodológica implementada por los trabajadores sociales del Hospital Universitario del Valle y a su vez identificar los imaginarios que ha construido el equipo de profesionales con quienes estos interactúan durante el proceso de intervención social. Para la elaboración del documento se tomó como referentes bibliográficos algunos trabajos de grados, sistematizaciones, monografías, entre otros que guardaron relación con el Trabajo Social en Salud.

A lo largo de la historia de Trabajo Social dentro del HUV, se ha evidenciado un continuo proceso con respecto a la reconfiguración del quehacer profesional, lo que comprueba que la profesionalización ha contribuido en el posicionamiento del mismo en el campo de la salud.

En este sentido, fue relevante conocer los avances en aras de construir no sólo un conocimiento, sino también un referente que permita a las nuevas generaciones visibilizar las potencialidades que ofrece el campo para el Trabajo Social. Por lo anterior, el presente estudio se configuró a partir de un corte cualitativo, en el cual concretamos la caracterización del modelo de intervención que subyace dentro de su práctica profesional.

El documento contiene cinco capítulos. En el primero de ellos se realiza el planteamiento del problema, efectuando un rastreo a las formas en que se ha venido conceptualizando y abordando históricamente el Trabajo Social dentro del campo de la salud. En complemento de lo anterior, se incluyen la justificación que el trabajo representa como insumo para la reflexión de las acciones profesionales en torno a la intervención a lo social. De igual forma, se plantea la pregunta junto con los objetivos de investigación, los cuales se constituyeron en el direccionamiento de la misma.

En el siguiente capítulo, evidenciamos el panorama contextual, socio-histórico e institucional del Trabajo Social en salud, específicamente en el HUV. Retomando en coherencia con el método cualitativo, el marco teórico situado desde un enfoque interpretativista con el objetivo de comprender la información recogida.

Es decir, que la descripción y el análisis de los datos recogidos hechos a la luz de los diferentes conceptos y abordados desde el enfoque mencionado se desarrollan a partir de los capítulos cuatro y cinco, para posteriormente plantear unas conclusiones finales que permitieron recoger la información más significativa de la investigación, dado que nuestra intención con éste aporte fue suscitar reflexiones y datos claves que permitieran una visibilización del potencial que tiene el quehacer profesional dentro de la institución.

## **CAPITULO I.**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Justificación**

Dentro de la indagación realizada a los trabajos de grado existentes, en cuanto al Trabajo Social en salud podemos subrayar que existen diferentes investigaciones que se relacionan con el tema del “quehacer profesional” a nivel descriptivo. Es decir, que dichas investigaciones hacen énfasis en las funciones que éste puede llegar a desempeñar, dejando de lado en ocasiones el enfoque teórico y metodológico según la problemática de atención hospitalaria, la cual es el foco de atención en las instituciones de tercer nivel, como es el caso del Hospital Universitario del Valle.

Por esta razón, con la presente investigación pretendemos evidenciar las intencionalidades de los profesionales de Trabajo Social que laboran en las diferentes Unidades Estratégicas de Servicio de esta institución pública, frente a su proyección del quehacer profesional en el campo de la salud.

Nuestro propósito, a través de esta investigación es demostrar la trascendencia que ha tenido Trabajo Social como profesión dentro del Hospital Universitario del Valle, en la medida en que éste hace parte fundamental de los procesos de atención para la recuperación del paciente mediante su intervención, así como también los diversos aportes que se han realizado desde su accionar a partir de los programas encaminados hacia el bienestar integral de la población que presenta mayor vulnerabilidad en su estado de salud.

Igualmente, consideramos pertinente tanto a nivel académico como institucional develar los avances en cuanto a la intervención en lo social dentro del campo de la salud, teniendo en cuenta los aportes realizados por las y los trabajadores sociales y a su vez conocer las percepciones que tienen de nuestro quehacer en la actualidad otros profesionales con quienes se interactúa dentro del ámbito hospitalario.

En esta medida, el ejercicio de investigación nos brinda la posibilidad de reflexionar sobre los procesos adelantados por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social, aportando por consiguiente a la desmitificación de la imagen asistencial que ha tenido el rol profesional a lo largo de su historia, visibilizando los conocimientos y las habilidades profesionales adquiridas durante su formación y así contribuir en su posicionamiento dentro de esta institución.

## **1.2 Formulación del problema**

### *Pregunta de investigación*

¿Cómo se ha construido el proceso de la intervención social en salud por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social teniendo en cuenta la dimensión teórica, metodológica y ética del quehacer profesional dentro del Hospital Universitario del Valle y qué relación tiene el imaginario que otros profesionales tienen con respecto al rol profesional?

## **1.3 Objetivos**

### *Objetivos generales*

- Describir el proceso de intervención social en salud por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social, teniendo en cuenta la dimensión teórica, metodológica y ética del quehacer profesional dentro del Hospital Universitario



del Valle.

- Identificar la relación que tiene el imaginario de otros profesionales con respecto a la intervención profesional del Trabajo Social.

#### *Objetivos específicos*

- Conocer la fundamentación teórica – metodológica que han empleado los y las trabajadoras sociales del Hospital Universitario del Valle en la intervención social.
- Indagar sobre las dimensiones éticas implícitas en la intervención profesional en relación al uso que se hace del conocimiento y a las relaciones que establecen con el paciente y su grupo familiar.
- Identificar los conocimientos que tiene los profesionales de Trabajo Social del Hospital Universitario del Valle, en cuanto a la normatividad que rige el quehacer profesional en el campo de la salud.
- Identificar la motivación de los profesionales de Trabajo Social del Hospital Universitario del Valle con respecto a la continuidad en su formación académica dentro de la profesión.
- Identificar el nivel de participación que ha tenido la o el trabajador social dentro de los equipos de trabajo del Hospital Universitario del Valle.
- Identificar las percepciones que otros profesionales del Hospital Universitario del Valle han construido acerca del quehacer profesional de Trabajo Social.
- Conocer las razones por las cuales el equipo de trabajo dirigen las interconsultas a los profesionales del Trabajo Social.

## 1.4 Estrategia metodológica

La presente investigación se caracteriza por ser de **tipo exploratorio - descriptivo y con carácter diacrónico**, en ésta se busca describir el proceso de intervención social del equipo profesional de Trabajo Social dentro del Hospital Universitario del Valle. En este sentido, consideramos que el método cualitativo<sup>1</sup> no sólo nos permitió tener un encuentro cara a cara con las y los trabajadores sociales de esta institución en aras de conocer las construcciones que tienen acerca de su quehacer profesional dentro del contexto hospitalario, sino que además posibilitó develar el imaginario construido por parte de otros profesionales alrededor del rol desempeñado en las diferentes Unidades Estratégicas de Servicios.

Para ésta investigación, el universo poblacional fueron los funcionarios públicos que laboran dentro de la institución; es decir que, para nuestro caso la **unidad muestral** correspondió a los 14 profesionales de Trabajo Social y 6 profesionales de salud que interactúan con ellos dentro de las Unidades, tales como: Médicos, enfermeras y/o personal directivo vinculados al Hospital Universitario del Valle.

De esta manera, aplicar algunas técnicas ofrecidas por el método cualitativo, entre ellas la **entrevista semi - estructurada**<sup>2</sup> tanto para el equipo de profesionales de Trabajo Social, como también para los profesionales que interactúan con éstos, fue primordial puesto que nos permitió develar las tendencias teóricas,

---

<sup>1</sup> Carvajal retoma a Bonilla y Rodríguez, para hacer referencia a la noción de métodos cualitativos de la investigación, el autor menciona que en éste "se estudia el contexto para lograr las descripciones más detalladas y completas posibles de la situación, con el fin de explicar la realidad subjetiva que subyace a la acción de los miembros de la sociedad". En: Elementos de Investigación Social Aplicada. Pág.18

<sup>2</sup> Según lo expuesto por Carvajal, este tipo de entrevista se realiza con un guion previo, pero que no es una "camisa de fuerza" dando la posibilidad de nuevas preguntas. En: Elementos de Investigación Social Aplicada. Ídem. Pág.35

metodológicas y éticas que han orientado el quehacer profesional de los trabajadores sociales y a su vez se logró constatar las percepciones de los profesionales de otras áreas con respecto a este proceso de intervención.

Cabe mencionar, que para los informantes de las otras áreas fue necesario definir algunos criterios de selección entre los cuales se contempló: el grado de interacción con el profesional de Trabajo Social, el cargo ocupado dentro la Unidad Estratégica de Servicios y su antigüedad dentro de la institución. Con este tipo de entrevista se buscó acoger cada una de las categorías de análisis durante el momento de la entrevista, lo cual nos permitió proteger los objetivos de la misma, así como también explorar de manera inestructurada otros aspectos derivados de las respuestas proporcionadas por los informantes, facilitando de esta manera la expresión verbal de sus opiniones, significados, conocimientos y experiencias relacionadas con el problema de investigación.

Lo anterior, facilitó la realización del análisis de la información, logrando establecer una relación entre ésta y las categorías analíticas que orientan el nivel conceptual del estudio, permitiendo así la creación de un sentido para la organización de la información situando a partir de ello la caracterización del proceso de intervención en su directa relación con los elementos teóricos, metodológicos y éticos que definieron el quehacer profesional de los Trabajadores Sociales del Hospital Universitario del Valle.

## **CAPITULO II.**

### **MARCO CONTEXTUAL**

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” – HUV ubicado en la ciudad de Cali fue creado en 1936; se caracteriza por ser un centro docente asistencial en el cual se desarrolla modelos de atención e investigación en salud, y se posiciona como institución formadora de talento humano altamente competente. El Hospital desde su fundación está orientado al cuidado de los pacientes, la formación universitaria y la investigación, ha contribuido en el mejoramiento de la calidad de vida de la población más necesitada del departamento del Valle, sur occidente colombiano y el eje cafetero.

Con el establecimiento de la Ley 100 de 1993, el H.U.V se inició como Empresa Social del Estado, significando no sólo la privatización de los servicios de salud y la creación de un sistema general de seguridad social, sino que también repercutió en la imagen del hospital público instalando el criterio de que éstos deben ser empresas competitivas.

Dichas condiciones determinaron un marco de referencia que involucra el aspecto social dentro del sector salud lo cual reformo la Seguridad Social en Colombia. Según Peña *“La ley 100 de 1993, ha exigido modelos de atención integral que proporcione al individuo, familia y comunidades acciones más eficaces y oportunas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de salud cuando éstos lo requieran”* (Peña.2000:185). Aunque señala, que los grandes cambios y avances en el Sistema como la ampliación de la cobertura a la familia ha significado el incremento en los costos por los servicios prestados.

Tal reestructuración en el sector salud produjo cambios significativos para la intervención social a través del Decreto 1335<sup>3</sup>, esto incidió en la ubicación de Trabajo Social, es decir en la formación del “Trabajador Social en Salud”. En cuanto al profesional, el decreto definió la naturaleza del cargo ubicándolo principalmente en el nivel 1 y 2 de la atención en salud y a su vez, se reconoció los tres niveles de intervención profesional en el campo de lo social.

No obstante, la autora Caro de Guarnizo afirma que la práctica laboral muestra que también en el tercer nivel es pertinente la existencia de los profesionales de Trabajo Social, tanto que las funciones para este ámbito aparecen claramente establecidas y además refiere que el profesional comparte funciones como la investigación y la evaluación de los servicios de salud junto con el equipo de trabajo. Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos relevante hacer una reseña histórica de Trabajo Social dentro del Hospital Universitario del Valle, con el objetivo de visualizar como ha sido el proceso de inclusión de la profesión en el campo de la salud y específicamente dentro de una institución hospitalaria de tercer nivel.

Por esta razón, fue necesario para la elaboración de la presente retomar el aporte realizado por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social, ante la necesidad del mismo para dar a conocer algunas reflexiones del quehacer en cuanto al proceso de consolidación durante el Primer Encuentro de Trabajo Social en Salud del suroccidente colombiano celebrado en el 2007 en la ciudad de Cali. Para su reconstrucción, se contó con la participación de profesionales y auxiliares de Trabajo Social, quienes han sido actores sociales activos de los avances que

---

<sup>3</sup> Según Caro de Guarnizo, Isabel y otros, refiere en su artículo “El Trabajo Social y la política actual del sector salud” que el Decreto 1335 determina los cargos, la naturaleza, las funciones generales y los requisitos mínimos para los empleos contemplados en los Planes de Cargos de los organismos del subsector oficial del sector salud. En: Revista Colombiana de Trabajo Social No. 15.

ha tenido la profesión dentro de la institución. Fue así, como en el año 1968, se precisa que Trabajo Social se implementó para apoyar a los pacientes solos, los cuales referían no contar con el apoyo de su red familiar. En esta época, se crearon dos cargos para Auxiliares, quienes realizaban procesos asistenciales (característicos del hospital de caridad) y dependían del administrador de urgencias.

Sólo hasta el año 1978, el hospital nombra a la primera profesional en Trabajo Social cuya tarea principal era realizar estudios socioeconómicos, actividades asistenciales y supervisar las funciones realizadas por parte de las tres auxiliares que laboraban en este momento. Para el año 1981, se nombra a una profesional en el área como jefe de Trabajo Social y se incrementa el número de profesionales y auxiliares de Trabajo Social, dividiendo las funciones en dos frentes de atención: Admisión - facturación y actividades asistenciales.

Posteriormente, en el año 1989 y con el apoyo de una ONG es contratada una nueva profesional en Trabajo Social para que realice la implementación del programa Mimhos (Manejo Integral del Menor Hospitalizado), el cual se caracterizó por iniciar un proceso de humanización dentro del Hospital Universitario del Valle; cabe resaltar que el año 1995 y teniendo en cuenta la transformación del Hospital en Empresa Social del Estado a partir de lo emitido en la Ley 100 de 1993, se originó una apertura en la contratación de tres profesionales para la Unidad Estratégica de Servicios de Pediatría Clínica y Urgencias con el objetivo de consolidar un proceso administrativo que tuviese en cuenta la facturación de los servicios hospitalarios prestados a través de los entes territoriales, A.R.S, E.P.S y SOAT.

En el año 1998, se implementa la División de Atención al Cliente (compuesta por: admisiones, facturación y Trabajo Social) y se inicia la sistematización de la facturación con su respectivo software; lo anterior permitió que las trabajadoras sociales cedieran parcialmente el rol de facturadoras; es decir que las profesionales continuaron apoyando la parte financiera con respecto a los soportes para las cuentas, órdenes de servicio, solicitud de autorizaciones a los entes territoriales y trámite de exámenes de laboratorio pero también fortalecieron otras funciones, entre ellas la intervención individual y familiar.

En el 2006, la institución realizó una propuesta para el siglo XXI teniendo como principal objetivo fortalecer a través del proyecto “Hospital Humano” un mejor acompañamiento a los usuarios en cuanto a calidad, oportunidad y calidez. En esta línea, se estructura un modelo administrativo en la UES de urgencias e ingresan dos trabajadoras sociales con la finalidad de darle una nueva proyección al rol del trabajador social al interior de la institución, realizando las funciones clínico-asistenciales y disminuyendo las actividades administrativas; con la reorganización se logró el inicio de tareas asistenciales, terapéuticas y educativas. La contribución de éste proceso administrativo permite que en el año 2007 se implemente el cambio hacia otras UES del hospital. Teniendo en cuenta la historia de la profesión dentro de la institución, se logra afirmar que los avances y la consolidación del equipo de Trabajo Social en la institución ha permitido la humanización del proceso de atención al paciente y sus familiares; aunque los profesionales siguen perteneciendo al **Área de Atención al Usuario**, estos continúan en la búsqueda de la transformación del perfil en aras de visibilizar que Trabajo Social en salud no solamente ha crecido en su metodología sino que a partir de ello ha logrado contribuir gracias a la inclusión del componente social en el proceso de atención integral.

### **CAPITULO III.**

#### **MARCO CONCEPTUAL**

El presente trabajo se enmarcó dentro del paradigma interpretativista orientado desde una perspectiva sociológica en tanto se inspira en las teorías sociales y de la comunicación en lo que respecta a la noción de salud-enfermedad, teniendo en cuenta otros referentes teóricos que subyacen en esta investigación, como lo son la intervención social, la identidad profesional y las representaciones sociales. Todo con el propósito de indagar acerca del cómo se ha ido consolidando la intervención en lo social en el campo de la salud dentro de un contexto público como es el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” – H.U.V.

Comprendemos que el propósito principal es describir e interpretar de manera sensible la vida social y cultural de quienes participan; es decir se reconoce la existencia de un vínculo inseparable entre valores y hechos, pretendiendo comprender la realidad enmarcada dentro de un contexto social. Esto supone que la realidad empírica es interpretada en los términos interpretados por los sujetos observados, por lo cual la información recogida debe describir tanto los datos y hechos objetivos como los significados subjetivos que desencadenan el comportamiento.

Es así como desde nuestra posición como investigadoras en este escenario específico HUV, nos orientamos hacia la búsqueda de aquellas percepciones subjetivas propias de los individuos para conocer lo que creen los trabajadores sociales como también el equipo de profesionales con quienes ellos interactúan y por ende lograr entender el significado de sus acciones e intenciones, lo cual resulta posible en tanto exista la presencia de una interacción dialógica con los participantes.



### 3.1. Concepto de la salud

La relación salud - enfermedad se ha considerado como uno de los fenómenos de la experiencia humana con mayor número de interpretaciones a través de la historia y por las diferentes culturas lo que ha conllevado a la aparición de un sinnúmero de prácticas de diversa índole, dependiendo de la concepción que se tenga de salud en la cultura dentro de la que esta se da. Sin embargo, el común denominador de todas estas concepciones giran en torno a la conservación de la vida, o a la superación de algún tipo de dolencia que le impide al sujeto sentirse bien y desarrollarse bien, lo que de alguna manera ha permitido que el término Salud se halle relacionado con el bienestar. Pero la amplia diversidad de tratamientos y procedimientos en aras de acometer los diferentes quebrantos de salud, ha hecho necesario establecer unos criterios unificadores y unos mecanismos reguladores, que posteriormente llegan a constituirse en cuerpos de doctrina y los cuales llevan a prácticas que inciden no sólo en el bienestar de los individuos sino que también influyen en la creación de las políticas para la salud y la vida.<sup>4</sup>

En este sentido, nos remitimos a Timio para precisar que al momento de hablar sobre el concepto de salud – enfermedad, se hace necesario comprender que el sujeto debe ser tenido en cuenta a partir de su integralidad. Implicando de esta forma cubrir no solamente uno de sus componentes, como por ejemplo su condición físico - biológico sino que también deben ser incluidos tanto los aspectos sociales al igual que los culturales.

---

<sup>4</sup> Tal como lo expone Gómez y Rabanaque, la salud ha sido una preocupación constante en todas las culturas donde su definición e interpretación conceptual ha evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento y de la metodología empleada para analizarla. Las diversas definiciones de salud que en la actualidad se aplican se debe en muchos casos a la trascendencia dada por as personas o instituciones que las han elaborado, lo que quiere decir que no siempre estos conceptos son los mas acertados o mas operativos. En: Capitulo 1. Concepto de Salud. Promoción de la Salud y Cambio Social. Masson editorial. 2001. Barcelona. Pp. 3

*“De hecho, es necesario vincular la enfermedad no sólo con el contexto ecológico en el que éstos viven (desnutrición, escasa protección contra las enfermedades contagiosas, etc.), sino también con las condiciones socioculturales de existencia y convivencia (...) Los componentes socioculturales aparecen en diversas enfermedades y en numerosos enfermos, ya sea como factores determinantes, ya sea como factores colaterales o agravantes” (Timio.1979:27).*

Según el autor, al momento de privilegiar uno u otro de dichos aspectos se contribuiría en el desequilibrio del sujeto y ello se reflejaría directamente y de forma negativa. Es decir, que no es suficiente que la ciencia médica evite que el individuo se exponga nuevamente al riesgo físico - biológico, sino que también es necesario que encuentre un sentido con respecto a la interpretación que éste realice con relación al concepto de salud interiorizado, considerando a su vez los diversos factores externos (explícitos o no) que puedan dar una explicación a la génesis de la enfermedad precisando así la dinámica que la misma presenta en determinada población.

Cabe anotar los avances logrados en cuanto a la relación del concepto salud-enfermedad. Uno de ellos, la concepción biológica<sup>5</sup>, que se ha caracterizado por ofrecer explicaciones sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas para combatirlas. Sin embargo, es necesario precisar que el anterior ha dejado de lado aquellos factores socio histórico llevando de esta manera a la instauración de una mirada reduccionista y funcionalista en el diagnóstico.

---

<sup>5</sup> Estrada menciona que dicha concepción refiere “La enfermedad como el desequilibrio que se produce a nivel del organismo humano, es decir, la enfermedad se toma como ausencia de salud y viceversa, cuya explicación causal es siempre atribuida a la existencia de un microorganismo o una noxa”. En: Cap. 5. Restricciones del enfoque clínico y de la epidemiología convencional y prospectiva de las Ciencias Sociales. Salud y Planificación Social. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2006. Pág. 175

Otra de las definiciones que ha tenido reconocimiento en cuanto a la conceptualización de la salud, es la expuesta por la Organización Mundial de la Salud, la cual la asume como un *“estado de completo bienestar, físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades”*. Frente a lo anterior, Estrada menciona que dicha definición no puede ser un saber absoluto ya que el concepto de la salud-enfermedad no puede ser visto como “un estado” puntual y menos en una sociedad inequitativa.

Por el contrario, el autor menciona que ésta debe ser entendida como *“el resultado de un proceso colectivo y social que brinde la posibilidad de interpretar las condiciones particulares de la población y a su vez de cuenta de la integración del proceso de la salud – enfermedad en relación con la estructura social”* (Estrada. 2006:182).

En esta medida, el autor refiere que es necesario desarrollar un enfoque social de la salud-enfermedad que la asuma como un proceso cuyo propósito sea contribuir en la construcción de un conocimiento que permita la formación y formulación de políticas públicas para la salud, las cuales protejan la vida, teniendo como eje central la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, es decir, que dichas prácticas serán las que se alteren en la vida cotidiana<sup>6</sup> generando de esta forma un significado importante hacia la construcción de este proceso *“...el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad es la vida cotidiana, desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicaciones, tal vez más relevantes de la intervención en lo social”* (Carballeda. 2008:2).

---

<sup>6</sup> El autor retoma a Goffman, Geertz y Heller, para definir que “la vida cotidiana debe ser entendida como vehículos de intercambios simbólicos, los cuales comprenden la disponibilidad efectiva del otro, la recreación del vínculo, el sustento de la pertenencia, el fortalecimiento de la identidad, la reconstrucción de interacciones, el rearmado de relaciones, la memoria, etc.”. Carballeda, Alfredo. La intervención en lo social. Editorial Paídos. Tercera edición. Argentina. 2005.

Aunque se destaca los avances y los aportes de conocimiento realizados desde el enfoque clínico, sociológico o económico para explicar algunos factores que afectan la relación salud-enfermedad; se ha constatado que existen limitaciones, tanto conceptuales como metodológicas, que hacen prevalecer a partir de una postura irrefutable, la determinación biológica y natural de las enfermedades dejando de lado las determinaciones sociales, culturales, económicas y políticas. *“La existencia de dichos condicionamientos ha tenido una notable influencia en la formación y formulación de políticas en contra de la enfermedad, se ha centrado en los tratamientos, en la recuperación y reparación de la salud de quienes la han perdido, dándole una menor importancia a la promoción de la salud, de la vida y a la prevención de las enfermedades”* (Estrada.2006:19).

De esta manera, se evidenció la importancia de reemplazar aquel modelo tradicional de producción de las enfermedades (agente-huésped-ambiente) por un modelo conceptual donde se tuviera en cuenta aquellos determinantes de la salud, lo anterior con el propósito de ampliar la visión y la comprensión de los factores que generaban las enfermedades.

Por lo anterior, Lalonde clasifica los determinantes de la salud en cuatro grupos: Biología humana (herencia genética, envejecimiento), medio ambiente físico y social (contaminación, pobreza, marginación...), estilo de vida (ejercicio físico, alimentación, consumo de droga...) y el sistema de asistencia sanitaria (calidad y accesibilidad); con el propósito de interrelacionar estos cuatro factores y en este sentido evidenciar el condicionamiento que ejercen en un sentido favorable o desfavorable en la salud de la población. Lo anterior, no sólo permitió conceptualizar la salud como la simple ausencia de enfermedad, sino que también tuvo en cuenta la interacción de un conjunto de factores que han permitido acercar a los sujetos

desde su integralidad en la construcción y aplicación de políticas de salud las cuales se encaminan hacia el mejoramiento de la calidad de vida.

Por otra parte, consideramos relevante retomar a Estrada (2006) para señalar que en Colombia han existido enfoques de salud que han impulsado prácticas de salubridad, entre ellos se encuentran el enfoque higienista el cual tuvo sus inicio a partir de la Constitución Política de 1886 y aportó significativamente a la salud pública en Colombia enfatizando la prevención sobre la recuperación; éste se refirió a la enfermedad como una consecuencia de la exposición a unas condiciones ambientales inadecuadas que podían ser corregidas con medidas higiénicas.

Posteriormente, surgió la apertura de la política social y sanitaria en la cual se pretendía institucionalizar la integralidad en cuanto a la Seguridad Social y la Salud. Sin embargo a pesar de los avances de la Ley 96 de 1936, esta fue interrumpida por la creación de la Ley 27 de 1946 la cual originó el Ministerio de Salud Pública, la cual dirigió su énfasis principal hacia lo curativo y lo reparativo, es decir que se focalizó en la enfermedad y la muerte priorizando de esta manera a la eliminación del enfoque higienista y por ende descartando las posibilidades de una estabilidad dentro del Sistema Integral de Seguridad Social y la Salud.

Fue en la década de los 70 que se originó la apuesta en marcha del enfoque desarrollista, aquí la acción del Estado estaba encaminada al suministro de servicios de salud, nutrición y educación; aquí predominaba una concepción subsidiaria que trataba de corregir las consecuencias del crecimiento económico. No obstante, con la reforma de la Seguridad Social (Ley 100 de 1993) se dio la institucionalización del enfoque regulador, el cual privatizó los servicios de salud

en aras de transformar el sistema público en subsidiado y así favorecer las contingencias económicas de la época.

Cabe mencionar que si bien, dicho enfoque ha contribuido a la consolidación de los servicios prestados en salud, su perspectiva ha apuntado al logro de la modernización económica atrasando lo social, político y cultural. Actualmente, la legislación colombiana ha declarado los servicios de salud como servicios públicos de obligatoria prestación por parte del Estado, contemplando así *“la salud como un proceso determinado por factores de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de oferta de servicios”* (Capra.1992:307).

Llama la atención, que ésta definición pone en evidencia que la atención de la salud debe concebirse desde una perspectiva biopsicosocial, dicha manifestación resalta que el componente social ha ido adquiriendo importancia en la medida que dentro de las estrategias de servicios se incluyen la relación entre salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo. Pese a lo anterior, Estrada retoma a Galindo para señalar que el modelo de Seguridad Social propuesto en la Ley 100 de 1993, se ha enmarcado dentro de la competencia del libre mercado desvirtuándose de esta forma la intencionalidad con respecto a la integralidad en la prestación de los servicios.

*“La crisis de la salud es consecuencia de las incongruencias entre el marco filosófico citada en la Ley y el desarrollo operacional de la misma. Mientras en el primero se pretendió aplicar los principios consagrados en el artículo 49 de la constitución nacional; la estructura orgánica de la ley responde a la mentalidad neoliberal del acto económico, cuyos objetivos son la acumulación de capital, la máxima rentabilidad del dinero invertido en el negocio de la salud, la competencia*

*indecente y la limitación despiadada del gasto en la atención de los clientes” (Estrada.2005:82).*

El autor refiere que la aplicabilidad del criterio de rentabilidad para los hospitales públicos como empresas competitivas, ha ido en contravía de los principios de equidad, solidaridad y universalidad afectando notablemente no sólo el derecho social de la población para acceder a la prestación de los servicios de salud con calidad en la atención sino también la concepción de salud como medio para alcanzar el bienestar físico, psíquico y social.

Ante tal panorama, consideramos que la acción profesional de Trabajo Social en Salud debe dar cuenta a través de la explicación y la comprensión de las causas una lógica de los acontecimientos que permitan entender la integralidad a partir de la necesidad individual y de los sucesos históricos – sociales que se presenten en la dinámica social. *“La investigación en salud es descriptiva, carente de una dimensión explicativa y analítica que aporte un conocimiento sobre las causas de la problemática de salud y sus posibles soluciones...tiene que ver con la conceptualización dominante sobre la salud, en la medida, en que ha prevalecido un enfoque clínico – biológico que hace énfasis en la historia natural de la enfermedad, dejando de lado la historia social de las enfermedades” (Estrada.2005:75).*

Por tal, el Trabajo Social en Salud debe ser creativo y constante en cuanto a la generación de estrategias, lo anterior con el objetivo de maximizar los recursos que ofrece la institucionalización y en esa medida trascender en la intervención en lo social despejando con esa situación aquella acción inmediatista con la cual se ha caracterizado *“es el profesional el que está con el reto de trascender y*

*generar estrategias de intervención con los elementos de la institucionalidad pero sin limitar la acción en lo inmediateista instaurándose en una lógica materialista y con una mirada funcional” (Tamayo y Chávez. 2008:7).*

### **3.2. La intervención en lo social de Trabajo Social**

Para comprender la Intervención en lo Social, es necesario retomar a Weber, quien afirma que la acción social *“se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser pasadas, presentes o esperadas como futuras”* (Weber.1977:18). El autor reconoce que la acción es un componente importante para las relaciones sociales, el cual es de carácter individual, teniendo en cuenta el sentido que cada sujeto le imprime a una determinada acción y que necesariamente va a afectar a otros. En relación a lo anterior, podemos señalar que la acción social como toda acción puede ser:

- Con arreglo a fines, la cual tiene un carácter intencional, explícito, guiado por la razón y siempre busca un fin específico.
- Con arreglo a valores, la cual se determina por la creencia en un valor que puede ser ético, estético, religioso, que es propio y absoluto de una determinada actuación, sin que importe su resultado.
- Afectiva, ésta se determina por el estado emocional del actor, es decir, tiene que ver con los afectos, los sentimientos y las emociones.
- Tradicional, se presenta a partir de los modos habituales del comportamiento del actor y por sus costumbres.



Tras dicha propuesta, la intervención se puede entender como una acción social consciente y deliberada, que se lleva a cabo de forma expresa en la cual es posible reconocer diferentes sujetos, contextos y situaciones inmersas en diferentes realidades las cuales se construyen desde un punto de vista particular.

Ahora bien, con el propósito de tener claridad con respecto al desempeño de la profesión dentro del área de la Salud, consideramos pertinente señalar algunas referencias que dan cuenta del término de la intervención en lo social por parte de Trabajo Social; en primera instancia es necesario tener en cuenta su trascendencia histórica, la cual permite evidenciar que desde sus inicios ha estado precedida por la asistencia social, la organización de tipo privado, laica, religiosa donde su quehacer era espontáneo, voluntario y artesanal<sup>7</sup>.

No obstante, es así como la profesión logra aproximarse a lo social permitiéndole no sólo comprender la historia, la individualidad y el contexto cotidiano donde se encuentran los actores sociales, sino también reconfigurar el concepto de intervención en lo social a partir de los sentidos que ha generado la demanda. Tal como lo refiere Carballeda, el punto de partida de la intervención social se constituyó como un espacio artificial dado por la valoración de la situación social, es decir la “demanda” que se tiene hacia ella, originada tanto por los actores sociales en términos de insatisfacciones, injusticias y desigualdades vividas como también suscitada por los entes institucionalizados.

En este orden de ideas, conviene señalar lo expuesto por Estrada con respecto al término Intervención, quien manifiesta que es importante diferenciar las nociones

---

<sup>7</sup> El Asistencialismo, consiste en proveer servicios y bienes a personas de escasos recursos o en situación de vulnerabilidad con el fin de resolver problemáticas puntuales y proporcionar una mejor calidad de vida por un espacio corto o largo de tiempo. Ander-Egg Ezequiel. Introducción al Trabajo Social. Pág. 233.

de Intervención Social y de Intervención en lo Social puesto que la primera se plantea como un campo de análisis o de acción social del cual se ocupan otras disciplinas, en tanto que, la segunda hace referencia a la intervención de un tipo de práctica social o saber especializado por parte de Trabajo Social, en el que se incorpora la noción de campo profesional<sup>8</sup>. En esta misma línea, López, Muñoz y Vargas (2010:191) afirman que la intervención se constituye en una categoría esencial para trabajo social en la medida que a través de ella se logra articular las diversas configuraciones de la fundamentación profesional, brindando de esta manera, una salida a los procesos de interacción profesional en contextos sociales particulares, es así como afirman que *“componentes como el epistemológico, el teórico, el conceptual, el metodológico y el ético-político se materializan en los procesos de intervención mismos, comprendidos como escenarios en los que se lleva a cabo la acción desde el Trabajo Social y sobre estos elementos se construyen las tendencias que hoy pueden aportar a la resignificación de la intervención como categoría de análisis para el campo disciplinar y como saber hacer específico”*.

Así, se puede mencionar que la intervención en lo social se construye como dispositivo que pretende unificar lo real con lo subjetivo, es decir, que busca acceder a lo macrosocial desde lo micro, a partir de lo expresado por el otro *“...en la intervención el conocimiento de las causas no se presenta como un fin sino como un medio ya que facilita el acceso al sentido de la acción”* (Carballeda.2008:10) y por consiguiente, se considera necesario analizar cada asunto en sus diversas manifestaciones, relaciones y en las implicaciones que cualquier alternativa pueda ocasionar entre sujeto e identidad. *“la intervención en*

---

<sup>8</sup> Retomamos a García Salord para conceptualizar el Campo Profesional de Trabajo Social como una *“compleja red de interacciones, conformada por aspectos intrínsecos al propio desarrollo de la profesión y por aspectos externos al campo”*. En: Especificidad y rol en Trabajo Social. Currículum – Saber- Formación. Editorial HVMANITAS. 1990. Argentina. Pág. 35.

*lo social implica una articulación entre la subjetividad y los procesos colectivos...y éste proceso es accesible a través de la interpretación del acontecimiento, el análisis y el registro. (...)La intervención social busca una modalidad discursiva diferente, determinada por el sujeto, por su propia palabra, su singularidad, a la vez que recupera la importancia de los vínculos de ese sujeto con otros” (Carballeda.2002:111).*

Por tal razón, la intervención se puede entender como una herramienta que permite acercarse a la realidad a través de diferentes métodos o técnicas fundamentados desde una construcción conceptual acerca del comportamiento social de los seres humanos, haciendo referencia a las relaciones sociales, al entorno, a su dimensión socio político y cultural. Todo con el objetivo de generar formas de orientación de la acción hacia los individuos dentro de un campo específico como es el de la salud; es en este punto donde el Trabajo Social se concibe como un recurso vital para el acompañamiento a las personas que viven una situación desestabilizante dentro de una institución hospitalaria.

Por su parte la autora Olga Lucía Vélez, retomando el término de intervención social en Trabajo Social, afirma que éste debe asumir una actitud crítica con respecto a la epistemología, que permita analizar las implicaciones prácticas que determinadas problemáticas sociales y concepciones tradicionalistas le imponen al accionar profesional. Lo anterior evidencia cómo la autora cuestiona el imaginario ideológico, es decir aquellos enfoques externalistas con los cuales se han fundamentado y se han subordinado la práctica profesional.

Agrega que se hace necesario que desde el Trabajo Social Contemporáneo, el término de intervención sea desmitificado, debido a los cambios en las tendencias que ha tomado el quehacer profesional estableciéndose así la crítica y la investigación como guías de la acción. Propone que éste término debe ser reemplazado por el de **actuación**; entendiéndolo como *“el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social”* (Vélez.2003:54).

De acuerdo a la autora, la actuación profesional remite a todas las acciones materiales o discursivas que realizan los agentes profesionales, es decir, a sus competencias administrativas, experienciales, cognitivas y creativas que le infunden proyección al ejercicio profesional. Es así como Vélez, entiende que los métodos contemplan unas fases o momentos, en los cuales se desarrollan razonamientos de tipo analítico y operaciones básicas que generalmente se orientan hacia el estudio, diagnóstico y planificación de la acción profesional resaltando la importancia que la sistematización puede constituir para la cualificación del ejercicio profesional, la comprensión de las realidades sociales complejas y la producción del conocimiento; estos razonamientos logran rescatar la pertinencia de conocer la dinámica situacional (contexto) permitiendo identificar los principales objetivos de atención profesional junto a sus expresiones significativas y logros.

Podemos deducir que los trabajadores sociales que fortalezcan su marco conceptual y contextual tendrán la capacidad para definir su intencionalidad y concretar el sentido de su ejercicio profesional, develando de esta manera que la acción ha sido asumida con criterio y responsabilidad ética, reconociendo que la

intervención debe vincular tanto la interacción de los sujetos como también su contexto, en aras de ser explicado y/o comprendido, a su vez deben jugar un papel fundamental no sólo las concepciones de valor que como profesionales manejemos, sino también en la comprensión de la lógica de las legislaciones y políticas para el campo de la salud, puesto que estas se mueven dentro de un marco mercantilista, el cual ha resuelto con debilidad las responsabilidades sociales, agudizando aun más los problemas de la población. Tal como lo menciona González, las leyes y las políticas de salud han sido reformadas, sin embargo *“no representan un avance significativo para integrar el conjunto de determinantes sociales que históricamente han condicionado la situación salud-enfermedad de las comunidades”* (GONZÁLEZ.1996:67)

En un escenario como el Hospital Universitario del Valle, en donde la población atendida no sólo presenta una demanda en cuanto a la atención en salud sino que también manifiesta alteraciones en aspectos de tipo psicosocial, podríamos decir que es responsabilidad del profesional de Trabajo Social dar cuenta de la relación que existe entre lo social y la salud de aquellos sujetos, evidenciando la necesidad de develar sus carencias reales y sentidas.

Tal consideración, permitirá reflexionar sobre las estrategias con las cuales debemos acercarnos a la realidad, de ahí que se constituye en un desafío para las y los trabajadores sociales en Salud, la conjugación de los elementos que ofrece la subjetividad de aquellos, la institucionalidad y las herramientas profesionales adquiridas. *“La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias, lo cual implica una inscripción en ese otro sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una marca en la institución y*

*desencadena una serie de dispositivos e instrumentos en esta” (Carballeda.2002: 94-95).*

### *3.2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA*

La intervención de Trabajo Social ha realizado diversos ajustes dentro de su fundamentación teórica, debido a las realidades presentadas en particulares épocas, contribuyendo a la profesión en su marco conceptual en aras de explicar y abordar las diferentes problemáticas suscitadas en el momento. Desde el surgimiento de la profesión, la fundamentación teórica y por ende la metodológica han tenido que tomar determinadas tendencias debido a la adecuación del carácter asistencial en el cual se inicia la profesión en los Estados Unidos y Europa para apropiarla en las realidades de América Latina.

Consideramos que la fundamentación representa un elemento esencial para la comprensión del concepto de intervención, en tanto nos permite conocer el sustento teórico/conceptual, metodológico y técnico que se han construido a partir de las intencionalidades, los objetos, los sujetos y las propuestas metodológicas en contextos particulares de la profesión a lo largo de su historia.

Según Torres, el surgimiento de Trabajo Social estuvo soportado en el paradigma explicativo o pragmático que se complementó a partir de las influencias de las ciencias sociales según las corrientes teóricas funcionalistas, humanistas, positivistas y estructuralistas, partiendo de una mirada homogenizante, funcional y mecanicista de la realidad social y externa al profesional, concibiendo al ser humano como un objeto.

Las anteriores guías teóricas, facilitaron el obrar asistencial del trabajador social preocupado por ejecutar políticas y programas diseñados; es así como el Estado institucionaliza la prestación de servicios, ubicando al trabajador social como agente para que obre en la entrega de paliativos a la población carente de recursos y servicios. De esta forma, la iglesia, el sector privado y el Estado debilitaron el pragmatismo profesional a partir de sus guías de fraternidad, benevolencia y leyes normativas de seguridad social, trayendo como consecuencia la enajenación profesional que le impedía conocer la realidad.

Del mismo modo, la influencia de algunas concepciones como el humanismo fundado en valores e ideales al servicio del prójimo, se internalizó en el actuar del trabajador social el cual estaba preocupado por hacer bien las cosas sin intentar conocer críticamente el medio al cual vendían su fuerza de trabajo calificada.

En este sentido, la influencia de la teoría positivista y el pragmatismo como metodología profesional para ayudar a resolver problemas de adaptación a la vida cotidiana, generó nuevos hechos carentes de coherencia entre la práctica, la teoría, los procesos y la realidad. Por ende, el humanismo como filosofía, el pragmatismo como método y el positivismo como concepción dominante de las ciencias, orientaron la fase pre-científica del trabajador social, posibilitando obtener teoría en desarrollo y cambios esenciales en la realidad.

Es así, como con el proceso de Reconceptualización, el Trabajo Social tuvo un giro con respecto a su fundamentación teórica, debido a los cambios coyunturales generados en América Latina, donde se buscaba promover el mejoramiento de las condiciones de vida de la población retomando de esta manera algunas técnicas y métodos de la antropología, la sociología y la investigación.

Lo anterior, permitió un tratamiento lógico y metodológico de intervención logrando de esta manera un abordaje sistemático de la realidad, permitiendo a su vez la construcción de un área y un objeto de intervención, de esta forma Parra refiere que *“...el movimiento de la Reconceptualización implicó un momento de transformación y cambio de la profesión en América Latina. Un movimiento que sacudió las bases teóricas, metodológicas, operativas, éticas y políticas sobre las cuales se venía desarrollando la profesión desde su institucionalización en América Latina, abriendo una gama de discusiones y tendencias sumamente heterogéneas cuestionando y analizando el papel del Trabajo Social en la sociedad latinoamericana...”* (Parra. 2004:1).

Por consiguiente, la importancia de la Reconceptualización radica en el cuestionamiento teórico, metodológico e ideológico de la profesión mostrando la ruptura y la crítica con el Trabajo Social tradicional, así como la ubicación de la profesión en el contexto de los distintos países y de Latinoamérica. Queda en claro cómo el Trabajo Social se fundamentó a partir del paradigma crítico, inspirado bajo las corrientes teóricas estructuralistas y marxistas sustentando que el contexto sociopolítico y económico no podía ser desconocido. A su vez, este enfoque planteó el redimensionamiento y la revalorización del ejercicio profesional como alternativa al asistencialismo, al tecnicismo cientificista y al desarrollismo.

Tal como lo afirma Kisnerman *“...significó una ruptura con el modelo norteamericano impuesto a sociedades que no guardan con aquélla ninguna similitud, permitiéndonos pasar de agentes receptores y repetidores de una tradición dominante a un papel protagónico de rescate de nuestras voces y nuestros saberes, impulsándonos elevar nuestra capacitación y a crear nuestros*



*propios materiales de estudios desde una realidad propia, vivida, los que mostraron sus tendencias heterogéneas y hasta a veces conflictivas, en tanto asumimos que no hay disciplinas ideológicamente neutras”* (Kisnerman. 1998: 88). Durante esta etapa se priorizó la investigación social con el propósito de buscar una explicación macro de las problemáticas sociales, haciendo énfasis en la intervención y permitiendo de esta manera el desarrollo de una metodología de transición a partir de métodos<sup>9</sup> como el único, el integrado y el básico, en los cuales se utilizaban procedimientos y técnicas que pretendían de alguna forma superar el asistencialismo.

Por esta razón, el Trabajo Social contemporáneo se inscribió dentro del paradigma interpretativo, tomando tendencias teóricas como la fenomenología, la etnometodología, la hermenéutica, la teoría de sistemas, el interaccionismo simbólico, la cibernética, la acción comunicativa, el construccionismo, la lingüística y el pensamiento complejo entre otros. Esto permitió el reconocimiento del sujeto como actor dentro de su esfera social, otorgándole un lugar a su singularidad y concediendo así un significado al lenguaje como acción desde su cotidianidad.

Lo anterior, puso de relieve cómo los ajustes teóricos del Trabajo Social llevaron a una redefinición metodológica coherente con los postulados epistemológicos del paradigma de la comprensión y la interpretación. Por lo tanto, dicha redefinición metodológica suscitó un paso para el uso de nuevas herramientas de tipo cualitativo, interactivas y proactivas que fortalecieron el diálogo, la escucha, la creatividad y la observación en la intervención.

---

<sup>9</sup> Aquí Estrada menciona que en la etapa de transición de Trabajo Social entre los métodos más representativos se encuentra el método integrado, el cual es equivalente al Método polivalente En: Ponencia Resignificar la historia de la profesión para la resignificación de la intervención profesional. Memorias II Seminario Internacional Intervención en Trabajo Social: Fundamentación Teórica y Metodológica. Medellín. 19 y 20 de noviembre de 2009.

### 3.2.2. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La fundamentación metodológica, es el producto de un proceso particular de la profesión, es decir que ésta no surgió de manera espontánea y por ende los procedimientos utilizados, tales como los tres métodos clásicos (método de caso social individual, grupo y comunitario) han sobrellevado ajustes y profundizaciones que han configurado otras elaboraciones como los métodos integrado, único y básico. Lo anterior, se inicia a partir de las situaciones problemas derivadas del contexto, entre ellas el proceso de industrialización, la urbanización, los cambios sociales y consecuentemente se organiza la intervención en lo social de acuerdo con criterios metódicos, aplicando conocimientos de algunas ciencias humanas, principalmente de la sociología y la psicología.

Teniendo en cuenta lo expuesto por Ander Egg (1996:181), toda metodología está orientada en su aplicación por el marco teórico referencial, el cual interpreta los hechos, fenómenos y procesos que se dan en la realidad. Es decir que éste se constituye en la fundamentación que el Trabajo Social necesita a partir de la apropiación de las diferentes disciplinas sociales.

Con el propósito de acercarnos a la comprensión sobre la conceptualización de la metodología de intervención y su incidencia a lo largo de la historia de la profesión, consideramos necesario retomar a Rozas para definir que la metodología es *“un proceso que construye y reconstruye el desarrollo de la práctica...un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención, pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social dentro del contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional”* (Rozas.1998:70).

Entendemos, pues, que la metodología se refiere a un proceso que nos ayuda a comprender la relación entre el contexto y la acción, permitiéndonos rescatar la capacidad de los actores sociales y a su vez establecer una interacción activa durante las circunstancias en las cuales aquellos satisfacen sus necesidades. Por ello, Rozas afirma que la metodología de intervención está garantizada en la medida que exista una comprensión rigurosa no sólo de la problemática del objeto de intervención sino también de la interpretación de sus necesidades particulares, intereses y aspiraciones de los sujetos.

Lo anterior, porque el movimiento de los actores no es algo estático y sus prácticas tienen un significado que se constituye en una fuente primordial de recursos cognitivos que darán cuenta del contexto particular de la vida cotidiana y se formarán en aspectos necesarios que orientarán de alguna manera la metodología de intervención.

Por tal razón, podemos decir que al momento de hablar de la metodología de intervención, el o la profesional de Trabajo Social en salud debe trascender en la creación de estrategias para su quehacer; como también relacionar otros saberes con el propósito de contribuir no sólo en el proceso de atención integral de recuperación de la población atendida, sino también de propender hacia la construcción del conocimiento con respecto a la multicausalidad de las problemáticas que afectan la salud, logrando de esta forma la consolidación de las políticas y por consiguiente el bienestar y desarrollo de la sociedad. De ahí la necesidad de considerar los cambios generados en la trayectoria sobre la definición del término **Metodología**, por lo que haremos alusión a los avances presentados en cuanto a su comprensión.

Retomando a Vélez, los profesionales deberán alejar la concepción reduccionista que se tiene acerca de la metodología. Según la autora, ésta no es solamente una serie de pasos o etapas a seguir para abordar cualquier realidad social sino que también *“...regula y ordena la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de las acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen”* (Vélez.2003:57); lo anterior contribuiría con el fortalecimiento de los procedimientos metodológicos a emplear en determinados contextos y a su vez en el desarrollo del conocimiento de la especificidad de la práctica profesional.

De igual forma, considera relevante aclarar la confusión existente entre método y metodología, entendiendo que el Método, hace referencia *“a un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan acciones específicas y a través del cual se le asigna un fundamento racional a los distintos cursos de acción, constituyéndose en el sustento de la práctica profesional”* (Vélez.2003:61).

En esta medida, describe que el **Método** es una forma particular de actuación profesional que no puede reducirse a la sucesión lineal de acciones concretas, por el contrario busca comprender que los niveles de desarrollo de cada uno son diferenciales y que sus prácticas están definidas por las características específicas de las situaciones y contextos donde estos operan. En este sentido, asumir el método como proceso, es *“incorporar en su implementación, perspectivas dinámicas, sistémicas y dialogantes que permitan superar concepciones esquemáticas y secuenciales, propias de algunos enfoques formalistas que sobre la acción social aún están presentes en la profesión”* (Vélez.2003:61).

Por lo anterior, tanto Rozas como Vélez concluyen que dicho proceso debe ir encaminado a la comprensión del sentido de la acción de los sujetos involucrados en ella, dando lugar a su reconocimiento y aportando de esta manera a la construcción social de lo individual y lo colectivo. Con esto, hay una exigencia en la problematización de la llamada “cuestión social”, lo cual pretende reconocer la territorialidad y la temporalidad de los conflictos, las alianzas o rupturas que se establecen entre los actores y la forma en que sus experiencias inciden en la construcción de la realidad.

Por su parte, Viscarret como resultado de una mayor reflexión metodológica y teórica, menciona que en la literatura científica actual del Trabajo Social, algunos autores han evitado utilizar el término **Método** para referirse a los métodos tradicionales del Trabajo Social (casos, grupos y comunitario), utilizando otros sustantivos. Entre ellos se encuentra De la Red, quien utiliza el término métodos básicos o “niveles de actuación”, Moix con “niveles de relación con la población” o Kisnerman con “procedimientos para intervenir”. Estos son nombres que se han utilizado para designar a los métodos tradicionales del Trabajo Social, que han quedado superados por la variedad metodológica que se puede aplicar en cada uno de ellos.

El autor señala que Trabajo Social ha evolucionado en el fundamento de nuevas formas de intervención tanto a nivel individual, grupal y comunitario. Esta complejidad metodológica y epistemológica traduce que los métodos clásicos quedaron superados por una gama de nuevas posibilidades teóricas y metodológicas de intervención; es decir que para trabajar con casos, grupos y comunidades ya no hay un único método, sino que pueden ser diferentes los patrones a seguir.

Por consiguiente, esta evolución en el fundamento de intervención ha generado la necesidad de encontrar un nuevo referente teórico para el Trabajo Social con relación al pluralismo metodológico, un referente es los modelos de intervención. Según el autor, un modelo *“contribuye a tener una imagen o representación de las diversas partes de la realidad (hechos, situaciones, fenómenos, procesos, estructuras y sistemas), que por lo general, esta en función de unos supuestos teóricos o de una teoría”* (Viscarret. 2007: 64).

Retomando lo anterior, entendemos que dicha imagen es una construcción racional del objeto estudiado, es decir que en el acercamiento a la realidad, no se intenta representarla como tal, sino que se permite valorar aquellos aspectos que son importantes y significativos. Así mismo, afirma que los modelos tienen implícitos algunos elementos que dependen del objeto al que va dirigido, es decir que requiere un elemento teórico que lo sustente, uno de análisis que explique su aplicación de la realidad, un elemento metodológico que explicita las técnicas, uno funcional en relación a los resultados obtenidos y otros elementos relacionados con lo filosófico, lo ideológico y los valores implícitos.

Con esto podemos evidenciar, que la necesidad sentida por la profesión al momento de construir una metodología en la cual no sólo se haga referencia a la aplicación de simples técnicas, ha promovido de cierta manera la búsqueda de elementos claves que permitan al profesional de Trabajo Social, argumentar su intervención desde un proceso que muestre coherencia entre el accionar y los objetivos planteados en el plan de intervención.

### 3.2.3. SOBRE LA ÉTICA

Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos pertinente evidenciar la importancia de la relación inherente que ha tenido la intervención profesional con el aspecto ético, específicamente para el caso de Trabajo Social. Consideramos que las orientaciones valorativas deberán fortalecer la conducta ética de las y los trabajadores sociales a través de los códigos adquiridos dentro de su experiencia profesional.

Históricamente, la profesión se ha orientado desde normas y valores basados en la caridad cristiana. Es así como, las normas se convirtieron en un elemento importante a la hora de configurar la intervención profesional, produciéndose un desfase entre la teoría y los valores que terminaron acumulando cierto grado de voluntarismo en las acciones. Para Rozas, la intervención profesional en Trabajo Social, con sus antecedentes ligados a la caridad cristiana y a la beneficencia, ha asumido imperativos categóricos como fundamento de sus acciones desde dos tipos de ética: la religiosa y la ética kantiana. La primera maniobrando desde el código de la ayuda al necesitado. Mientras que la ética racional operó desde un “deber ser” de la profesión.

Sólo a partir del siglo XVIII, se desarrolla el utilitarismo ético el cual se interesa por la cuestión social y ve en la ética un medio para promover un mejor estado de las cosas en la sociedad y desde esta perspectiva la autora señala que *“la intervención ha jugado siempre un papel de medio que ha garantizado las acciones bondadosas en la relación social. En este contexto se debe entender la entrega y el compromiso profesional y el sacrificio de los Trabajadores Sociales así como su destino ineludible junto a los pobres”*. (Rozas. 1998:17)

Por tal razón, la autora plantea que la ética además de ser un “motor de indignación” frente a las problemáticas de esta sociedad tan desequilibrante, debe encaminarse a ser coherente con cada una de nuestras acciones y con la intencionalidad de cada una de ellas. Con esto se lograría incidir en la construcción de nuevas relaciones humanas, donde los valores éticos estén acompañados de perspectivas teóricas más sólidas para analizar y comprender la vida social con sus múltiples entrecruzamientos.

En esta misma línea, Clemente refiere que hablar de ética en el marco de una profesión como la nuestra, es hablar de aquello que se practica pero que pocas veces se reflexiona. *“Es pensar en lo cotidiano del quehacer profesional y en la multiplicidad de situaciones que a diario confrontan lo que se hace, con lo que se debería hacer. Remite a problematizar una vez más el escenario donde se ejerce nuestro rol, signado por la pobreza y las necesidades sociales, donde los problemas se naturalizan y las manifestaciones de dignidad por parte de la gente persisten a pesar del carácter indigno de la pobreza y la exclusión social”* (Clemente.2000:39).

Es así como el Trabajo Social define su intervención metodológica asociada a los procesos de conflicto inherentes al escenario de necesidades insatisfechas de diferente orden y en torno a esos conflictos se producen interacciones sociales, que a su vez devienen en prácticas sociales, por lo cual las construcciones éticas se manifiestan en estas prácticas, tanto en su procedencia como en las consecuencias *“la ética debería preocuparse menos por las valoraciones y más por las condiciones socio-culturales que condicionan esas valoraciones. La reflexión sobre las valoraciones como prácticas históricas, permitiría entender*



*mejor qué aspectos de nuestras prácticas sociales, deberíamos reforzar, rechazar o cambiar” (Clemente.2000:40).*

Por ende, la relación que se logra establecer entre ética y metodología dentro de las prácticas profesionales debe ser analizada tanto en cómo se interpreta el “deber ser” profesional, pero más aun en cómo se interviene según se interpretan los límites del quehacer profesional en torno a los déficit y problemas que atiende. Esta búsqueda de coherencia entre lo que se hace y el sentido de lo que se hace, es aceptar la cuestión ética como un componente inherente de la acción profesional y no como un ejercicio de reflexión aislado de problematización.

Agrega Clemente que los antecedentes voluntariosos y los vacíos conceptuales de la profesión han generado que la ética y la metodología estén mediatizadas más por el debate ideológico que por la praxis. Frente a esto, el plano metodológico, las imprecisiones respecto a la especificidad profesional, tienen consecuencias prácticas tanto en la fragmentación del objeto como del método, forjando la necesidad de definir una ética del presente, acorde con los desafíos propios de la profesión.

Teniendo en cuenta los comentarios de las autoras, creemos necesario que las acciones profesionales que logremos emprender en un mundo cambiante como el actual, deben estar encaminadas a revisar constantemente nuestro objeto de intervención, evidenciando la incidencia de las interacciones sociales que se producen en el campo de las políticas sociales y sus implicaciones en la posición de la profesión frente a las situaciones de conflicto y frente a los nuevos parámetros de bienestar.

Conviene entender que la producción de conocimiento tanto teórico como metodológico hace parte del ejercicio ético y de esta forma el mismo orientará la búsqueda de coherencia metodológica, a partir de la relación entre objetivos con estilos metodológicos y formas de pensar con formas de actuar, impulsando una mayor atención por el resultado de las intervenciones y por sus impactos en la población. Por otra parte, en aras de conceptualizar el término de ética dentro de la intervención, consideramos pertinente retomar lo expuesto por Barroco, quien define la ética como *“una capacidad humana cuyas bases constitutivas están dadas por la praxis, como actividad práctica libre y consciente”* (Barroco.2003:227).

Por lo tanto, la autora retoma a Arpini, para afirmar que la ética profesional no es una mera prolongación de la moral particular y menciona que el reconocimiento de los procedimientos y la responsabilidad asumida en ellos como también la objetividad en las convicciones y creencias personales, es lo que permite que la ética y la deontología profesional estén en armonía. Frente a esto, es necesario que el quehacer profesional de Trabajo Social realice diversos aportes en el día a día, considerando la relación existente entre la ética profesional y el compromiso por hacer de la intervención un proceso arduo y responsable. Tal como lo menciona la autora *“...El contenido de la ética profesional se construye en la práctica cotidiana, espacio de confrontación ante situaciones de conflicto que requieren un posicionamiento de valor”* (Barroco.2003:242).

De este modo, los profesionales de Trabajo Social deben prever que toda actuación individual repercute explícita e implícitamente en los imaginarios que los diversos actores sociales construyen con relación a dicha disciplina *“...La profesión se legitima socialmente porque responde institucionalmente a*

*necesidades sociales, lo que le otorga el carácter social a la acción profesional. En este sentido no existen acciones personales, sino acciones profesionales de responsabilidad colectiva y pública, o sea, de responsabilidad del colectivo profesional en su relación con la sociedad y con los usuarios de los servicios que realiza”* (Barroco.2003:243). Por consiguiente, la autora señala la importancia de analizar la dimensión ética del proyecto profesional a partir de la *configuración del ser social* como elemento clave de la ética, puesto que en la medida que se cuente con atributos como la conciencia y la libertad dentro de la sociedad, estos le permitirán al profesional desarrollar alternativas como la conciencia, el conocimiento, el lenguaje y la experiencia en actividades específicas como el trabajo.

En esta medida, es el hombre el que contará con la capacidad de crear alternativas de valor sobre su comportamiento ético, pues la libertad es una condición social que permite intervenir conscientemente en la realidad transformando los proyectos ideales en nuevas opciones de vida. Por esta razón, la Barroco afirma que el individuo sólo adquiere una *consciencia crítica* del significado de las normas y deberes cuando conoce las alternativas y tiene las condiciones sociales para intervenir en la elaboración o transformación de las mismas, es aquí donde se evidencia su capacidad de deliberación.

Otra dimensión que nos permite el análisis de las particularidades de la acción ético – moral, es la *Naturaleza de la Ética Profesional*, aquella abarca esferas constitutivas en lo teórico, práctico y normativo. Remitiéndonos a lo teórico, ésta orienta en lo filosófico para fundar las concepciones éticas profesionales tales como los valores, principios, visión del hombre y la sociedad; en la esfera moral práctica busca comprender el comportamiento individual de los profesionales con

respecto a sus acciones, responsabilidad y compromisos dentro de la organización colectiva o en determinados proyectos y la normativa expresa a través del código de ética profesional, su carácter jurídico prescribiendo normas, derechos, deberes y sanciones cuyo resultado ha sido producto del consenso colectivo donde su legitimación ha implicado la participación libre y consciente de los y las profesionales.

Consideramos a partir de lo mencionado, que el aspecto ético profesional no sólo se ha enmarcado dentro de la subjetividad de cada profesional, también ha logrado establecerse como instrumento formal del quehacer cotidiano de las y los profesionales de Trabajo Social, estableciéndose de alguna manera un marco regulador de las relaciones que la profesión establece con los usuarios, las instituciones y el colectivo profesional.

Reconocemos que los aportes construidos para la conceptualización de la ética, han sido significativos en la medida que han promovido un ideal de profesional. No obstante, es preciso que los y las trabajadoras sociales continuamente fortalezcan su esfera moral práctica con el propósito de trascender en la construcción de la intervención en lo social a partir de una concepción crítica de los sistemas deontológicos.

De igual forma, es pertinente reconocer que en toda intervención siempre existirá una consecuencia de aquellas acciones que emprendamos y frente a esto es necesario cuestionar cada práctica, pero no desde el cuestionar para paralizar y vivir cuestionado, sino para recuperar conciencia de nuestros actos cotidianos y de cómo podemos aportar a los demás desde nuestro quehacer como profesionales, es decir que nuestras prácticas se encaminen a lograr transformaciones de fondo

con un toque más crítico y menos asistencial como a lo largo de la historia se ha llegado a posicionar.

### **3.3. Campo y espacio social**

Según Ander Egg, el campo de la salud se ha constituido como un campo amplio para la práctica del Trabajo Social y su adherencia se hizo a partir del momento en el que se consideró la salud no sólo como un problema físico-biológico, sino como resultante de una relación directa del individuo con su medio. Lo anterior, dio lugar para la incorporación de un profesional que atendiera la dimensión social de los problemas de la salud; sin embargo este papel fue secundario y accesorio porque su función principal era la de “visitar” los pacientes a su domicilio.

Actualmente, el Trabajo Social en salud se fundamenta en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales, llevando de esta forma a la configuración de nuevas funciones. El autor refiere que dentro de este campo, la profesión pretende facilitar a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud, puesto que la recuperación se da a partir de lo que hace la persona para lograrlo y la motivación existente dentro del entorno.

Al retomar, consideramos necesario citar a Bourdieu para reflexionar acerca de la intervención en lo social dentro del campo de la salud, entendiendo la noción de campo como *“un espacio específico en donde suceden una serie de interacciones...o como un sistema particular de relaciones objetivas que pueden ser de alianza o conflicto, de concurrencia o de cooperación entre posiciones diferentes, socialmente definidas e instituidas, independientes de la existencia física y de los agentes que la ocupan”* (Bourdieu. 2006:16).

Un campo, por lo tanto, representa una esfera de la vida social que se ha ido construyendo progresivamente a través de la historia, en torno a cierto tipo de relaciones sociales, de intereses y de recursos propios, diferentes a los de otros campos. Es así como, se hace visible que en el campo, emergen algunas características de poder representadas en el conocimiento, éste es el caso de la predominancia que tiene la formación del equipo médico con relación a otras profesiones de la salud (psicología, trabajo social), lo cual genera una organización jerárquica entre ellos. Es decir, que las relaciones o interacciones que se desarrollen a partir de esto, estarán mediadas por la influencia de dicho poder en la toma de decisiones con relación a las situaciones que se presenten dentro del mismo.

Por consiguiente, se vislumbra que en el campo de la salud se pueden presentar algunas características de conflicto o alianza debido a las tramas complejas que se relacionan con los ámbitos político, económico, cultural y social. En este sentido, el trabajador social no sólo deberá reflexionar sobre su postura frente a los valores profesionales y personales para que estos sean consecuentes con las acciones que logren desarrollar dentro de su campo profesional, sino que también deberán tener en cuenta las políticas sociales, la dinámica presente en el contexto social, la interacción con el equipo multidisciplinario y las relaciones establecidas con los entes gubernamentales e interinstitucionales. Por tal razón, Carballeda refiere que dentro de los espacios institucionalizados (hospitales) se visibilizan las tensiones con respecto a los papeles que deben jugar los actores sociales, sus escenarios y la historicidad de los problemas sociales de la población<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Carballeda, Alfredo. La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud. Las problemáticas sociales complejas como nuevos interrogantes y perspectivas. En: Ponencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Trabajo Social en Salud "Rompiendo el Paradigma". Santiago de Cali. Octubre 2008. Pág. 2

Frente a esto es necesario precisar el concepto de espacio social, a partir de lo expuesto por Bourdieu, quien lo define como *“un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras (v.g., autoridad / súbdito; jefe / subordinado; patrón / empleado; hombre / mujer; rico / pobre; distinguido / popular; etc.). El “valor” de una posición se mide por la distancia social que la separa de otras posiciones inferiores o superiores, lo que equivale a decir que el espacio social es, en definitiva, un sistema de diferencias sociales jerarquizadas (¡“la distinción”!) en función de un sistema de legitimidades socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado. Dentro de este concepto, se asume como distinta la distancia física a la social, esta última se configura a partir de determinados códigos o leyes (costumbres o creencias religiosas) impuestas por los agentes, en tanto que, la distancia física se refiere al espacio físico que existe entre ellos”* (Bourdieu. 2006:13).

Así, podemos observar que el sector salud como campo presenta de igual forma estas características, que trasladadas a los espacios institucionalizados se podrían comprender como “escenarios de intervención”, en los cuales se manifiestan un sinnúmero de tensiones que coinciden con la noción de espacio antes mencionada y a su vez demandan la Intervención en lo social desde diferentes aspectos, como los distintos papeles de los actores, los componentes escénicos, la historicidad de la trama donde se desenvuelven los problemas sociales y su enlazamiento con lo económico, social y político.

Al tiempo nos permite apreciar que la posición que ha tenido el Trabajo Social dentro del campo de la salud, ha estado mediada por diferentes parámetros, entre ellos los establecidos en la legislación colombiana y la normatividad institucional, definiendo y diferenciando la posición social del profesional de Trabajo Social con

respecto a otros profesionales de la salud (médicos, jefes de enfermería, psicólogos, y otros profesionales de la salud). De igual forma, el predominio de la concepción asistencialista y filantrópica que ha tenido Trabajo Social a lo largo de su historia, ha sido desfavorable en el momento de dar un reconocimiento a su evolución y posicionamiento dentro de determinada institución hospitalaria.

### **3.4. Especificidad y campo profesional**

La concepción de la acción benéfico – asistencial que ha marcado a la profesión, surgió debido a las demandas sociales de determinada época y sociedad; lo anterior generó el desarrollo y el reconocimiento de esta práctica no profesionalizada por parte de la misma legitimando y certificando a través de instancias establecidas la apropiación de ese saber. De esta forma, García menciona que reflexionar sobre la apropiación de ese saber, es comprender que la especificidad de la profesión implica tener en cuenta que la necesidad de la misma, se da a partir de la configuración de un campo de problemas que fundamentan cierto tipo de intervención.

Así mismo, señala que es el empirismo de la práctica profesional el que permite elaborar una definición del campo y a su vez esta debe estar respaldada por una disciplina científica que certifique ese saber especializado. En lo concerniente a la especificidad, consideramos pertinente retomar a la autora quien afirma que *“la especificidad profesional es una construcción histórico social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención”* (García.1990:19).

Entendiendo de esta forma, que la especificidad emerge a partir de una necesidad particular de la sociedad, la cual da origen a una práctica que poco a poco se



constituye en un saber especializado con aportes teóricos y prácticos de determinada problemática social realizada por los sujetos involucrados. No obstante, la autora señala que dentro del ámbito de relaciones de la especificidad profesional en Trabajo Social, es necesario tener en cuenta lo que ella denomina “elementos constitutivos de la especificidad”.

En primera instancia, menciona que los **Sujetos Sociales** son quienes definen la participación en el problema social y así mismo originan la demanda de una práctica profesional. Con ello, se logra evidenciar que es a través del problema social y la relación con los sujetos sociales, que se consigue establecer el objeto de intervención en la práctica profesional. En cuanto al **Objeto de Intervención**, García refiere que éste no sólo se relaciona con aquellos fenómenos reales y concretos que requieren ser atendidos, sino también con el conocimiento intelectual que el profesional logre elaborar con cierta problemática sentida, permitiéndole de esta manera aproximarse al objeto de intervención desde un determinado cuerpo teórico.

De la misma forma, la construcción de la especificidad profesional requiere tener en cuenta un **Marco de Referencia**, el cual se considera como un elemento fundamental para la estructuración del proceso. Esto concederá un significado particular a los elementos ya mencionados, en la medida en que pasan a ser un *“conjunto de representaciones desde las cuales se entiende y conceptúa el problema, objeto de intervención profesional y el tipo de interacción entre los sujetos sociales involucrados en el campo y se establece los objetivos y procedimientos”* (García. 1990:19).

La autora refiere que este marco de referencia es la pieza clave para fundamentar la intervención, por lo tanto es preciso tener claridad en cuanto a la formulación de los **Objetivos Específicos**, aquellos indicarán al profesional los pasos a seguir durante la intervención profesional. Del mismo modo, precisa la importancia que tiene la **Función Profesional**, puesto que ésta permite medir el impacto que tiene la intervención dentro de una determinada problemática; y finalmente los **Procedimientos Metodológicos** indicarán las etapas a seguir en el desarrollo de la intervención. Nos obstante, es preciso señalar que estos elementos estarán en constante resignificación como consecuencia de la dinámica de la sociedad y también de las nuevas ideas y/o prácticas que tenga el profesional con respecto a un nuevo objeto de conocimiento.

Para evidenciar la evolución que ha tenido la conceptualización de la profesión, es necesario entender la estructura que ha tenido el **Campo Profesional** de Trabajo Social, el cual se concibe como una *“compleja red de interacciones, conformada por aspectos intrínsecos al propio desarrollo de la profesión y por aspectos externos al campo”* (García. 1990:35).

Entre los componentes que la conforman se encuentran: *Los sujetos y el circuito de la intermediación, el objeto de intervención, las áreas de intervención, los objetivos específicos, los procesos mediadores y el saber especializado*. Según la autora, dicha estructura es una forma de vislumbrar los elementos constitutivos de la especificidad, los cuales permitirán a las y los trabajadores sociales configurar a Trabajo Social como un campo profesional. La anterior **Herramienta Analítica** nos orientará en la reflexión acerca de la realidad particular puesto que la misma exige un nivel de organización en la indagación y solución de aquellos aspectos que se pregunta la profesión.

Cabe mencionar, que la autora establece que esta herramienta debe permitir una construcción constante la cual posibilite fortalecer el análisis de aquello que investigamos. Lo anterior con el propósito de dejar un precedente que retroalimemente determinada definición conceptual “...por lo tanto, su posibilidad como herramienta analítica radica justamente en no tomarla como un producto acabado sino como un punto de partida que permite formular preguntas y las respuestas aportan a reconceptualizar y afinar las definiciones operativas y las categorías de análisis que la componen como tal” (García.1990:56).

En esta medida, la autora resalta que un aspecto fundamental que permite a los y las profesionales delimitar la especificidad en Trabajo Social dentro de la estructura del campo profesional, es la **Intermediación** la cual emerge a partir de la demanda de la intervención y a si mismo se establece desde el conocimiento del problema que motiva la intervención, de los objetivos específicos que se pretende alcanzar como también del espacio social donde el profesional lleva a cabo su intervención.

No obstante, García advierte que las negociaciones de recursos y satisfactores de la intervención profesional, no depende exclusivamente del profesional sino que también depende de la participación activa de cada sujeto frente a los intereses que persigan. “...se evidencia que el signo político e ideológico de la intervención, pasa de ser satisfecho antes por la doctrina y ahora por la institucionalización. Por lo tanto, los resultados de aquella negociación **no dependen de la intervención profesional**, sino que dependen de la relación de fuerzas con que cada sujeto social participa en la disputa de sus condiciones de reproducción y en la disputa de sus intereses de grupo” (García.1990:36).

Así mismo, es necesario mencionar que es en la participación del sujeto social donde emerge la interacción y a su vez se visibilizan los diferentes **Objetos de Intervención**. Si bien es cierto, el profesional de Trabajo Social realiza su intervención teniendo en cuenta las condiciones de vida de los sujetos cuando estas se convierten en obstáculos para la sociedad; aquel no interviene directamente en la problemática sino que crea las condiciones necesarias para la intervención a través de proyectos sociales, programas y/o creación de políticas de bienestar encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida.

Sin embargo, señala que la construcción del objeto de intervención se debe conceptualizar desde la especificidad, puesto que en el campo profesional este proceso ha tenido una tendencia en la argumentación de su intervención a partir de la evidencia empírica que presenta la dinámica social; la conceptualización desde lineamientos elaborados dentro de las ciencias sociales o a partir de la identificación del sujeto portador del problema y no desde las necesidades, carencias y representaciones sociales de una sociedad.

Es necesario señalar que existe diversidad en cuanto a los sujetos sociales y a los objetos de intervención, lo cual genera múltiples **Escenarios de Intervención** que son definidas no sólo por la atención y el tratamiento de los problemas sociales sino también por la administración de los recursos y la estructura de las organizaciones. En esta medida, la autora presenta la estructura de las áreas a partir de dos tipos de demanda; la primera hace referencia al *mercado del trabajo*, la cual representa las demandas del servicio profesional por parte de organizaciones que están estructuradas formalmente. Se logra así, evidenciar la constitución de áreas de intervención dominantes que son definidas a través de

las políticas sociales, fragmentando de esta manera las necesidades de los sujetos en un sinnúmero de problemas sociales, desarticulándolos de su contexto y de sus causas.

En cuanto al segundo tipo, la autora hace alusión a la *demanda social*, la cual se relaciona con la dinámica económica, política y social. Por consiguiente, la tendencia del desarrollo de la sociedad estructura un campo de problemas potenciales para la intervención, aunque pueden existir, éste puede que no se configure en la organización institucional o no exista voluntad para atenderlo.

Tomando como referente las áreas de intervención, el ejercicio profesional se configura dentro del campo a partir de dos espacios. Uno de ellos, es el *Institucional*, que se encarga de brindar servicios para aquellos individuos que lo requieren, configurándose de esta forma en posibles sujetos de intervención, por lo cual lo institucional se constituye en un espacio estructurado y organizado, con una población flotante pero cautiva. Así mismo, el *comunitario*, se convierte en un espacio social “abierto” con un menor grado de formalización que representa un espacio laboral que no delimita a través de parámetros formales, la construcción de un objeto de intervención.

Ahora bien, con el ánimo de responder a una práctica dentro de los espacios donde se da lugar al ejercicio profesional, es necesario aclarar que los OBJETIVOS perseguidos por Trabajo Social emergieron a partir de las prácticas benéficas asistenciales y luego se incorporaron objetivos de carácter político y de bienestar social. Esto originó una indiferenciación entre los objetivos específicos de la profesión, su función social y los objetivos particulares de las políticas sociales, iniciando de esta manera que la práctica profesional responda a dos

tipos de objetivos: *los externos*, que hacen referencia a las instituciones y/o políticas sociales y *los específicos* que hacen alusión a los modelos y niveles de intervención que constituye la metodología específica de Trabajo Social.

Lo expuesto resulta contraproducente para el fortalecimiento del proceso de profesionalización que ha tenido Trabajo Social y limita el reconocimiento del ejercicio profesional al momento de interpretar determinado problema social como una realidad concreta; no obstante, la autora afirma que la influencia que tiene la dinámica de las instituciones en la intervención profesional, genera en el ámbito institucional una serie de formas de intervención no sistematizadas que no podrían conformar la estructura del saber especializado.

Por tal razón, García menciona que estas formas de intervención se constituyen como PROCESOS MEDIADORES, que *“facilitan o crean condiciones para el tratamiento del problema, por parte de las instituciones, por parte de otros especialistas o por los mismos portadores del problema y no reflejan procesos de intervención completos e integrales”* (García.1990:46). De ahí, la naturalización de lo “asistencial” que tiene el ejercicio profesional dentro de las instituciones, puesto que en su quehacer se diluyen procedimientos administrativos que dejan en segundo plano el desarrollo de la intervención, excluyendo de esta forma la especificidad en el saber especializado que el profesional debe priorizar frente a otras funciones inherentes al quehacer cotidiano.

Teniendo en cuenta lo dicho, es oportuno retomar a la autora cuando menciona que tanto el marco normativo, el marco de referencia conceptual como el conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, han sido elementos fundamentales para conformar el SABER ESPECIALIZADO a través de la historia

de Trabajo Social. Sin embargo, la misma cuestiona las propuestas elaboradas para orientar el ejercicio profesional, puesto que la influencia de dichos elementos han sesgado la metodología profesional, produciendo una desarticulación entre los objetivos específicos que deben aplicarse y la referencia teórica a emplear con relación a la demanda particular que exige cada intervención.

### **3.5. Formación profesional y capacitación**

El proceso de la formación profesional de Trabajo Social ha estado influenciado por complejas situaciones, tanto a nivel particular como general, lo anterior entendiéndolo desde los cambios ocasionados a partir de las dinámicas promovidas por las transformaciones neoliberales que afectaron notablemente no sólo el ámbito social, político y económico de la sociedad en la década del 70, sino también el establecimiento de la corriente positivista en el campo profesional.

Este momento de crisis, generó dentro de la sociedad una reestructuración de la lógica de acumulación y legitimación del capital; dicha estrategia dominante afectó a la clase trabajadora y por consiguiente sus condiciones de trabajo, es decir, que éste proceso suscitó el retroceso en materia de intervención social del Estado induciendo los cambios visibles que se darían dentro del sistema de las políticas sociales con relación al fenómeno.

La creación de las nuevas políticas centraron principalmente los recursos para los nuevos pobres dejando de lado a las clases trabajadoras y con ello la configuración de un rol del trabajador social netamente administrativo de la pobreza, sin incidencia en la definición y orientación política de las estrategias de intervención social definidas.

Al respecto, Fernández afirma que *“los procesos más visibles que expresaron el cambio de orientación de las políticas sociales son la expansión de los procesos de privatización, descentralización y focalización”* (Fernández. 2005:134). Lo anterior, deja explícita la pertinencia de tener en cuenta las situaciones y los sujetos sociales dentro de su contexto como también las particularidades de la dinámica que adquiere cada sociedad en la historia durante los procesos de formación profesional. Es decir, que los profesionales de Trabajo Social debemos situar nuestro accionar con referencia a la cuestión social como proceso relacional y constitutivo del campo profesional *“el momento histórico en el que estamos situados está atravesado por múltiples transformaciones (sociales, económicas, culturales) que inciden hondamente sobre la población en su conjunto, como así también sobre las diferentes profesiones y sus áreas de intervención”* (Fernández. 2005:135).

Por tal razón, consideramos que lo mencionado ratifica que en el campo profesional, se presentan complejidades que tensionan y cuestionan la legitimidad de la misma y en este sentido, tanto el espacio académico como el espacio institucional<sup>11</sup>, tienen una responsabilidad para contribuir en el desarrollo y el posicionamiento de Trabajo Social como profesión.

Estas reflexiones, deben propender en las instituciones directamente relacionadas con la formación profesional en Trabajo Social por el fortalecimiento de la reflexión crítica como una estrategia profesional que permita responder a las problemáticas

---

<sup>11</sup> Según Fernández: “La reestructuración global del espacio del Estado, modificó cuantitativamente y cualitativamente las instituciones sociales y sus articulaciones con la sociedad, impactando desfavorablemente a la profesión, lo anterior se expresa en: reducciones de puestos de trabajo, precarización del trabajo, demandas de conocimientos técnico – operativas acordes a las modificaciones de la racionalidad política instrumental de las intervenciones sociales dominantes, aumento de la competitividad en las históricas áreas de intervención –que ahora están más debilitadas- por otros profesionales del campo de las ciencias sociales, etc.”. Véase la cuarta parte: Los procesos de formación profesional. Ruptura con el sentido común, crítica y acción transformadora. En Trabajo Social y la cuestión social. Buenos Aires. Editorial Espacio. pág. 135



emergentes dentro de un determinado contexto, teniendo en cuenta los límites y las posibilidades de la práctica, la cual ha sido reducida a partir del contexto neoliberal “...es necesario en el actual contexto repensar críticamente desde la formación las demandas que surgen a la profesión –sea desde la institución o desde la población-, otorgando su significación histórica, estructural, trascendencia y contenido a la vinculación entre lo particular y total, develando en este proceso la significancia de los hechos cotidianos” (Fernández.2005:138).

Una de las tareas que refiere la autora, para repensar los problemas históricos que han permeado a Trabajo Social es la de fortalecer las interacciones entre los espacios académicos y profesionales en aras de *reconstruir los ámbitos de intervención socio – institucional*, puesto que esto permitiría tener una postura crítica ante los históricos espacios de inserción profesional en la esfera del Estado como también aquellos que se encuentra en la esfera no gubernamental. Según la autora, dicho ejercicio pone en cuestión el perfil del profesional confrontando dos posiciones, una la de “*un técnico entrenado para intervenir (...) con máxima eficacia operativa o un intelectual habilitado para operar en un área particular, que comprende el sentido social de la operación y la significancia del área en el conjunto de la problemática social*” (Fernández. 2005:139). En este sentido, señala que la *investigación científica es una dimensión fundamental* en la constitución del proceso de formación profesional crítico con lo cual se promovería legitimaciones profesionales permitiendo la apertura de otros campos de intervención profesional.

En esta misma línea, Gazzaniga reflexiona acerca de la construcción disciplinar y refiere que éste “*se construye en torno a un conjunto de problemas e interrogantes acerca de ciertos aspectos de la realidad sobre los que existe una pretensión de comprensión – explicación – denominación – transformación*”. Por lo tanto, esta

construcción no es exclusiva de la formación académica o curricular y por el contrario requiere un sentido que involucre decididamente la investigación, la cual habilite la argumentación de la intervención profesional, permitiendo a la o el trabajador social introducir nuevos aportes a las teorías, logrando de esta manera el posicionamiento de la profesión dentro de la esfera social y otorgando reconocimiento a la trayectoria profesional en la medida que se validen los aportes teóricos, metodológicos y prácticos característicos del Trabajo Social.<sup>12</sup>

### **3.6. Trabajo Social en Salud**

Históricamente, el Trabajo Social se instauró dentro del ámbito hospitalario partiendo de una mirada medicalizadora, la cual propendía como último fin la medicina de los pobres y los trabajadores, priorizando de esta forma al Estado y la ciudad. Estrada (2005) afirma que a partir del siglo XIX y tras las reformas sociales surge en Europa el Trabajo Social y la sociología; no obstante cada una seguiría un interés distinto con respecto a su finalidad, es decir que el Trabajo Social daría prioridad a su función práctica, mientras que la sociología priorizaría el uso del método para la producción de un conocimiento.

Es en esa disociación de la capacidad de observar y saber donde surge el Trabajo Social, institucionalizándose en los hospitales europeos, estadounidenses y latinoamericanos bajo una mirada paramédica que buscaba indirectamente instaurar la visión médica en la administración de los tratamientos, en la recuperación de la salud perdida y en el conocimiento de las condiciones socio-familiares del paciente. A partir de lo anterior, se dio comienzo a la creación de las primeras escuelas de Trabajo Social, consolidándose así la visión paramédica y

---

<sup>12</sup> CORIA, Adela (1999) "Reflexiones teórico-metodológicas sobre un proceso de construcción curricular en la Escuela de Trabajo Social dependiente de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Rosario" En: Currículum e investigación en Trabajo Social.

complementando la débil formación que carecía de fundamentación en teorías sociales y enfoques de investigación social, limitando de esta manera la generación de un nuevo conocimiento y la comprensión de la incidencia de los determinantes sociales de la salud, los cuales afectan el proceso salud-enfermedad.

Según Estrada (2005), los avances y desarrollos más importantes en términos de construcción de conocimientos en el campo de la salud, procedieron de la sociología y la antropología, dando paso en la década de los cincuenta a la instauración de las llamadas “ciencias del comportamiento”<sup>13</sup>, las cuales se enfocaban al conocimiento de aspectos relacionados con las condiciones de salud-enfermedad. En el contexto latinoamericano, el surgimiento de estas ciencias dentro del ámbito médico suscitó una reorganización en los currículos académicos introduciendo cátedras de medicina preventiva y salud pública, pese a lo anterior, los ajustes realizados por los científicos sociales no lograron alcanzar un mayor reconocimiento debido a la resistencia para ceder espacios y participación por parte de las ciencias básicas y clínicas.

Otro de los avances que se resaltan, son los trabajos de Talcott Parsons donde ubica a la institución y a la práctica médica dentro de un contexto estructural de la sociedad. Así mismo, la sociología médica logra la creación y desarrollo de nuevas temáticas tales como: “*distribución y etiología de la enfermedad; aspectos socio-culturales de la atención médica; organización social del hospital; respuesta socio-cultural frente a la enfermedad y sociología de la educación médica*” (Estrada. 2005:103). Sin embargo, estos desarrollos fueron criticados debido a la

---

<sup>13</sup> Estrada retoma a Mercer para señalar que este término fue adoptado con la intención de dar una connotación neutral y aceptable para los científicos sociales y científicos del cambio biológico, puesto que aquellos tenían una mirada genérica de estas. La intencionalidad de esto, era evitar confundir el término alternativo de ciencias sociales con socialismo. En: Historia de la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo humano 1953-200. Pág. 104

perspectiva funcionalista adoptada, puesto que sus aportes limitaban las explicaciones y parcializaban la realidad estudiada.

### **3.7. El profesional de Trabajo Social en instituciones hospitalarias**

Richard Cabot, fue uno de los pioneros del Trabajo Social en salud, quien evidenció la importancia de este rol profesional dentro del ámbito hospitalario, puesto que vio la necesidad de ampliar el diagnóstico del enfermo y a su vez tener en cuenta sus necesidades económicas, mentales y morales. Así mismo, señala que una de las tareas fundamentales de la profesión era la investigación a partir del conocimiento de las causas de la enfermedad con el propósito de argumentar la acción educativa.

En este sentido, Kisnerman señala que aunque Cabot no hace referencia a ningún método, dentro de sus aportes anota algunos aspectos metodológicos evidenciando que dicha intervención estaría centrada en la atención individual y familiar *“...es indispensable que las visitas de la trabajadora social no tengan por objeto único el ser anotadas en su cuaderno, que debe incorporar sus observaciones en la historia clínica y hacerlas conocer al médico...que antes de sugerir una solución debería preguntar al paciente cuál es para usted el mejor medio de salir de su dificultad”* (Kisnerman. 1978:119).

Así mismo, el autor refiere que Cabot considera que la relación médico- trabajador social no estaba lo suficientemente internalizada y para ello dejó fundamentos sólidos con el ánimo de establecerla. Dentro de ellos señaló la importancia de reconocer al profesional de Trabajo Social dentro del equipo de salud y a su vez evidenció la necesidad de adquirir ciertos conocimientos médicos sin entrar en

competencia con éste, es decir que el profesional debe ser consciente de la especificidad de su función dentro del escenario laboral.

Por lo anterior, *“el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico- sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaria de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u Hospital”* (Kisnerman. 1978:122).

El autor resalta la importancia de la participación del profesional de Trabajo Social dentro de los diferentes ámbitos y/o niveles de atención en salud<sup>14</sup>, quien deberá ejercer su rol de acuerdo al nivel donde se encuentre inmerso y a partir de una mirada multicausal comprenderá aquellos factores esenciales para el desarrollo del ser humano.

Dentro de los objetivos específicos de Trabajo Social en salud, señalados por el autor se encuentran:

- Realizar aportes al equipo de salud en el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que tienen incidencia en la etiología, la distribución, el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que impiden el

---

<sup>14</sup> El Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), contempla en el Artículo 20. Responsabilidades por niveles de complejidad, que para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad establece: Que en el nivel I se requiere de medico general y/o personal, auxiliar y/o paramédico de otros profesionales de la salud no especializados; en el nivel 2 se debe contar con el medico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados; en los niveles 3 y 4, deben intervenir el medico especialista con participación del medico general y/o profesional paramédico.

Así mismo, en el Artículo 109. Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, refieren que se consideran para el nivel II de complejidad los siguientes procedimientos desde el quehacer del profesional del Trabajo Social: sesión de consulta individuales, sesión de consulta familiar, terapia familiar y sesiones de acciones socioeducativas a grupos.

logro de los objetivos de salud y la utilización adecuada de los servicios. Así como localizando e identificando los que ofrecen su logro.

- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.

En cuanto a las funciones principales, Kisnerman (1978) señala con respecto a la profesión de Trabajo Social para el campo de la salud, que la PROMOCIÓN hace referencia a la elaboración, ejecución y evaluación de programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, como también el suministro de información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos. Otra de las funciones es la PREVENCIÓN, la cual consiste no sólo en estudiar la incidencia y las variables socio económicas y culturales de la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de la salud, sino que también orienta a la población para que hagan uso de los recursos institucionales, los cuales contribuyen en el mejoramiento de su calidad de vida, además de fortalecer la unidad familiar con el fin de asegurar la salud mental de sus integrantes.

En cuanto a la RECUPERACIÓN, esta función pretende contribuir junto con el equipo de salud en la reducción, atención y reparación de los daños causados por la enfermedad, capacitando al paciente y su familia para que sean agentes de su recuperación. Para finalizar, el autor plantea que la REHABILITACIÓN pretende asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso

máximo de su potencialidad y así mismo orientar a la familia y a su entorno para su reubicación social.

Así mismo, el autor señala que desde el punto de vista de las acciones profesionales, el rol del trabajador social es un rol de servicios, porque no produce bienes materiales. En el campo de la salud esos servicios pueden prestarse en las siguientes áreas de intervención:

- Servicios de atención y prevención a individuos, grupos y comunidades, trabando con quienes presentan problemas sociales o dificultades de integración social.
- Investigación, identificando los factores que generan desigualdades sociales en cuanto al acceso de los usuarios a los sistemas de salud, evaluando los servicios, recursos, actitudes y valores del personal que hace parte de las instituciones prestadoras de los mismos y realizando seguimientos.
- Política y promoción social, gestionando medidas en búsqueda del logro de una mejor calidad de vida para la población, a través de diferentes alternativas de solución.
- Planificación, transformando necesidades completas en recursos que las satisfagan.
- Administración de servicios sociales, organizando, dirigiendo o coordinando las acciones al interior de la institución desde trabajo social.
- Capacitación del talento humano, sean o no profesionales.

Comprendemos que el autor busca clarificar las funciones del Trabajador Social, otorgando importancia a su quehacer en el ámbito educativo y/o pedagógico, permitiendo que su intervención contribuya al mejoramiento del proceso salud-enfermedad a partir de la participación y las responsabilidades de cada uno de los actores que inciden en esta dinámica. De igual forma, afirma la importancia de la investigación de los profesionales de Trabajo social en la búsqueda de respuestas a aquellos interrogantes que la medicina biológica no puede encontrar y mediante estos hallazgos trabajar por alcanzar un diagnóstico integral que permita alcanzar

un trabajo común encaminado a una recuperación eficiente y oportuna del paciente que solicita el servicio.

Es así como el trabajador social en salud, a partir de sus conocimientos debe trabajar para comprender la situación total del paciente, tomando como referente principal el “significado” que tanto el paciente como la familia le otorguen a la enfermedad, estudiando aquellos factores que determinaron su aparición, vislumbrando de esta manera la capacidad del paciente para tolerar su aparición y trabajar por descubrir las herramientas que posee para afrontarla.

### 3.7.1. REPRESENTACIONES SOCIALES

Uno de los factores que ha influenciado en la Representación que ha tenido el papel ejercido por el profesional de Trabajo Social dentro del escenario hospitalario, es la continuidad del modelo asistencialista, pues éste ha marcado notablemente nuestra labor y a su vez, ha repercutido en los imaginarios de los actores sociales con los cuales el profesional interactúa.

Es así cómo se hace necesario elaborar el concepto de Representación Social, partiendo del planteamiento de Kisnerman (1998:136) quien refiere que ésta “*se construye a partir de la cultura acumulada, valores compartidos, que conforma la memoria colectiva y la identidad de una sociedad de grupo. Esta se edifica de las informaciones y conocimientos que recibimos y transmitimos a través de la comunicación; siendo aquel un conocimiento socialmente compartido, que nos permite comprender e interpretar, actuar con sentido práctico, situarnos respecto a otros y asumir posiciones*”. De esta manera se resalta que las representaciones están determinadas a la vez por el sujeto mismo (su historia, su vivencia), por el sistema social e ideológico dentro del cual esta inserto y por la naturaleza de los lazos que éste teje con su sistema social; tal como lo expresa el autor “*Lo social*



*se ubica no en las personas ni fuera de ellas, sino entre las personas, en el espacio de significados del que participan o que construyen conjuntamente”.*

En esta medida creemos que es necesario que los profesionales de Trabajo Social del HUV establezcan rupturas y promuevan su intervención junto con otros profesionales en aras de resignificar su quehacer profesional a partir de los avances conceptuales con relación a la “cuestión social”, puesto que en el campo de la salud se requiere de múltiples miradas profesionales para analizar las problemáticas inherentes a la relación salud – enfermedad, por consiguiente dichos aportes deberán estar encaminados al restablecimiento de la salud y a su vez proporcionar recursos que permitan fortalecer los diversos aspectos que guardan relación con lo social.

De ahí que las representaciones sociales son *“pensamientos constituidos y pensamientos constituyentes, al ser productos que intervienen en la vida social como estructuras preformales a partir de las cuales se interpreta la realidad y constituyentes porque no sólo reflejan la realidad, sino que informan sobre los rasgos de la sociedad en la que se han formado”*<sup>15</sup>. Con lo anterior, es posible evidenciar que las representaciones sociales tienen una función de carácter importante en la conformación de las identidades personales y sociales, que es lo que ha venido sucediendo con los imaginarios que se tienen con respecto a Trabajo Social en el campo de la salud.

Por lo tanto, es menester apuntar hacia la modificación de esas estructuras que continúan dando vigencia al carácter asistencialista y permitir que la realidad

---

<sup>15</sup> Kisnerman retoma a Ibáñez, con el propósito de ampliar la mirada frente a la noción de las representaciones sociales, teniendo en cuenta elementos claves como: la cultura, los valores, la memoria colectiva y la identidad de grupo que tiene una determinada sociedad. En: KISNERMAN, Natalio. Cáp 4 El trabajador social. En: Pensar el trabajo social. Editorial Lumen HVMANITAS. Segunda edición. Argentina. 1998. Pág. 136

reflejada tome distancia de esto que ha obedecido en parte a la naturalización que como profesionales le hemos atribuido.

Consideramos, pues, que es fundamental que en aras de contribuir al fortalecimiento y posicionamiento de la profesión, trabajar cotidianamente en función de la erradicación de concepciones erróneas frente a nuestra intervención e instaurar las labores que propiamente nos competen, visibilizándola tanto a los profesionales con quienes interactuamos (médicos, enfermeras, personal administrativo) como a las personas a quienes les brindamos nuestra intervención.

Tal como lo expone Jodelet (1993); la noción de representación social, involucra lo psicológico - cognitivo y lo social, fundamentando que el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propias de cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la sociedad. Es así, como es asunto nuestro posibilitar a partir de las intervenciones realizadas la trascendencia de labores asistencialistas hacía una atención de tipo integral que permita vislumbrar nuestro criterio profesional.

### 3.7.2. LA IDENTIDAD Y EL QUEHACER PROFESIONAL

*“La identidad no es una esencia fija e inmutable, sino un proceso de constitución histórico mediante una red de vínculos y de relaciones que los sustentan. Relaciones y representaciones desde los cuales un sujeto sea individual o colectivo construye su auto-imagen y la imagen del otro: la identidad se estructura se mantiene o se modifica en relación con otros”.* (Aquin.1999:26). En este sentido, entendemos que la identidad es una construcción propia y particular, la cual debería tener elementos comunes en cuanto a su especificidad profesional,

esto con el propósito de sentar un precedente que diferencie nuestro accionar de los demás profesionales con los que interactuamos.

No obstante, ésta construcción está mediada por los imaginarios que la sociedad y la institucionalidad conciben con relación al quehacer profesional de Trabajo Social. A su vez, es necesario el fortalecimiento del proyecto ético – político sobre nuestro accionar en Trabajo Social, a partir de rupturas en cuanto a las orientaciones tecnicistas, pragmáticas y conservadoras que permearon la producción teórica y práctica de la profesión en los últimos años.

Por ende los y las profesionales deben reflexionar sobre éste aspecto y construir una visión clara acerca de lo que se quiere ser y lo que se quiere aportar a partir del conocimiento obtenido de nuestra práctica dentro de la cotidianidad. Según García (1990:51), es aquí donde Trabajo Social inicia la constitución de la especificidad profesional, puesto que en el ámbito de las relaciones sociales es donde surge la especificidad, es decir donde las clases sociales se definen como sujetos portadores de necesidades y de recursos quienes interactúan a través de un sujeto social que hace las veces de intermediario en el tratamiento del problema social.

En un escenario como el Hospital Universitario del Valle, donde la práctica profesional asume un carácter empirista y fundamenta su acción a través de información mínima con respecto a la situación, respondiendo únicamente a los requerimientos inmediatos del contexto; se hace necesario que los profesionales de Trabajo Social tomen la iniciativa generando espacios donde reelaboren el quehacer profesional a partir de sus propias experiencias de intervención “la

*especificidad de Trabajo Social es algo que debe definirse en cada intervención”* (García. 1990:55).

De esta manera, el quehacer profesional, entendiéndolo a partir de lo mencionado por Kisnerman (1998, 167) refiere a un *“complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo, donde los objetivos del Trabajo Social se insertan en los objetivos generales de la institución de salud de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales, con el ánimo de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud”*.

En otras palabras, que dentro del escenario hospitalario el profesional no sólo debe orientar a los pacientes, sus familias y a la comunidad en general sino que también debe contribuir al conocimiento de las problemáticas consecuentes de la enfermedad, así como también realizar aportes al equipo de salud y a otros entes institucionales en lo concerniente al estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades y sus consecuencias, identificando los determinantes que impiden su resolución en la lógica existente entre la salud y lo social.

### ***3.7.3. EL TRABAJO SOCIAL Y EL EQUIPO DE PROFESIONALES EN SALUD***

Carballeda expone que las distintas profesiones son el producto del movimiento modernizador de las sociedades, por lo tanto intentan responder a las necesidades y las urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención, constituyéndose en torno a ellas un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad, en donde

cada objeto particular se configura, otorgando de esta manera las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y la acción. *“El objeto de intervención no es algo dado de antemano, sino una problematización teórica que se realiza en relación con una referencia empírica, en este caso las condiciones de vida de los sujetos que demandan la intervención”* (Carballeda.2008:160).

Es así como el Trabajo Social durante su proceso de constitución ha adquirido características particulares, por lo cual existe complejidad en cuanto a su definición y su quehacer, presentando dificultades en la consolidación de su objeto de intervención; y aunque se ha escrito mucho al respecto para dar cuenta de este aspecto aún no existen consensos claros, por lo que la práctica cotidiana para los profesionales termina convirtiéndose en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales.

Probablemente porque el adjetivo de “lo social”, como menciona el autor hace referencia a la solución de todo aquello que tiene que ver con la marginación, la pobreza y la exclusión. Sumado a lo anterior, la fuerte influencia que tuvo Trabajo Social del Positivismo en su configuración, terminó instalando a la profesión como técnica; lo anterior se traduce en el mero hacer, dividiendo de esta manera el conocimiento y la acción, relegando a la profesión en el manejo de técnicas e instrumentos, lo que otorgó un lugar subsidiario respecto de lo teórico y originando una connotación a los trabajadores sociales como auxiliares de otras profesiones.

Cabe mencionar, que la formalización de la profesión se da en un momento histórico particular del capitalismo, lo cual hace que surja la necesidad de buscar en un primer momento de una intervención que estudiase las causas de la

pobreza y plantear alternativas racionales de superación. Fue así como ésta tarea se encomendó especialmente a las mujeres debido a sus características de abnegación, sensibilidad, instinto maternal entre otros. De esta forma, el compromiso social que tuvo el Trabajo Social imposibilitó poner límites en cuanto a las demandas, la aceptación de salarios bajos y la incorporación con instituciones de carácter asistencial y caritativo.

El autor menciona que estos y otros aspectos han influido en las prácticas profesionales y en particular cuando los trabajadores sociales hacen parte de los equipos de trabajo dentro de las instituciones. Carballeda retoma a Follari para exponer que lo *“interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco”* (Carballeda.2008:162).

Existen muchas dificultades para entender lo interdisciplinar dentro de los diversos escenarios, entre ellas se menciona: la fuerte estructuración que presentan las disciplinas en relación con el legado de las ciencias hegemónicas, lo cual se evidencia en la formación académica de los profesionales; la limitación en cuanto a la construcción de los objetos de intervención, la organización administrativa de las instituciones públicas donde los organigramas responden a lógicas de jerarquización que se traduce en un problema administrativo que articula concepciones epistemológicas y políticas. Además de las diferencias en la consolidación de las disciplinas que implican los estatus adquiridos en el ámbito científico, los prestigios, las presentaciones que se han hecho de ellas en la sociedad y las representaciones sociales que circulan acerca de las mismas.

Por lo tanto, el llamado que hace el autor es buscar que la o el trabajador social dentro de esos espacios que ya están conformados pueda desarrollar 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. La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir”*(Carballeda.2008:167).

Esta consideración hace necesario precisar el concepto de Equipo de Trabajo, para lo cual retomamos a Kisnerman, quien lo entiende como *“un grupo de especialistas en el que cada uno integra los conocimientos específicos de su disciplina para lograr un código único, común y operacional. En este sentido decimos que un equipo es un sistema porque posee un conjunto interactuante de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados”* (Kisnerman. 1978:123).

Se evidencia la necesidad de una coordinación entre los diferentes profesionales de la salud, con el ánimo de generar cambios significativos sobre las causas de la enfermedad y no sobre sus efectos; es decir que la utilización de un instrumento como la interconsulta<sup>16</sup> estaría encaminada al aprovechamiento del campo de acción en el que operan tanto el Trabajador Social como los otros profesionales, con el propósito de dominar contenidos básicos en cuanto al código común

---

<sup>16</sup> De acuerdo con el Artículo 94 del Manual de actividades, intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS): La interconsulta, es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

establecido por parte del equipo profesional para alcanzar la integralidad en la atención en salud.

Como equipo investigador concordamos con los autores cuando refieren que los profesionales de Trabajo Social tienen una cuota de responsabilidad en cuanto a la visibilización de su accionar dentro del campo de la salud. En esta medida, es necesario que éste participe activamente dentro de los equipos de profesionales con el propósito de consolidar sus aportes dentro del proceso de atención integral que se brinda a los sujetos receptores de estos servicios y a su vez posibilite vislumbrar nuevos conocimientos con respecto al cómo intervenir en el campo de la salud.

### **3.8. La normatividad de Trabajo Social en salud**

Ha sido evidente la evolución que han tenido las políticas y la legislación social en el campo de la salud, aquellas han incidido de manera significativa en el cambio que ha presentado la intervención del trabajador social en dicho campo, contribuyendo al mismo tiempo a su continuo mejoramiento.

Con el propósito de conocer cual ha sido la dinámica del papel que ha tenido la o el Trabajador Social en salud, consideramos necesario mencionar tres momentos claves con respecto a la legislación existente, la cual ha sufrido modificaciones o ajustes desde la creación de la profesión de Trabajo Social en Colombia; estos son: La reestructuración del Sistema Nacional de Salud y sus decretos en los años 1978, la reorganización del Sistema Nacional de Salud mediante la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993 que rige actualmente.



Es preciso mencionar, que inicialmente en agosto de 1978 se define el papel del Trabajador Social en el Sistema Nacional de Salud y en el se divulga para todo el país, un documento realizado por la Dirección de Participación de la Comunidad, que llevó a concretar las funciones y las responsabilidades del sector en cuanto a:

- Investigar, diagnosticar y tratar aspectos socioeconómicos y culturales de la población beneficiaria de la prestación de los servicios de salud.
- Promover y organizar la comunidad con base en la conformación de los “comités de participación de la comunidad rural y urbana para el desarrollo de los programas de salud” según el decreto 350 de 1975.
- Informar, motivar y orientar al recurso humano (personal de salud) en función del componente de participación de la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y culturales de la salud.
- Contribuir con los servicios para que atiendan mejor a la población usuaria con énfasis en los grupos materno infantil y laboral y orientar la demanda hacia la atención primaria en salud.
- Determinar la capacidad de la población para aportar económicamente al sector salud, de acuerdo con sus ingresos y con el tipo de servicios recibidos.
- Poner en práctica mecanismos para la remisión de usuarios a niveles adecuados de atención médica.<sup>17</sup>

Al analizar los tópicos anteriores, consideramos que si bien se conservaban algunas labores asistencialistas, es a partir de la reestructuración donde se incluyen aspectos significativos como lo cultural, el cual constituye un elemento importante en la medida en que es tenido en cuenta el contexto donde está inmersa la persona para ofrecerle una atención integral en materia de salud, de igual forma se visibiliza a la población como entes en capacidad de participar activamente en los programas de salud y de contribuir en la ejecución de los mismos, así como también se empiezan a efectuar estudios relacionados con la

---

<sup>17</sup> En: GONZALES, Helena. CARO, Isabel. DRESZER, Luz. El Trabajo Social y la Política actual del sector Salud. Revista Colombiana de Trabajo Social No. 5. Julio 1992. Cali, Colombia.

situación económica de la persona donde se refleja un avance en términos de realizar la correspondiente verificación de aspectos económicos, que permitieran comprender la situación de la población y la capacidad de ésta para aportar al sector.

Por otra parte, en el Decreto 1335 de la Ley 10 de 1990, se define en la naturaleza del cargo para el profesional de Trabajo Social algunos componentes, tales como: Promoción, organización, educación, ejecución y tratamiento de los aspectos socio-familiares a nivel comunitario, grupal e individual, los cuales se relacionen con la salud-enfermedad. De igual forma, se determinan los cargos y las funciones de los y las trabajadoras sociales que pueden llegar a desempeñar en el sector salud, definiendo de esta manera al Trabajo Social como profesión y evidenciando sus niveles (profesional, tecnológico, técnico profesional y auxiliar).

En este orden de ideas, Caro de Guarnizo y Dreszer señalan que en este decreto se establece no sólo un reconocimiento en cuanto a los tres niveles de intervención (nivel comunitario, grupal e individual) ubicándonos en el primer y segundo nivel de atención en salud, sino que también estas refieren que existe la posibilidad de ocupar cargos directivos, de asesoría y ejecutivos dentro del ámbito hospitalario brindando así a los y las profesionales de Trabajo Social en salud, la posibilidad de intervenir en el tercer nivel de atención.

Del mismo modo, afirman que las acciones del Trabajador Social en Salud se orientan fundamentalmente en dos sentidos, en primer lugar hacía los demandantes de los servicios de salud y en segundo lugar, hacía la oferta de esos servicios. Por lo tanto, fue necesario que dentro de la reestructuración del sistema de salud se desarrollara un proceso de descentralización, en el cual se definiera el

perfil profesional del Trabajador Social y su ubicación dentro de la estructura, tanto de los niveles del sistema como de las direcciones municipales de salud.

En este sentido, las autoras proponen un perfil profesional del Trabajador social en salud, en el cual se incluyen componentes de tipo investigativo, docente/educativo, biopsicosocial y administrativo.<sup>18</sup> Ahora bien, según las autoras el marco de referencia de la legislación vigente en cuanto a la Seguridad Social en Colombia, es la Ley 100 de 1993 la que establece las funciones de los profesionales de la salud, ante la cual resignifican el quehacer del profesional de trabajo social y se visualiza su evolución dentro del campo de la salud, pasando de labores asistencialistas a la realización de un nuevo rol, en el cual su desempeño contribuye a la atención integral de los servicios ofrecidos a la población a través de las diferentes instituciones de salud.

Por su parte, Díaz, Avendaño y Pérez retoman a González, para hacer referencia a las funciones del trabajador social en salud a partir de las transformaciones

---

<sup>18</sup> **Componente Investigativo:** Este incluye el estudio sistemático de los factores que condicionan la salud de individuos, grupos y comunidades; estudios socioeconómicos para la estratificación de la población; participación en la planeación y ejecución de estudios epidemiológicos, investigación diagnóstica, evaluaciones de impacto, investigaciones sobre medicina popular y agentes comunitarios de salud.

**Componente Docente o Educativo:** Hace referencia a la participación en la capacitación del equipo de salud en los factores sociales que condicionan la salud de los usuarios y en la humanización de los servicios de salud; igualmente participar en los programas de educación no formal en salud; ejecución de programas de capacitación relacionados con la participación ciudadana y comunitaria; desarrollo de programas de educación continuada dirigido a Trabajadores Sociales y auxiliares de Trabajo Social.

**Componente Biopsicosocial:** Tiene que ver con el estudio, diagnóstico y tratamiento social; funciones específicas relacionadas con el fomento de la salud y prevención de la enfermedad; funciones específicas relacionadas con el tratamiento oportuno y la limitación del daño; funciones específicas en el proceso de rehabilitación.

**Componente Administrativo:** Impulso y orientación de la participación comunitaria en los procesos de descentralización y democratización de la salud; orientación y capacitación a líderes comunitarios e institucionales en metodologías para la elaboración del diagnóstico y plan municipal de salud; creación de mecanismos para la remisión y rehabilitación de pacientes; diseño de estrategias que faciliten la diferenciación de tarifas de los servicios de salud de acuerdo a la capacidad económica del paciente; asesoría al grupo interdisciplinario sobre la incorporación de aspectos socioculturales a los diagnósticos y sobre la participación comunitaria; planeación de actividades propias a realizar; intervención en la programación, ejecución y evaluación de actividades docente-asistenciales; participación en todos los mecanismos de coordinación interna de la institución y elaboración de normas técnicas y procedimientos que orienten el desempeño profesional del recurso humano de Trabajo social en los diferentes niveles de atención. En: Revista Colombiana de Trabajo Social. Federación Colombiana de Trabajo Social. El trabajo social y la política actual del sector salud. Julio 1992.

generadas por la Ley 100, determinando explícitamente las funciones que legitiman la presencia de un Trabajador Social al interior de una institución de salud<sup>19</sup>. Entre ellas se encuentran:

- **Los Procesos de Participación Social:** El Trabajador Social no sólo debe orientar y ser un facilitador de éstos procesos sino educar tanto al personal como a los usuarios para su efectiva implementación.
- **Focalización de la Población:** Diseñar mecanismos que permitan identificar a las personas con menos recursos y no puedan acceder a los servicios de salud, de éste modo el Trabajador Social contribuiría para el cumplimiento del derecho a la salud y por lo tanto a la vida.
- **Planeación participativa:** El Trabajador Social está en las condiciones de crear espacios de participación ciudadana en los procesos de planeación municipal para la creación de políticas públicas a escala local.
- **Desarrollo del recurso humano institucional:** En el área laboral el Trabajador Social está en capacidad de desarrollar programas de bienestar laboral con los empleados de la institución.
- **Sistema de Control de Calidad Basado en el Usuario:** Dar respuesta a las solicitudes, inquietudes, quejas y reclamos que presenten los usuarios y así garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.
- **Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:** Su papel en este aspecto es supremamente importante ya que por su formación de trabajo con grupos, comunidades, familias e individuos, lo hace el profesional idóneo para promover cambios de comportamiento y de actitudes frente al autocuidado de la salud.

Teniendo en cuenta, las funciones citadas anteriormente, cabe mencionar que en el campo de la salud, el Trabajador Social también se puede desempeñar como investigador frente a los factores de riesgo psicosociales presentes en los

---

<sup>19</sup> Para profundizar, véase: GONZALES, Helena. La Seguridad Social en Salud. En: Revista Colombiana de Trabajo Social No.9. Febrero. 1996. Cali, Colombia.

usuarios, lo cual facilitaría el control de la aparición de las posibles enfermedades, focalizando su intervención en la prevención de dichos factores que afectan la salud de los usuarios.

En este sentido, podemos decir que dentro del marco legal para Trabajo Social en salud ha habido aportes significativos que a lo largo de su historia contribuyeron en el desarrollo y el fortalecimiento de la profesión. Con relación a esto, hacemos referencia al papel que inicialmente cumplía el trabajador social, el cual estaba enfocado hacia el ámbito comunitario y a aspectos culturales de una determinada población.

Actualmente, se puede apreciar una esfera más amplia con respecto a las funciones que cumple y que puede llegar a cumplir el o la Trabajadora social, lo cual se hace evidente mediante la búsqueda de alternativas que giren en torno a la adecuada prestación de servicios por parte de éste; así mismo se observa el fortalecimiento en cuanto a la participación de la población en espacios que les permiten mediante la realización de aportes, contribuir a la formulación de políticas que le apuntan al progreso en el campo de la salud.

Otro aspecto relevante que se incluye es lo relativo a la prevención y promoción de la salud, lo cual favorece la autoresponsabilidad y compromiso en las personas en lo concerniente a su salud y bienestar. De esta manera, se hace notoria la inclusión del componente social como parte de un proceso de atención integral para la salud, logrando con ello, pasar de labores asistencialistas a labores participativas frente a las funciones referidas en la Ley.

En este sentido, tal como lo plantea Caro de Guarnizo, Gonzáles y Dreszer, “*La invitación es a mirarnos a nosotros mismos, mirar el sector para continuar formando un Trabajador Social de Salud que dinamice todas sus potencialidades profesionales y aproveche las potencialidades que tiene la actual política y el concepto de salud, modelo de prestación de servicios, al aceptar involucrar lo social, que ha sido siempre nuestro espacio presente en nuestra voz y en nuestra intervención*”<sup>20</sup>. Con lo anterior, se reflexiona sobre la importancia de continuar en la búsqueda de acciones encaminadas al fortalecimiento y desarrollo de la profesión, que al mismo tiempo, mediante la construcción de aportes desde nuestra intervención permitan la continúa transformación del quehacer profesional dentro del campo de la salud.

---

<sup>20</sup> GONZALES, Helena. CARO, Isabel. DRESZER, Luz. El Trabajo Social y la Política actual del sector Salud. En: Revista Colombiana de Trabajo Social No.5. Julio 1992. Cali, Colombia.

## CAPITULO IV.

### CAMPO DE LA SALUD E INTERVENCION PROFESIONAL

#### 4.1. Noción de salud – enfermedad.

Al interrogar sobre el **concepto de salud**, la mayoría de los entrevistados plantean que la noción fue comprendida bajo una concepción biológica<sup>21</sup> que contemplaba la relación salud-enfermedad sólo desde éste plano, dejando de lado elementos importantes que hacían parte de su bienestar; dichas respuestas evidencian que actualmente al concepto se ha adherido el enfoque integral, permitiendo así concebir al individuo desde sus diferentes aspectos físicos, emocionales, sociales y culturales, incidiendo significativamente en la recuperación y el bienestar del mismo.

En contraste, sólo uno de los entrevistados respondió de una manera distinta, conceptualizando la noción de salud a partir de la dinámica presentada por la Ley 100, según lo planteado por el profesional, la salud se denota como la vulneración o la limitación del bienestar social, asumiéndolo como una consecuencia del sistema que lo convierte en una negación que restringe el derecho y el cual se hace notorio en la estratificación de la población usuaria, quienes deben acudir a la realización de trámites burocráticos para hacer uso de la misma.

Respecto a la **concepción de salud manejada por la institución**, gran parte de las respuestas de los profesionales se orientan hacia el tratamiento integral del paciente, destacando principalmente que la presencia de un cuerpo de especialistas en diferentes áreas del conocimiento, posibilita un proceso de

---

<sup>21</sup> Según Estrada, “la concepción biológica se caracteriza por ofrecer una explicación sobre la causalidad de la enfermedad a partir de lo orgánico y a su vez, muestra las formas terapéuticas para combatirlas”. En: Cap. 5. Restricciones del enfoque clínico y de la epidemiología convencional y prospectiva de las Ciencias Sociales. Salud y Planificación Social. Editorial Espacio. Buenos Aires. 2006. Pág. 175

intervención basado en una concepción integral; acentúan además, que se han presentado avances con relación a dicha noción, puntualizando que anteriormente su enfoque fue de tipo asistencial y se focalizaba en aliviar al paciente en su enfermedad, dejando de lado otros elementos importantes como la familia, el contexto, lo emocional y lo social. De igual manera, reiteran que la implementación de valoraciones e interconsultas por parte de otros profesionales contribuyen al fortalecimiento de la integralidad que se desea alcanzar.

Una tendencia minoritaria reconoce que la concepción de salud que la institución ha acoplado a su modelo de intervención, se relaciona con algunos planteamientos de la OMS<sup>22</sup>, los cuales orientan los procesos de intervención hacia objetivos y logros que contemplen la calidad y la satisfacción de las necesidades de los usuarios, refiriendo que la intervención basada en dichos criterios aun permite la presencia de un enfoque paliativo en las prácticas profesionales.

Finalmente, sólo uno de los entrevistados hizo alusión al criterio de rentabilidad que se ha incorporado al modelo de intervención en las instituciones hospitalarias; el cual le da mayor fuerza al sentido de competitividad entre las instituciones y los servicios que ofrecen dentro del campo de la salud, marcando una fuerte tendencia hacia la mercantilización de la salud y los procesos que lideran su promoción, demanda y atención.

---

<sup>22</sup> Del Rosario afirma, que los planteamientos de la OMS hacen referencia principalmente a la estimulación de la supresión de las enfermedades epidémicas y endémicas, al favorecimiento de una nutrición suficiente y equilibrada; una vivienda digna; preservar el medio ambiente, mejorar las condiciones de trabajo, así como todos los otros factores de higiene del medio. Celebrar convenciones y proponer acuerdos internacionales para el proceso de la salud, alentar y guiar la investigación en el campo de la salud como también ayudar a formar entre los pueblos una opinión pública informada en el tema de la salud. En: Factores Determinantes de la Salud. Diaz de santos. España. 2009. Pág. 90



Con lo anterior, podemos observar que las respuestas de los entrevistados tienen como principal referente el componente de la integralidad, lo cual obedece a los lineamientos estipulados por la Organización Mundial de la Salud<sup>23</sup>, permitiéndoles tener una base para argumentar su mirada acerca del concepto, estableciendo así una relación con sus prácticas de intervención, las cuales han estado encaminadas a promover y dar respuesta a las demandas en razón de esos criterios implícitos que definen la salud como parte del desarrollo humano.

Por otra parte, llama la atención que sólo una de las entrevistadas resaltó la incidencia que ha tenido la Ley 100 en la concepción actual de la salud, afirmando que se manifiesta como la negación de un derecho social, la cual tiende a estratificar y excluir a la población usuaria, restringiendo su misión a un marco meramente administrativo y afectando por consiguiente el “deber ser” del quehacer profesional de Trabajo Social.

Respecto a los ***cambios significativos que ha tenido el concepto de salud***, la mayoría de los profesionales coincidieron en reconocer que se han presentado cambios paulatino, los cuales se articulan con otras esferas de lo humano (factores psico-sociales), originando por consiguiente, un lugar al concepto que va más allá de la parte física y orgánica, otorgando importancia al componente bio-psicosocial, lo cual ha exigido la incorporación de nuevos saberes y profesionales a los equipos de trabajo para la atención en salud, facilitando de esta forma la comprensión del panorama de la intervención dentro de este campo.

---

<sup>23</sup> Teniendo en cuenta lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud, se asume la salud como un “estado de completo bienestar, físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades”.

En tanto que, una de las entrevistadas ubica su respuesta en relación a la creación de la Ley 100 de 1993; según su interpretación, ésta brinda la oportunidad a la población de acceder a los diferentes servicios y crea el escenario para un mayor acceso a la Seguridad Social; sin embargo, una segunda entrevistada aunque también hace referencia a dicha ley cuando hablamos de cambios significativos, ésta difiere de la primera cuando expone que la misma rompe abruptamente con el concepto de salud, puesto que agrade los principios elementales de un Estado Benefactor, llevando a la privatización de los servicios.

Al observar hasta este punto las respuestas, constatamos que la concepción de salud que rige prioritariamente en el equipo profesional, oscila constantemente entre una definición que abarca esa mirada integral de la salud y su tratamiento (que hace referencia a un plano más teórico y conceptual), el marco legal que hace parte fundamental del contexto, la dinámica institucional donde se concretizan las prácticas de atención en salud y la prestación de los servicios, revelando un encuentro de miradas que no necesariamente trazan un acuerdo para lo que comprenden por salud, precisamente porque la dimensión teórico-conceptual entra en cierta controversia con la dimensión política, legal y administrativa que rige la salud como un derecho social.

Sumado a lo anterior, pudimos observar que una tendencia menor de los entrevistados hizo explícito el desconocimiento respecto a dicha evolución conceptual al no responder a la pregunta planteada; es así como consideramos, que probablemente el establecimiento y la naturalización del carácter asistencialista y administrativo que han tenido las prácticas de intervención dentro del grupo profesional hayan incidido en este aspecto.

Con el ánimo de profundizar en la descripción, se indagó además sobre el **conocimiento que tienen los profesionales respecto a los determinantes de salud** y cómo estos permean su quehacer profesional. Es así, como la totalidad de las respuestas dadas por los entrevistados, coincidieron al identificar que los determinantes son aquellas condiciones o situaciones que influyen en el bienestar del paciente, destacando lo que tiene que ver con las características particulares de cada individuo (hábitos físicos, socio-económicos y culturales del paciente, la alimentación, el estilo de vida, lo económico, lo cultural, lo social, lo familiar, las creencias, las condiciones de vivienda, lo ambiental y el acceso al servicio de salud), reflejando claridad en su definición, tipología e influencia ejercida dentro del proceso de recuperación.

Lo anterior, nos permite verificar la importancia otorgada por el grupo de profesionales a la identificación de dichos determinantes, en aras de tomar medidas de acción encaminadas a la prevención de las diferentes problemáticas con relación al proceso de la salud-enfermedad. En este sentido, la pertinencia de tener claridad frente a lo que determina una enfermedad, es un aspecto importante para tomar en cuenta al momento de buscar efectividad en la acción educativa, la cual debe incidir tanto en los estilos de vida, en el medio social y físico, como en el sistema de asistencia sanitaria en aras de mejorar las condiciones individuales y sociales.

Para concluir, indagamos acerca del **conocimiento que poseen los trabajadores sociales sobre los enfoques predominantes a nivel de las llamadas políticas de salud**, ante ello, las respuestas fueron explícitas al señalar que ninguno tenía conocimiento con respecto al tema. En esta medida, podríamos decir que el nivel teórico-conceptual y metodológico que los profesionales manifiestan poseer o

dominar, en realidad están fuertemente amarrados a las percepciones sobre sus prácticas o experiencias de trabajo en el campo de la salud, precisamente porque en muchas de las respuestas no se dio mayor profundidad en el manejo teórico-conceptual (basta ver el último interrogante sobre los enfoques y el desconocimiento de los mismos) y también porque gran parte de ellas estuvieron directamente relacionadas con su práctica profesional, es decir los profesionales ubicaron su saber-hacer desde el contexto donde se desempeñan.

Entendiendo la necesidad de articular la descripción con la interpretación, vemos que la salud guarda una conceptualización histórica, política y social, permitiendo demostrar que en el proceso de intervención dichos factores se encuentran inmersos y llevan a tejer diversas implicaciones en su definición. Es así, como logramos evidenciar en las respuestas de los entrevistados la interiorización y la importancia que le confieren al conocimiento del término; aunque se denotan distintos matices en sus ideas, destacamos el entendimiento con relación a la noción de integralidad a partir de lo planteado por la OMS como elemento inherente al concepto de salud y al mismo tiempo reconocen su significado particular dentro del sistema de salud, el cual condiciona y excluye a la población a partir de una ley generando la vulneración de un derecho: el derecho a la salud<sup>24</sup>.

En este orden de ideas, consideramos que contemplar la salud como un “estado de completo bienestar” en sociedades diferenciadas en clases, resulta ser toda una utopía si comprendemos que la dinámica de la misma se ha mostrado excluyente debido al sistema económico, político y social generado a partir de la

---

<sup>24</sup> Según la Sentencia T – 760 emitida el 31 de julio de 2008 por la Corte Constitucional se declara el Derecho a la Salud.

corriente neoliberal; el cual se ha caracterizado por establecer dentro de las complejas realidades que vivencia la población otro tipo de intereses, dejando de lado las necesidades sentidas y por ende afianzando la estructura y el funcionamiento del criterio mercantilista del Sistema de Salud. Lo anterior, se hace evidente en el resultado de la Ley 100 de 1993, aunque procura mantener el elemento de la solidaridad en todo el sistema, también permitió que la lógica del mercado primara bajo el “supuesto” mejoramiento en la calidad de los servicios.

De ahí, que el actual sistema de salud en Colombia, esté atravesado por una tensión entre prestarse como un derecho o como un servicio, lo cual nos remonta a hablar de usuarios en vez de ciudadanos; implicando en otras dimensiones que la relación entre Estado y ciudadanos se diluya entre la intermediación de las diversas entidades involucradas en el sistema, aun cuando haya un deber constitucional de garantizar que dichos intermediarios presten el servicio con calidad y eficiencia.

Es así, como podemos subrayar que la Ley 100 ha sustituido el sentido de la política y el enfoque de la salud, el cual se había consolidado a partir de la concepción de los derechos estipulados en la ley 10 de 1990, abriendo paso a la implementación de un enfoque de servicios en el cual se introduce el carácter de rentabilidad, cambiando la significación no sólo de las entidades de salud por entidades administrativas o del Estado, sino que también “cosifica” al sujeto social portador de derechos cuando pasa a denominarse usuario, al momento de establecer un criterio de focalización (SISBEN – Sistema de Identificación de Usuarios) para acceder a los servicios de salud<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Según Pereira (2007), el Régimen Subsidiado funciona a través de la financiación parafiscal, estatal, y de solidaridad del Régimen Contributivo. En este sentido, se crea el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), como mecanismo de selección de la población que requiere del subsidio estatal y se diseña para efectos de la identificación una encuesta que

Ahora bien, desde nuestra experiencia como trabajadoras sociales en formación, pudimos darnos cuenta que en la institución en algunas ocasiones los estragos de la instrumentalización, eximían las responsabilidades frente a determinados diagnósticos, que de no presentar sintomatologías físicas eran considerados como casos que debían ser evacuados en el menor tiempo posible, dejando de lado la indagación pertinente para la comprensión de las causas por las cuales el paciente demandaba la atención en el servicio.

En esta misma línea, observamos que el modelo de aseguramiento manejado a través de los agentes intermediarios administrativos (EPS)<sup>26</sup> de alguna manera tergiversan el concepto de salud, en la medida que obliga al usuario a tomar opciones alternas para cubrir sus prioridades en lo que respecta a su situación; es decir, que él mismo debe evitar que su salida de la institución sea restringida como consecuencia de su incapacidad de pago.

Así mismo, se presentaron otras situaciones como la subcontratación para la realización de exámenes y procedimientos médicos requeridos o la segregación de algunas enfermedades dentro del listado del Plan Obligatorio de Salud, el cual pareciera indicar al paciente sobre aquellas “enfermedades que debe o no padecer”. Lo anterior, coloca en juego el componente de integralidad del concepto de salud, puesto que deja en entredicho la ética y la responsabilidad institucional

---

evalúa aspectos de la calidad de vida para determinar la necesidad del subsidio. En línea: La prestación del servicio de salud en Colombia - Tensiones entre derechos y servicios en el acceso al sistema de salud en Colombia.

<sup>26</sup> Retomamos a Abadía y Oviedo, quienes precisan que “Las EPS se han convertido en agentes intermediarios administrativos del sistema, que han aumentado los costos operativos (Campos et al., 2004). Las instituciones del sistema (aseguradoras y prestadoras de los servicios) ganan por partida triple: mediante la cuota de aseguramiento (cotización mensual y anual), mediante la prestación de servicios (facturación) y mediante los pagos de cuotas de recuperación que debemos hacer cada vez que se nos brinda atención (copagos y cuotas moderadoras)... Dentro del modelo de aseguramiento, el Estado está interesado en que las acciones que cubre la póliza incluyan las consideradas prioritarias (según su importancia, reflejada en indicadores de salud pública y en perfiles de enfermedad nacional), pero debe garantizar que el negocio sea rentable para las aseguradoras”. En: Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Colombia. 2008. Colombia. Pág. 71.

frente al proceso de recuperación del paciente y por ende la intervención que ejerza trabajo social dentro de éste escenario; de esta forma, cabe preguntarnos ¿De qué manera la institución está asumiendo el componente de la integralidad que profesa el marco legal vigente?

En este sentido, a la institución le corresponde visibilizar la verdadera intencionalidad que debe caracterizar la atención en salud y en esa medida consideramos que los trabajadores sociales como agentes que lideran la promoción y la restitución de los derechos sociales de la población, deben ejercer a través de su intervención una difusión adecuada y oportuna fundamentada a partir del conocimiento frente a la dinámica de los enfoques emergentes a lo largo de la historia dentro del campo de la salud; de esta manera, es preciso cuestionar sobre ¿Qué consecuencia tiene para los profesionales de trabajo social que intervienen en el campo de la salud, desconocer los enfoques en cuanto a políticas de salud se refiere?

Tal interrogante, permite comprender que de no tener claridad frente a los cambios estructurales que surgen dentro del sistema de salud, existe poca probabilidad de dar cuenta de las transformaciones que se tejen a partir de las necesidades sentidas por los sujetos insertos en la dinámica social; limitando de esta manera el abordaje desde una perspectiva histórica, política, social, económica y cultural, etc. que logre la consolidación de la investigación y de las políticas para la salud.

Si bien, destacamos que existe un reconocimiento por parte de los profesionales a la mirada integral dentro de su intervención, incluyendo además la importancia del papel que juegan aquellos determinantes de la salud al momento de llevar a cabo una contextualización, se denota la carencia de las asociaciones y análisis

estructurales y coyunturales de las particularidades de la situación social, en donde la diada salud – enfermedad como el sistema de seguridad social en Colombia indican una complejidad simbólica, relacional e interpretativa del entorno, que transversa una mirada de género, de cultura, de condición social y de accesos políticos.

Aunque consideramos, que tal concepción ha sesgado la posibilidad de consolidar un conocimiento que contribuya a la formación y formulación de políticas para la salud, podemos decir que en este encuentro, también tienen cuota de responsabilidad los diferentes actores sociales que lo conforman, sean los profesionales, la academia y las instituciones de la salud; es decir, que el principal desafío es orientar las prácticas en beneficio de la producción de conocimientos, la formación y la acción política en el ámbito de la salud pública, relacionando de igual forma, otras perspectivas populares con el objetivo de establecer que la salud es un proceso que se construye desde lo público y no solamente desde la esfera del Estado.

En este sentido, el papel de la intervención radica en interesarse en la dinámica salud – enfermedad, a partir de las lecturas de las vivencias, historias y narrativas, las cuales se constituyen en un reflejo del entorno social concreto en donde se desarrolla la experiencia de la enfermedad, logrando así resignificar el concepto de salud en el plano social como un proceso, en donde la lógica del sistema debe garantizar a los sujetos su derecho a tener una buena salud y no que sean los sujetos quienes garanticen al servicio un ingreso económico seguro a costa de su enfermedad, tal como lo expone Estrada (2004:76) cuando afirma que *“La salud, como elemento central del desarrollo humano es objetivo pivotal de la sociedad, lo cual debe exigir a todos los sectores que expliciten sus objetivos de salud y sean*



*responsables por los mismos, ser consecuente con lo anterior debe conllevar a replantear las condiciones de trabajo en el sector de la salud y a la reformulación de las políticas de salud gubernamentales”.*

En esta medida, compartimos el cuestionamiento expresado por una de las profesionales respecto a su visión sobre el concepto de salud, la cual lo entiende como la vulneración de un derecho y pese a la generalidad de las opiniones del resto del equipo de trabajo social, sólo ésta entrevistada suscita una manifestación sobre la dinámica existente que tiene el término en el actual Sistema de Salud a partir de lo expuesto en el marco normativo contemplado desde la Ley 100<sup>27</sup>; el cual hace evidente como la legislación vigente no garantiza la prestación de una atención digna e integral y por el contrario responde a la monopolización de los servicios, lo que termina afectando la construcción colectiva de la noción de salud, como el medio propicio para alcanzar el bienestar y la calidad de vida en una sociedad.

Con lo señalado, podemos afirmar que la labor del trabajador social debe ir más allá de contemplar los componentes físicos, sociales y culturales del individuo, es decir que los profesionales deben potencializar la noción de salud – enfermedad como un proceso que se contextualice frente a las necesidades de la población y en esta medida, pueda contribuir al desarrollo de un enfoque social encaminado a la posibilidad de dar respuesta a las condiciones de salud particulares y diferenciadas presentes en la estructura social. En esta medida, creemos que para

---

<sup>27</sup> Según Posada y Zuluaga “Las reformas estructurales como la Ley 100 de 1993, donde se cree el régimen subsidiado, la focalización y su instrumento SISBEN ha sido una buena herramienta para identificar la población más pobre y vulnerable. Sin embargo, este sistema ha generado dos dilemas, por un lado la mercantilización de la salud donde se le da importancia al sector privado, al desarrollo y al crecimiento económico. Por otro lado, se ubica la salud como un derecho que, para ser reconocido y garantizado, el estado ha implementado subsidios de salud focalizados que pretenden buscar a los mas pobres de los pobres, para entregar una ayuda, lo que se convierte en una medida asistencia que no garantiza el pleno derecho a la salud”. En: Revista Trabajo Social No. 9. Focalización en salud: una mirada desde los usuarios. Universidad de Antioquia. Pág. 202

lograr lo anterior, es necesario afirmar la importancia de realizar una lectura dinámica de la implementación de dichas leyes o enfoques producidos en el Sistema de Salud, puesto que la constante aquí ha sido favorecer las contingencias económicas, dando lugar a la privatización de los servicios y por consiguiente a la ejecución de nuevos requerimientos en los protocolos de atención al paciente.

Aunque existe un esfuerzo del profesional por tratar de abordar desde su proceso de intervención, las múltiples problemáticas que el entramado social presenta, observamos que su accionar práctico y concreto no ha permitido generar una comprensión, interpretación y explicación propositiva sobre la problemática a gran escala, en donde se efectúe un estudio de aquellos factores que resultan determinantes para el logro del bienestar y así posibilitar la trascendencia de la instrumentalización en la que se ha sumergido la intervención de trabajo social, debido a los requerimientos normativos e institucionales que en la actualidad presiden el quehacer profesional.

En conclusión y teniendo en cuenta los planteamientos de los profesionales entrevistados, podemos aducir que existen imprecisiones en cuanto a la noción que refieren de salud, aunque consideran que debe concebirse de una manera integral, se comprueba que dejan en segundo plano los múltiples factores que originan el sistema de salud vigente, los cuales han influido fuertemente en la consolidación del proceso salud – enfermedad.

## 4.2 La Intervención en lo Social

Resulta importante para nuestra investigación profundizar en el conocimiento y apropiación que los profesionales tienen con respecto a la intervención y a la práctica profesional, para de esta manera, dar a conocer esos sentidos y significados que dinamizan su actuación e intencionalidad en el campo.

Por consiguiente, se formuló un interrogante acerca de lo ***qué entienden por intervención profesional*** permitiéndole a los entrevistados expresar su punto de vista. En lo concerniente, la totalidad de los trabajadores sociales comprendieron el concepto como la relación que establece el profesional con su objeto de intervención, bien sea un sujeto, una familia o una comunidad; en la cual se promueve un cambio a partir de una base teórico-metodológica que sirve para estructurar dicho proceso. Frente a esto, se puede ver que los profesionales han incorporado una mirada de la intervención que estrecha los vínculos entre saber especializado y beneficiarios, reconociendo que la misma focaliza en mayor medida un proceso de interacción y comunicación entre el profesional, su saber y la población directamente receptora de su quehacer.

Por consiguiente, fue importante conocer que algunas de las ***problemáticas sociales atendidas***, que la mayoría señaló como una constante en la intervención profesional son los casos de violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas, el abuso sexual, el alcoholismo y el maltrato infantil. En tanto que, la tendencia menor, presentó opiniones distintas, relacionando otros factores como los socio-económicos, la adherencia al tratamiento, solicitud de protección ante el ICBF y realización de tramites médicos (exámenes).

Por tal razón, a la hora de indagar acerca del **propósito de la intervención**, se devela que la tendencia mayor de los profesionales, asumen que el proceso se ubica en la posibilidad de brindar a la población atendida una orientación con relación a la situación que atraviesan, con el ánimo de contribuir a la aceptación y solución de la misma. En su lugar, la menor tendencia presenta respuestas diferenciadas concretándose de la siguiente forma: en primer lugar tres afirmaron que al llevar a cabo la intervención, se busca optimizar las condiciones del paciente con el propósito de encontrar su potencial, el cual resulte útil para el manejo de su situación; dos aluden que el objetivo principal consiste en identificar las pautas de interacción presentes en la familia y otro señaló que la finalidad se encamina hacia la búsqueda del equilibrio entre lo biológico, lo social y lo emocional en el paciente.

Como complemento al interrogante señalado, se indagó acerca de la **manera como han construido los objetivos para realizar su intervención**; aquí la tendencia mayoritaria indicó que la construcción se genera en la marcha, a partir de escuchar el relato del paciente y de su familia, abstrayendo así las herramientas de utilidad para lograr identificar las necesidades existentes en el momento. Mientras que la tendencia minoritaria, estuvo orientada a no dar respuesta al interrogante formulado; por su parte, sólo uno de los informantes expresa que lo hace partiendo de la prioridad del caso atendido y contando con el tiempo de permanencia del usuario dentro de la institución.

Con ello logramos inferir, que si bien existe una aproximación general por parte de los profesionales hacia la noción de intervención, se denota que la misma es asumida como un proceso de interacción que termina distanciándose de los aspectos teóricos y metodológicos, evidenciado la prevalencia del carácter

empirista al momento de efectuarse. No obstante, dicha interacción, les ha permitido tener un acercamiento a las diferentes problemáticas, dejando en segundo plano lo referente al estudio de sus causas y al impacto que estas puedan generar, concretizando el propósito de la intervención exclusivamente a brindar la atención u orientación de un caso puntual, sin que esto de lugar a la generación de un abordaje planificado en lo que respecta a los requerimientos de la demanda que llega a cada Unidad ni a la formulación de unos objetivos específicos para trascender en la situación particular.

Por tal razón, convino preguntar sobre ***cómo los profesionales conciben el objeto de intervención***, lo que llevó a precisar y configurar con mayor detalle el propósito de la intervención y amarrar a ello las formas en cómo abordan esas problemáticas y la relación que en efecto construyen con el paciente y sus familias. En esta medida, la tendencia mayor lo concibe como aquella situación, persona o grupo a la que va dirigida la intervención; inversamente, la menor tendencia lo comprende como la razón de ser de la intervención, es decir, hacen alusión a aquellos objetivos y criterios que trazan la orientación y la finalidad del quehacer profesional. Es de señalar, que dos de los entrevistados evidenciaron vacíos en tanto presentan confusión frente al mismo, al parecer lo anterior puede obedecer a que al momento de contestar tienden a asumir el significado de los objetivos y el objeto de intervención bajo una misma lógica.

En esta medida y buscando precisar dicha noción, nos permitimos indagar lo concerniente a los ***elementos que consideran importantes al momento de construir el objeto de intervención***, aquí la mayor tendencia reconoció que es preciso tener en cuenta la composición familiar, las variables socio demográficas, las redes de apoyo familiares e institucionales y los antecedentes del paciente

evidenciados a través de su historia clínica. Por el contrario, en la menor tendencia se observó desconocimiento por parte de los entrevistados, aunque se denota el esfuerzo por definirlos, observamos que los especificaron a partir de la práctica experiencial y quizá la poca precisión para definirlos, guarde relación con la desactualización que tiene con respecto a los elementos teóricos emergentes.

Desde otra perspectiva, una de ellas refirió que cree relevante tener en cuenta las creencias de las personas; mientras que otro señaló que es determinante el contexto, el tipo de población con la cual se trabaja, los medios técnicos, científicos y metodológicos existentes para desarrollar la actividad, así como también toda la parte logística y el apoyo del equipo de trabajo en general.

De manera concreta, observamos que las apreciaciones realizadas por los profesionales asumen la definición del objeto de intervención a partir de un sujeto portador de necesidades quien debe ser intervenido, acentuando de alguna forma, que su finalidad se encuentra relacionada con los objetivos que conducen la orientación, adjudicando un mismo sentido tanto al objeto como a los objetivos de intervención; lo anterior puede obedecer, a una escasa apropiación de los conceptos emergentes que se contemplan como fundamentales para direccionar el accionar profesional, afectando por consiguiente, la contemplación del mismo como el estudio de un fenómeno real. Sin embargo, aunque no hacen explícita la importancia que representa considerar los elementos para construir el objeto de intervención, si se establece un reconocimiento en cuanto a la inclusión de los sujetos a partir de aspectos familiares y sociales que hacen parte de estos.

En esta medida, fue importante conocer, si **la institución posibilita llevar a cabo el proceso de intervención** que se ha considerado necesario con la población que la demanda; para este caso, la mayoría señaló que la institución no posibilita

tal fin, argumentando que debido a su nivel de complejidad exige una gran demanda de la población, en donde el tiempo de estancia del paciente se limita debido a la falta de camas y por ende dificulta llevar un seguimiento. Por el contrario, la tendencia minoritaria manifiesta que la institución efectivamente ha posibilitado llevar a cabo el proceso que han estimado oportuno, en la medida que ha brindado un respaldo en el accionar de la profesión, subrayando que su participación es reconocida y considerada como fundamental dentro equipo.

En coherencia con lo anterior, hicimos referencia a si ***consideran que la normatividad institucional ha incidido en los procesos de intervención*** que han llevado a cabo, la mayoría expresó que no consideran que haya incidido, señalando que son las directrices establecidas por el grupo de profesionales de trabajo social, las que tienen peso frente a las normas institucionales en algunas situaciones del proceso de orientación. Por su parte, la menor tendencia afirmó que indudablemente ha sido determinante, según ellos en un principio el equipo hacia parte del Departamento de Facturación y Atención al Cliente, razón por la cual se le atribuían actividades administrativas de las cuales les ha resultado difícil desprenderse; de igual manera mencionan lo concerniente a la limitación por cobertura y el aceleramiento que debe hacerse en el proceso para poder cumplir con los requerimientos que la institución les plantea.

Ahora bien, cuando los entrevistados hacen alusión a las posibilidades de llevar a cabo un proceso de intervención podemos observar que la complejidad en la demanda y la estructura física de la entidad, inciden notablemente en la construcción de los procesos de intervención agenciados desde trabajo social, debido a que están sujetos al tiempo de estancia de los pacientes dentro de la institución hospitalaria. Así mismo, distinguimos que si bien el aspecto normativo

de la institución, pone en juego una serie de lineamientos que permiten o dificultan la puesta en marcha del plan de acción profesional, han sido las iniciativas del equipo profesional las que han flexibilizado la restricción de los requerimientos de la institución hospitalaria frente a una situación particular.

Esto nos permite clarificar, aquellos aspectos concernientes a la percepción que tienen los profesionales de la institución para la cual trabajan y cómo la misma limita o posibilita según el sentir y la experiencia de cada uno, su quehacer y la intencionalidad de su práctica de intervención; esto es sumamente importante, pues permite caracterizar la manera en cómo se ha relacionado el profesional de trabajo social con la institución y el papel que éste lidera.

Por lo anterior, saber la **razón principal por la cual se solicita la intervención de trabajo social**, nos permitió develar que los entrevistados en su mayoría afirman que el papel del profesional está directamente relacionado con lo concerniente a la parte económica, la cual es asociada a los descuentos y/o rebajas en la cuenta o para intervenir en efectos del copago; no obstante, una de ellas argumentó que dicha intervención se relaciona con la parte económica, pero no en lo relativo a las rebajas, sino en lo que concierne a las situaciones difíciles que presenta la población. Inversamente, la menor tendencia aludió a la ubicación bien sea de la familia o de una institución cuando el paciente se encuentra en estado de abandono.

En relación con lo anterior, se advierte en las respuestas de los profesionales un reconocimiento general en cuanto al quehacer profesional, cuando determinan que el anterior está directamente ligado a un aspecto establecido. En este sentido, podría decirse que en el plano concreto de sus prácticas, no se dan las



condiciones para responder con amplitud a esos propósitos y criterios que los mismos profesionales destacaron como importantes para trazar los objetivos de intervención.

Tal como ellos lo exponen, el punto crucial donde la acción profesional es demandada, está restringida a un área de atención más asociada a la verificación y caracterización socio-económica de los pacientes; develando así imprecisiones con los propósitos manifestados en lo que refiere al proceso de su intervención. *“...porque no tiene plata, porque necesitan el descuento porque están perdidos, embolatados y no logran ubicarse, entonces vaya donde Trabajo Social que Trabajo Social le dice donde queda X servicio o hasta por documentos, ósea aquí quien te va a resolver todas las inquietudes a tus problemas es Trabajo Social. Igual, también en ocasiones nos buscan por orientación, por intervención, pero eso es mínimo comparado al signo pesos, al traslado en ambulancia, al examen que no le quieren hacer, que no le alcanza el copago, bueno en fin” (profesional de Trabajo Social).*

Concretando lo descrito, consideramos pertinente profundizar en la construcción del proceso de intervención de los profesionales de trabajo social, a partir de las reflexiones, los significados y los conocimientos que tienen acerca del concepto de intervención y todo lo que el mismo implica. En este sentido, podemos dar cuenta que la noción de intervención ha sido comprendida más como un proceso de interacción con parámetros asistencialistas - administrativos, que como una práctica social o categoría de análisis en la que entran en juego el profesional, su saber y la población receptora, invisibilizando de esta forma, los elementos teóricos-metodológicos que consecuentemente limitan la construcción del binomio investigación – intervención como dispositivo unificador de la acción, la reflexión y

el cambio. Tal como lo expone Salord (2003:81) *“...en un conjunto de procedimientos administrativos y burocráticos, que no requieren de una mayor calificación, perdiendo así la capacidad de intervenir en la forma especializada y por tanto perdiendo espacio y status respecto a otras prácticas profesionales, con las que comparte el espacio laboral: es decir perdiendo competitividad en el mercado de trabajo”*.

En cuanto a este tema, Vélez (2003:43) sostiene que la intervención o la actuación deben ser entendidas como *“el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales que estructuran la especificidad del Trabajo Social”*. Así, vemos que el propósito principal de la práctica profesional se desvirtúa al momento de enfocar su intencionalidad hacia la mera orientación y acompañamiento del paciente y su familia, con la intención de identificar la influencia que ejercen las dinámicas familiares en el estado del paciente al momento de su hospitalización.

Aunque, los profesionales hacen un reconocimiento de las problemáticas que constantemente deben abordar, observamos una limitación en lo que respecta a la indagación reflexiva de la información obtenida, lo cual genera una acumulación de datos sin abstracciones teóricas, afectando el proceso de generalizaciones de un fenómeno particular; en esta medida, tal como lo expone Estrada (2009:82): *“una práctica profesional con un marcado acento empirista, se refleja en una limitada formación epistemológica, teórico-conceptual, metodológica e incluso técnica”*.

En este punto, si bien asentimos a la premisa que afirma el autor, consideramos que al momento de referir lo que comprenden por intervención, es necesario hacer

evidente “la camisa de fuerza” que impone la normatividad institucional u otros factores en el proceso, los cuales deben sobrellevar diariamente los profesionales en cada una de sus áreas.

Siguiendo esta línea, para lograr trascender de la inmediatez del dato obtenido a la construcción de un objeto de intervención, es necesario que no sólo la práctica profesional fortalezca su ejercicio analítico en aras de promover procesos de intervención específica en el campo de la salud, sino que también la institucionalidad visualice los aportes intelectuales que harían el grupo de profesionales de trabajo social en lo que respecta al bagaje conceptual en el campo de la salud.

Por lo tanto, debe ser un compromiso individual reflexionar sobre la responsabilidad profesional que deben asumir frente a la trascendencia del empirismo y las situaciones que ameritan ser abordadas; en esta medida, cuando los profesionales afirman construir los objetivos de intervención sobre la marcha, se incurre, tal como lo expone Estrada (2005:113) “*la mayoría de las veces a actuar antes de saber, sobrepasando de esta manera la necesidad de construir un conocimiento fundado*”, es decir, que a pesar de la dinámica inmediatez presente en una institución hospitalaria de tercer nivel, es necesario que no se pierda la capacidad aplicativa de un marco conceptual. Si bien, los profesionales poseen la capacidad de ajustarse al contexto donde establecen la intervención, vemos conveniente la unificación de criterios conceptuales que permitan estructurar el abordaje de determinados casos, a partir de un referente previo en cuanto al diseño de los objetivos formulados en un plan de acción que brinde una intervención integral y oportuna.

No obstante, quedan inquietudes frente a aquellos profesionales que no respondieron a los planteamientos enunciados, lo cual manifiesta una voz de alerta al grupo de trabajadores sociales para que deliberen sobre dicho aspecto, ya que el desconocimiento representa la perpetuación del asistencialismo en el proceso de intervención profesional. Es decir, que la manifestación de éste vacío nos permitió comprender, que existe una tensión en el proceso que ejerce trabajo social en lo que respecta a la “inoperancia” de aplicar las herramientas teóricas y metodológicas en los casos atendidos, tal como lo afirman los profesionales, el principal aspecto que relacionan al momento de hablar de trabajo social, es el de tipo económico.

*“Los descuentos, la parte económica porque no tiene para pagar, o muchas veces la gente si tiene la plata ahí pero vienen primero a Trabajo Social para ver si pueden salir sin pagar, o sea, mucha gente tiene todavía la concepción que los hospitales de red pública la atención tiene que ser gratis y por la historia que tiene Trabajo Social aquí en el hospital todavía buscan a Trabajo Social es para eso”.  
(Profesional de Trabajo Social)*

Por otra parte, inferimos que es un derecho y un deber de las instituciones informar a la población frente a las funciones particulares que ofrece el personal en la institución hospitalaria, clarificando de esta manera, las condiciones con las cuales llevan a cabo sus prácticas profesionales, consiguiendo con ello garantizar la integralidad en el proceso de intervención.

Lo señalado, permite no perder de vista que la institución y la normatividad que rigen las funciones de cada uno de los profesionales, asientan una influencia determinante sobre el abordaje y por consiguiente, nos llama la atención cuando los mismos aluden que la capacidad y/o la infraestructura de la institución no posibilita el buen desarrollo de la intervención, argumentando que la gran

demanda en los servicios genera en algunos casos una corta permanencia en el hospital.

Se deduce, que lo referido se constituye en una limitante que afecta el seguimiento a los procesos de casos puntuales, además de los requerimientos administrativos que se deben gestionar para iniciar la atención en ciertos casos donde la población no cuenta con el Sisben<sup>28</sup>; esto no sólo muestra el dilema con el que trabajan día a día los profesionales debido a la normatividad institucional sino que también disipa la intencionalidad que lleva implícita la intervención.

Es así, como conocer la noción de intervención desde las voces de los profesionales, también nos llevó a comprender que existe poca claridad en lo que entienden por objeto de intervención y los componentes que permiten construirlo. Si bien, algunos profesionales lo identifican a partir del ámbito social, aquel no se concibe como una situación problema en la cual debe ubicarse el sujeto dentro de la dinámica social o en la elaboración de un conocimiento intelectual en cierta problemática sentida.

Frente a esto, es oportuno retomar nuevamente a Salord (2003), para precisar que el desconocimiento de la situación problema, es un factor que delimita el fortalecimiento de la especificidad profesional, en la medida que coarta aquella construcción histórico – social en la cual se cruzan diversas relaciones sociales y/o tipos de intervención, tejidas a partir de los aportes intelectuales que traen consigo los elementos constitutivos de la situación real, es decir, los sujetos sociales, el

---

<sup>28</sup> Comprendemos que el SISBEN, forma parte de un conjunto de herramientas gerenciales diseñadas para entregar servicios sociales subsidiados y focalizados para los más pobres. Se evalúan elementos como las características de la vivienda, la familia y la propiedad de otros bienes durables como aproximaciones de la medición de ingreso monetario y la riqueza acumulados por los individuos y la familia. En Revista Trabajo Social No. 9 pág. 202.

marco de referencia, los objetivos específicos, la función social, el impacto de la intervención como también los procedimientos metodológicos (el qué y el cómo de la intervención).

De igual manera, se observó dificultad por parte de los profesionales en el reconocimiento de dichos elementos<sup>29</sup>, por lo que cabe deducir que la información obtenida alude más a los componentes básicos para un estudio psicosocial del individuo u otros aspectos externos al mismo (los medios técnicos, científicos y metodológicos existentes en la intervención); con lo anterior, Estrada (2010:213) quien retoma a Mastrangelo, afirma que *“el desafío para el Trabajo Social está en aprovechar el caudal de información originado en las prácticas profesionales y convertirlo en conocimiento teórico, adoptando una actitud científica, investigando con rigurosidad, seleccionando marcos conceptuales pertinentes; en síntesis, realizando una permanente reflexión sobre la naturaleza del objeto de estudio, su desempeño en el área específica; así como validando todo el proceso de intervención”*. En este sentido, la constante ausencia de la rigurosidad investigativa devela que aun existe un largo camino por recorrer en lo que concierne a la construcción de un nuevo conocimiento conceptual y metodológico de las orientaciones que han emergido en los múltiples escenarios de la “crisis de la modernidad”<sup>30</sup>, como también las dimensiones éticas y operativas las cuales sin duda han limitado las competencias profesionales dentro de la esfera social.

---

<sup>29</sup>De acuerdo con lo expuesto por Susana García Salord (2003), los elementos constitutivos que permiten construir el objeto de intervención el cual asume como un fenómeno real que demanda ser atendido, hace referencia a los sujetos sociales involucrados en la intervención, al marco de referencia conceptual donde se pretende entender el problema, los objetivos específicos que se quieren lograr, la función social o incidencia de la intervención en las relaciones sociales y los procedimientos metodológicos o la dimensión operativa del mismo.

<sup>30</sup>Citando a Carballada, los nuevos escenarios de intervención en lo social, se caracterizan en una dimensión espacio – temporal que indican una serie de fisuras y continuidades dentro del conflicto.

Lo mencionado, permite observar que la ambigüedad en los conceptos planteados acerca de la intervención y el objeto de intervención, exige que los mismos amplíen la revisión literaria vigente en torno al tema, así como también viabilicen la discusión de sus contenidos con el objetivo de identificar elementos básicos en lo teórico, metodológico y técnico, que les permita tener coherencia en el abordaje conceptual y de esta forma, lograr la consolidación de la especificidad profesional a partir de los aciertos que han elaborado los trabajadores sociales con relación a ciertas problemáticas sentidas y manejadas dentro de la institución hospitalaria<sup>31</sup>.

Para finalizar, en la acción social llevada a cabo por trabajo social en la institución, es necesario tener presente que la profesión ha estado fuertemente marcada por la connotación positivista que ha subordinado a la misma estableciendo un control o cosificación del sujeto y su situación. No obstante, el esfuerzo por instaurar cambios y adecuar lo que atañe al quehacer profesional, ha permitido acumular un saber-hacer y un deber ser, que en un momento dado –si se lo permiten- pueden configurarlo como potencialidad, en el momento de tomar en cuenta los desafíos que presenta el contexto inmediato donde desarrollan sus prácticas profesionales.

En esta medida, no sólo es un llamado a construir un conocimiento fundado, sino que también debe ser visible y sensible el sentido del mismo en aras de Resignificar nuestra práctica profesional en la sociedad, por esta razón, asentimos y hacemos extensivo el llamado a *“tener en cuenta que la intervención social, es un campo social en debate pero también un campo en construcción, ya que son múltiples las profesiones y particularmente son muchas las disciplinas, que tratan*

---

<sup>31</sup> Cuando hacemos referencia a los aportes intelectuales, hacemos alusión a aquellos programas en los cuales Trabajo Social ha creado o ha participado activamente dentro del Hospital Universitario del Valle, entre ellos se encuentran: Clínica del tabaquismo, programa VHIDA, programa MIMHOS, protocolo de atención de abuso sexual infantil, entre otros.

*hoy de transitar articulando la construcción de un conocimiento de lo social con la búsqueda y construcción de sentido de un horizonte de intervención en lo social. A mediano y largo plazo, si no se asumen estos desafíos muchas de las disciplinas y profesiones, estarán irremediablemente sometidas a perder vigencia ó incluso a desaparecer, dadas las demandas sociales existentes, desde los sujetos, las poblaciones, las instituciones y los nuevos contextos sociales y políticos” (Estrada. 2009:79).*

#### **4.3. Fundamentación teórica**

Teniendo en cuenta lo mencionado y buscando comprender la fundamentación que tienen cada uno de los profesionales con respecto a su proceso de intervención, consideramos pertinente indagar acerca de ***lo qué entienden por el término de paradigma***, puesto que el mismo se configura como un elemento inherente en toda construcción conceptual. En este plano, encontramos que la totalidad de los informantes definen que dicho concepto se relaciona con algo permanente en el tiempo, que es estático e inamovible al cual recurren como referente teórico.

En cuanto al conocimiento sobre la tipología, constatamos que la mayoría de los informantes, respondieron no tener conocimiento acerca de estos. Sólo uno de ellos señaló la existencia de dos paradigmas: el conductual y el psicoanalítico; en esta línea, aducimos que el equipo profesional de trabajo social entiende el paradigma como un modelo teórico o de referencia, sin otorgar mayor profundidad en cuanto a su conceptualización y tipología, revelando así el desconocimiento en cuanto a las aproximaciones conceptuales que deben delinear en materia teórica, la construcción de su proceso de intervención.



Si bien, estas aproximaciones conceptuales son abstractas en la cotidianidad del quehacer profesional, fue importante aterrizar nuestra indagación en cuanto a **las teorías que ha respaldado las intervenciones realizadas** por parte de los profesionales, es así como la mayor tendencia de las respuestas aducen que la teoría sistémica adquiere un fuerte reconocimiento debido a su aplicabilidad. En tanto que, la menor tendencia revela opiniones distintas; en este punto, uno de ellos refirió no aplicar ninguna teoría puesto que sus funciones son netamente administrativas; mientras que otro manifestó no recordarlas refiriendo que su egreso de la Universidad se presentó hace mucho tiempo.

En la misma línea, la mayoría señaló que las **nociones principales que facilitan el sustento frente al proceso de intervención**, permiten ver que los conceptos más relevantes hacen alusión al conocimiento de las dinámicas de la familia, teniendo en cuenta lo referente a las características particulares de cada uno de los subsistemas (parental, conyugal), así como también, el ciclo vital familiar y la comunicación; mientras que la minoría, señalaron conceptos relacionados con aspectos socio-culturales y/o económicos. Lo anterior, refleja la limitación existente en cuanto al conocimiento y a la puesta en práctica de las teorías, en tanto se han encasillado al conjunto de nociones que forman parte de la teoría sistémica, dejando de lado supuestos conceptuales que pueden ser útiles al momento de construir un conocimiento argumentado y específico de las problemáticas atendidas en la institución hospitalaria.

Con relación a lo mencionado, hemos indagado además **sobre el papel de su formación profesional** y el aporte que le ha brindado a su desempeño en el campo de la salud. La idea principal, es resaltar la relación que los profesionales establecen no solamente entre la teoría y la práctica, sino también el nivel de

reconocimiento que le dan a su experiencia académica (ya como una experiencia pasada) y la relación que establecen entre la teoría y su quehacer profesional.

Frente a esto, la tendencia mayoritaria coincide al afirmar, que si bien es cierto su proceso de aprendizaje les ha brindado algunas herramientas, ha sido la experiencia el principal elemento para fortalecerse dentro del campo de la salud junto con los elementos básicos ofrecidos por la academia. A diferencia de esto, la minoría afirmó que las herramientas teóricas han sido escasas, por lo que consideran limitada su formación al momento de compararla con las nuevas generaciones. Por su parte, sólo una de las entrevistadas enfatiza que la academia no le ofreció las herramientas suficientes para trabajar en este campo, sino que por el contrario siente que hubo un abstracto absoluto.

En lo referente a la formación profesional, los trabajadores sociales hacen explícita la importancia otorgada a los conocimientos adquiridos más a partir de su experiencia laboral que desde la misma academia. En correspondencia con lo mencionado, las respuestas denotan la brecha generacional en lo que respecta al periodo de egreso, siendo visibles los cambios favorables que se han producido en cuanto a la cualificación de los recientes profesionales, en relación con aquellos que dejaron hace un tiempo considerable la academia, quienes además subrayan una desventaja en lo que se refiere a los elementos para desempeñarse dentro del campo de la salud.

A partir de lo descrito, deducimos que la fundamentación teórica en trabajo social ha sido dinámica y cambiante, por consiguiente compartimos lo enunciado por López, Muñoz y Vargas (2009:193) cuando afirman que la configuración

epistemológica de trabajo social cambia en consecuencia de su devenir histórico, en este sentido, las autoras citan a Morán para asentar que *“el sustrato epistemológico presente en cada momento histórico, es decir, esa relación teoría-práctica en la intervención profesional no siempre ha sido la misma, pues dependiendo del paradigma o cosmovisión de mundo se significa no sólo su naturaleza sino además la lente desde donde confiere sentido a sus objetos y al cómo de la acción investigativa e interventiva”*.

Por ende, creemos que el conocimiento en los profesionales debe retroalimentarse en aras de permanecer y trascender al momento de justificar los argumentos sobre las apreciaciones de un fenómeno en particular. Es así, como ésta fundamentación se convierte en un elemento decisivo al momento de orientar durante y después del proceso de la atención integral, no obstante, aquí también yace un encuentro de responsabilidades por parte de la academia y la normatividad, en la medida que su incidencia traza y regula en su totalidad la acción profesional.

Con relación a lo expuesto por los profesionales, sobre los conocimientos frente a la definición de paradigma, podemos constatar que en general expresan una noción imprecisa de lo que “significan” como paradigma, en tanto lo conciben como una teoría que si bien forma parte de éste no se agota en las mismas, puesto que su conceptualización tal como lo refiere Ritzer hace alusión a *“una imagen básica del objeto de una ciencia, que sirve para definir lo que debe estudiarse, las preguntas que es necesario responder, cómo deben responderse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia y sirve para diferenciar una comunidad científica (o subcomunidad) de otra. Subsume,*

*define e interrelaciona los ejemplares, las teorías y los métodos e instrumentos disponibles (1997.598)”.*

En contraposición, a lo planteado en donde señalan que el paradigma es algo inmutable o inamovible, están desvalidando una de sus principales características, la cual precisamente reconoce su carácter transitorio, puesto que los mismos a medida que pasa el tiempo pueden ser refutados y remplazados por las tendencias sociales emergentes. En este punto, es importante resaltar el trabajo realizado por López, Muñoz y Vargas (2009:196) cuando exponen los sucesos que han acaecido desde el paradigma positivista – estructural – funcionalista, el paradigma socio – crítico o conflictivista y el paradigma comprensivo – hermenéutico, rescatando los avances que tuvieron en su momento y que en la actualidad, conforman una reflexión que ha llevado a reconfigurar el lugar que ocupa el trabajo social en la contemporaneidad *“Hoy se busca superar la mirada instrumental propia de la intervención tradicional, tratando de ubicar críticamente la acción desde Trabajo Social en un mundo globalizado, en el que la incertidumbre transversaliza la actividad humana”*. Desde nuestro punto de vista, consideramos que vale la pena reconocer la relevancia de comprender e interiorizar los diferentes paradigmas existentes, puesto que nos permiten interpretar desde lo social, experiencias, creencias y valores que determinan la forma en que un individuo percibe y responde ante la realidad.

En cuanto, al reconocimiento de aplicación de referentes teóricos al momento de abordar, vemos que la mayoría de los profesionales reconoció que la teoría sistémica se ha constituido en un elemento fundamental al momento de respaldar las intervenciones; se demuestra desconocimiento en algunos cuando aluden que no aplican la teoría debido a que sus funciones son administrativas o simplemente

no las recuerdan, en este sentido cabría preguntarse ¿Cuáles serían los aportes de aquellas intervenciones profesionales que no cuentan con dicha fundamentación o si es en realidad el contexto el que no lo amerita?

Pese a que los profesionales, no hacen explícita la aplicación de la teoría durante la atención, los mismos atribuyen importancia a las nociones principales de la teoría sistémica, en la medida que han notado su utilidad dentro del proceso de intervención, permitiéndoles la identificación de las características particulares de los subsistemas (conyugales, parentales), las etapas del ciclo vital de la familia del paciente y el tipo de comunicación que tiene la población que llega al HUV.

Frente a esto, es notorio que el modelo de intervención empírico-analítico toma una mayor presencia, precisamente porque en el poco conocimiento manifestado, se distinguen varios marcos conceptuales que se inscriben en él: la teoría sistémica es ejemplo de esto. De esta forma, concluimos que es posible que la práctica profesional que los trabajadores sociales lideran se mueva a partir de estas perspectivas teóricas, que si bien, no logran identificar en el marco de un determinado paradigma, si aparecen como supuestos implícitos que movilizan su quehacer.

Ante lo mencionado, existe total correspondencia en términos del cuestionamiento que los profesionales manifiestan frente a la influencia que ha tenido la formación profesional, en lo que respecta al rol que debe desempeñar el trabajador social en el campo de la salud. A pesar de existir generalidad, al exteriorizar que es la experiencia lo que ha permitido construir durante éste tiempo su perfil, se revela la necesidad de los profesionales por actualizar sus conocimientos mediante la realización de estudios de posgrado, diplomados o seminarios, lo cual es un deber

de las instituciones educativas articular la demanda que presentan aquellos escenarios profesionales con las nuevas premisas que traen las propuestas de formación y acción profesional.

Aunque comprendemos, que la formación profesional ha estado fuertemente mediada por las dinámicas de tipo estructural, los anteriores cuestionamientos invitan a pensar sobre ¿cuál es la manera cómo se ha construido o se están construyendo las herramientas profesionales –para éste caso, los profesionales de trabajo social en el campo de la salud- desde las diferentes unidades académicas?; lo anterior implica no sólo debatir sobre los aspectos teóricos – metodológicos adquiridos en la academia, sino también evidenciar las consecuencias generadas en los “otros” a partir de dichas prácticas en términos de las apuestas éticas que “debe” llevar implícitamente la acción profesional.

Consideramos, que una de las tareas que permitiría fortalecer la fundamentación teórica para la profesión, sería el establecimiento de un espacio de discusión interinstitucional en el cual establezcan la posibilidad de cuestionar los nuevos postulados conceptuales, donde los profesionales de trabajo social tomen posturas frente al perfil, con el objetivo de promover la legitimación del quehacer, tanto en la práctica de la intervención, como en el proceso investigativo dentro del campo de la salud; por lo cual, su importancia radicaría en la viabilidad de conceptualizar e interpretar los fenómenos sociales presentados al interior del campo problemático.

En esta medida, la apropiación de la teoría en tanto recurso explicativo de los procesos sociales, sienta las bases para entender la particularidad de la cuestión social, logrando instaurar los procedimientos operativos que facilitan el proceso de

la intervención profesional, tal como lo expresa Matus (1999:26): *“Lo que se propone es resignificar el concepto de Trabajo Social, situarlo en un horizonte de intervención que tenga como fundamento una rigurosa y compleja comprensión social, recapturando la tensión existente en él entre teoría y praxis. De este modo, se busca poner en evidencia que toda intervención es capturada a partir de un lugar teórico, a partir de un modo de ver. Consecuentemente, no hay intervención sin interpretación social”*.

A partir de lo mencionado, logramos comprender que el papel sobre la formación académica planteada por los profesionales, presenta confusiones al momento de construir el campo debido a la tensión develada al establecer la relación entre la necesidad de consolidar un conocimiento para la disciplina y el aporte que hacen las instancias legitimadas desde el campo académico; es decir se vislumbra que es importante, que tanto la academia como el profesional que se encuentra inmerso en un escenario concreto, construyan un acercamiento permanente que favorezca el intercambio de saberes y con ello crear un modelo pedagógico propio que responda a las demandas del contexto, tal como lo expone Cazzaniga (2005): *“un campo disciplinar se construye en torno a un conjunto de problemas e interrogantes acerca de ciertos aspectos de la realidad sobre los que existe una pretensión de comprensión – explicación – denominación – transformación”*.

Por tal razón, hablar de “producción disciplinar” en el ámbito de la formación profesional, implica la investigación decidida sobre la realidad social; se trata de una producción que habilite la argumentación de la propia intervención, permitiendo el posicionamiento crítico de sus agentes en la medida que aportan a la construcción de la teoría social, consolidando los aspectos teóricos, metodológicos, éticos y políticos de un proceso en el que los sujetos construyen y

configuran la sociedad y le dan sentido a su vida, porque es a través de esa construcción, donde se pueden explicar los aspectos más significativos de la vida social.

#### **4.4 Fundamentación metodológica**

En consonancia con lo expuesto, al pensar la intervención de trabajo social en el HUV, no sólo implica describir el papel que cumple la fundamentación teórica en éste proceso, sino también definir cuál es la forma como los profesionales han precisado la fundamentación metodológica del mismo, puesto que la una depende inexorablemente de la otra. Es decir, que una vez se ha intentado describir el papel de la formación teórico-conceptual en las prácticas de intervención del equipo de profesionales; miraremos entonces la dimensión metodológica y la forma en cómo es trazada y definida en los procesos de intervención que los mismos lideran. Con esto, se irá ampliando la caracterización del quehacer profesional y el papel que cumple en los procesos de intervención en el campo de la salud.

En este plano, iniciamos con un interrogante general acerca de ***lo que los profesionales entienden con respecto a la metodología de sus prácticas de intervención***; encontrándonos que la totalidad de las respuestas logran evidenciar que los entrevistados conciben que la metodología es el “como” o la forma en la que se construye un plan de intervención, entendiendo que en ella se incorporan un sinnúmero de lineamientos, pautas concretas y métodos para tener en cuenta al momento de abordar dentro de la intervención una determinada problemática, sea a nivel individual, grupal o comunitaria. En complemento con lo anterior, también conocimos ***lo que ellos entienden por método de actuación***, evidenciando que la mayoría, coincidieron en comprender que el método de



actuación es una serie de pasos o la manera como se lleva a cabo un proceso de intervención para abordar al paciente; mientras que la minoría no respondió o comentaron no conocer dicho concepto.

Otro elemento que tuvimos en cuenta dentro de los planteamientos expuestos para esta categoría, fue ***el conocimiento que tenían acerca del concepto de proceso metodológico de intervención***, ante ello, la mayoría de los informantes lo identificaron como una serie de pasos y estrategias para alcanzar el objetivo trazado en la intervención, donde se tienen en cuenta algunos elementos como por ejemplo: Las metas, las técnicas y demás herramientas que contribuyen en la realización de la misma. A diferencia de los anteriores, la tendencia minoritaria no respondió a la pregunta realizada, mientras que sólo una de ellas hizo referencia a uno de los componentes de dicho proceso, refiriéndose a la fundamentación teórica, considerándola como un acto fundamental que sustenta toda intervención.

Así, es posible establecer que los profesionales se aproximan adecuadamente en lo que respecta a los términos metodología y método, estableciendo que la primera hace un engranaje conceptual y metodológico de la intervención en lo social, a su vez, reafirmando que la segunda es la que operativiza dicho proceso llevado a cabo en la institución. En cuanto, al proceso metodológico, se ratifica que existe conocimiento de algunos elementos claves para su ejecución, es decir que pese a la importancia que le otorgan a su inclusión, dejan de lado los aspectos teóricos, los cuales son fundamentales en la medida que les permiten sustentar su estrategia; es así, como se puede inferir que su metodología tiende a ser de tipo técnico, lo cual representa una limitante en la construcción del objeto de intervención y por ende da paso al desequilibrio en la legitimación del quehacer profesional.

Como se puede ver, los profesionales señalan en sus respuestas de forma general, un mayor conocimiento acerca de lo que es la metodología y lo que esto implica en sus procesos de intervención, relacionando y ubicando la estrategia metodológica, como una pauta o un trazado de pasos a seguir que permiten ir construyendo una propuesta de intervención. Aunque no existe un consenso, los profesionales se mostraron más libres al responder y no presentaron tantos vacíos o desconocimiento como en la anterior sección en la que se abarcó la dimensión teórico – conceptual.

Con el propósito de profundizar en la cuestión, se indagó acerca de la **importancia de utilizar un método para fundamentar la intervención profesional**, fue así como la totalidad resaltó que el método permite establecer un norte y una organización a la intervención, afirmando que no es responsable ni ético actuar superficialmente, puesto que lo anterior demuestra tener poca claridad frente a lo que se va a hacer. De igual forma, fue pertinente visibilizar cuáles han sido las **técnicas que durante el proceso de intervención** han tenido mayor utilidad para los profesionales, denotando que la mayoría asintió que la entrevista y la observación representan herramientas metodológicas claves al momento de abordar los diferentes casos.

A diferencia de estos, la minoría hizo alusión al uso de la “técnica de la inducción” refiriendo que ésta consiste en llevar al paciente a espacios de reflexión, promoviendo la identificación de las causas y consecuencias de la situación actual; así como también la aplicabilidad de la planeación estratégica, la cual ha permitido desarrollar un perfil dentro del área administrativa.

Al parecer, los trabajadores sociales asumen que el método hace parte fundamental del quehacer profesional, en la medida que les permite orientarse dentro de sus prácticas cotidianas y de acuerdo con sus planteamientos, el mismo deja entrever el profesionalismo de su accionar en los diferentes escenarios. Por otra parte, se evidencia que en algunas unidades se desarrollan procesos que permiten la aplicación de una serie de técnicas, que fortalecen el acercamiento con la población usuaria; no obstante, nos llama la atención que no existe un reconocimiento explícito de éstas, sino que por el contrario restringen su conocimiento a sólo dos de ellas: la entrevista y la observación.

En esta medida, al momento de ***indagar acerca de cuál es el modelo de intervención que les ha permitido desarrollar su estrategia de intervención***, la mayoría coincidió en responder que el modelo sistémico, en crisis y el comunicacional les ha posibilitado argumentar su estrategia, afirmando que el último facilita estudiar algunas problemáticas de la población, entendiendo que hace parte de un sistema en donde la interacción no sólo es establecida entre el individuo y su familia, sino que también es instituida con la sociedad; del mismo modo, refieren la pertinencia de tener en cuenta algunos aspectos fundamentales del individuo, entre ellos: sus condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas, es decir, todo el sistema en donde esté inmerso el individuo.

No obstante, la minoría manifiesta una opinión diferente cuando aluden que la aplicabilidad del modelo depende del momento y por ende el profesional no debe encasillarse a la hora de realizar la intervención. De acuerdo con lo anterior, podemos inferir que los profesionales tienen afinidad en la utilización de un modelo sistémico, puesto que les brinda un panorama más cercano de las dinámicas familiares y del contexto del cual provienen, facilitando así la inclusión

del componente social, dentro del diagnóstico requerido al momento de ingresar a la institución.

Respecto a lo descrito, en lo que concierne al ámbito metodológico de la intervención de trabajo social en el HUV, surge desde nuestra interpretación una mirada homogénea frente a la forma como asimilan los profesionales el concepto de metodología y método de actuación, revelando que los anteriores hacen referencia al “cómo” de la intervención y entendiendo que en ellos se concretan las pautas o los lineamientos de la misma. En este punto, vemos la necesidad de hacer algunas precisiones con respecto a la intencionalidad que tienen, tanto el concepto de método como el de metodología, por lo cual retomamos a Vélez (2003) quien sostiene que *“la metodología como proceso, integra unos supuestos o puntos de partida teóricos y filosóficos que soportan o fundamentan la visión general o preliminar (muchas veces apriorística) de la realidad en que se va a actuar, los lineamientos o primera sistematización analítica producto del contacto directo con la realidad específica, las pautas de acción o posibles rutas a seguir en el accionar práctico, los métodos o modos específicos de actuación, y las técnicas o herramientas a través de las cuales se implementan las acciones correspondientes”*.

Lo anterior, marca la trayectoria que el grupo de trabajadores sociales deberá asumir a partir de una revisión colectiva y sus intencionalidades en la práctica profesional, con el propósito de interiorizar el método como una concreción de la metodología. Es decir, que la misma tendrá que comprenderse como una forma de actuación profesional, que no puede reducirse a la sucesión lineal de acciones que apliquen rígidamente esquemas que vayan en contravía de las expresiones particulares de la realidad; reafirmando así la necesidad del grupo para establecer

puntos de encuentro que permitan converger en los conceptos y de esta manera hablar en un mismo idioma.

En lo que respecta a los vacíos identificados en algunas de las respuestas manifestadas, denotan que existe poca claridad frente a los conceptos anteriormente planteados, por lo cual se hace necesario establecer una salvedad en términos de la utilidad social que cumple el trabajo social dentro del HUV; si bien es cierto, que la profesión responde cabalmente a sus funciones ocupacionales dentro de la institución, las respuestas afirman que la tendencia es la reflexión empírico – analítica durante el proceso de atención, contradiciendo la intencionalidad o “el deber ser” de los métodos y la metodología, en consecuencia, afectando no sólo el sustento de la práctica profesional sino también la construcción del conocimiento, que permita vislumbrar la especificidad de la profesión dentro de la institución. Según el Viscarret (2007:62), quien cita Aylwin de Barros *“el método de Trabajo Social debe intentar conseguir un enfoque científico de los problemas prácticos y para ello debe basarse en el conocimiento científico que existe, con la ayuda de los métodos científicos y por medio de la sistematización de la práctica, la cual permite contribuir a su vez a la generación de conocimiento”*.

De esta manera y con el propósito de dar continuidad a lo que se ha venido exponiendo, resulta relevante tomar las voces de los entrevistados cuando dan cuenta de lo que denominan proceso metodológico; aunque se evidencian nociones frente a las técnicas, los modelos de intervención (modelo en crisis, el comunicacional y el sistémico) como también la pertinencia de incluir aspectos psicosociales, se observa que los mismos no logran concretar la información obtenida, puesto que su estrategia metodológica es ajena al componente de la

sistematización; componente que facilitaría la cualificación de la práctica profesional, dando paso a la reflexión sobre los aciertos y errores que permitan aportar a la construcción del conocimiento sobre la realidad específica donde se está actuando.

Sin embargo, consideramos que frente a la Unidad de Urgencias, es necesario hacer una excepción puesto que la inmediatez del servicio dificulta concretar la incorporación de dicho componente, en la medida que el día a día se pierde en acciones puntuales (diligenciamientos de formatos de estudios sociofamiliares y encuestas económicas que permitan la vinculación al Sistema de Salud) que responden simplemente a las demandas que tiene que cumplir el hospital.

De acuerdo a lo subrayado y reconociendo la importancia de la metodología dentro del proceso de intervención, resulta oportuno concretar los puntos de vista de los profesionales, cuando a través de sus descripciones le confieren importancia a la utilización del método, argumentando que su aplicación les facilita la realización de intervenciones “bien estructuradas”, convirtiéndose en su norte para no caer irresponsablemente en una práctica superficial. No obstante, nos llama la atención, cuando los mismos advierten en sus discursos las implicaciones que trae realizar dicha intervención, es decir, si es de conocimiento las consecuencias ¿Por qué razón, aun continúan reproduciendo dichas prácticas dentro de la institución?. En este sentido, consideramos que lo mencionado advierte una contradicción, ya que, tal y como lo hemos mencionado en algunos apartados de éste documento, la información obtenida da cuenta que la sustentación teórica en el proceso de intervención, pierde peso al momento de

abordar las situaciones problema, lo cual es palpable en los vacíos presentados frente a los interrogantes realizados en alusión al tema<sup>32</sup>.

Creemos que lo anterior, guarda una estrecha relación con los modelos de intervención y las técnicas adoptadas, ya que los profesionales asumen que la metodología de intervención que han empleado (modelo sistémico), les permite agenciar su intervención; sin embargo, consideramos que los mismos han dejado en segundo plano las herramientas teóricas que trae consigo éste modelo (es decir la teoría sobre los mecanismos de defensa y de relaciones sociales) y han establecido una mayor afinidad en los instrumentos que ofrece el modelo de atención psicosocial (refieren que las técnicas mas utilizadas son la entrevista y la observación), en este caso, las fases comunes que trae el modelo sistémico (estudio, diagnóstico, plan de trabajo, tratamiento y evaluación) son reemplazadas por un proceso cíclico, en donde se hace una exploración al “cliente” con su necesidad, con el objetivo de direccionar un diagnostico y posterior tratamiento.

En este sentido, vemos que lo teórico - metodológico cobra sentido en el momento que se logra establecer una diferencia entre metodología y método, en aras de clarificar que las anteriores no tienen una connotación netamente operacional, sino que por el contrario su utilidad radica en la orientación de procedimientos que son respaldados por supuestos teóricos, que regulan la construcción del conocimiento llevando a que dicha combinación, aísle la concepción reduccionista y facilista de abordar la realidad social, garantizando por consiguiente una acción pertinente que aporte los elementos claves para una reflexión crítica, encaminados a modificar las nociones conceptuales trabajadas en la actualidad.

---

<sup>32</sup> Para constatar lo anterior, remítase a las descripciones con referencia a lo teórico que se encuentran en este documento.

#### 4.5. La noción de campo

En concordancia con el desarrollo del estudio, resulta pertinente profundizar acerca de las nociones que los profesionales tienen sobre lo que denominan Campo de Salud, entendiendo que es aquí donde emerge la particularidad del rol profesional de trabajo social, ya sea por su sistema de interacciones como también por el surgimiento de los diferentes objetos de intervención que suscitan de la realidad social abordada.

Por esta razón, al momento de indagar **acerca de la noción de campo de la salud** y la concepción que tienen los profesionales del mismo, se encontró que la mayoría lo reconocen como un espacio de intervención o de acción complejo, donde el profesional juega un papel fundamental en la medida que contribuye al mejoramiento y al bienestar integral de las personas, estableciendo una relación directa con la formulación de políticas para la seguridad social, los entes reguladores, los entes administradores, las instituciones prestadoras de servicios (tales como las IPS o las EPS) como también los actores del servicio de salud y los usuarios. Por su parte, la minoría no respondió al interrogante y sólo una opinión de manera diferente, refiriendo que el campo da pie para la conjugación de intereses particulares que van en contra del bienestar de la comunidad. De manera general, se puede apreciar que los entrevistados asumen el campo como ese espacio de interacción donde emerge un sinnúmero de relaciones y conexiones extramurales, privilegiando del mismo modo la labor y las gestiones que ellos agencian, sin desconocer los vacíos con relación al término.

En cuanto a lo que piensan los entrevistados acerca de **las labores que realiza trabajo social dentro del campo**, observamos que existe una mayor tendencia en quienes opinan que hace falta posicionamiento de la labor en la institución,



refiriendo que el profesional no sólo debe asumir funciones concretas vinculadas a su rol, sino que también debe fortalecer sus conocimientos a partir de los conceptos teóricos contemporáneos, los cuales permitirían cualificar la intervención y contribuir tanto en la desmitificación de la imagen asistencialista - administrativa, como también lograr el reconocimiento por parte del sector como profesionales de la salud. Pese a lo anterior, la minoría opinó que la labor del trabajador social ha evolucionado con relación a su imagen y que ésta paulatinamente ha sido reconocida dentro del campo debido a los cambios presentados en la conceptualización de la salud.

No obstante, sólo una de las profesionales manifestó que la labor del trabajador social es compleja, considerando que no es posible delimitar la atención u orientación a una sola problemática social o grupo poblacional, debido al nivel de complejidad manejado en la institución. Se podría pensar entonces, que los profesionales consideran el fortalecimiento en lo que respecta a los marcos teóricos, como una forma de sentar cimientos frente al quehacer profesional que permite deconstruir una imagen gestada a través de su historia y promueve la reflexión sobre la incorporación de aspectos conceptuales, que incluyen el componente integral, el cual brinda la posibilidad de trascender hacía la construcción de un nuevo perfil, que vaya a la vanguardia de las problemáticas que han venido surgiendo y que requieren recibir atención desde las diferentes miradas.

Frente a la ***identificación de los objetos de intervención de Trabajo Social dentro del campo de la salud***, se evidenció que la mayor tendencia presentó desconocimiento a este planteamiento. Por su parte, la minoría mostró dificultades para establecer la diferencia entre el objeto y los objetivos de la intervención,

relacionándolo con algunos conceptos como los estilos de vida, las situaciones que generan un riesgo dentro de la problemática de salud, la familia y los pacientes. Sólo una de ellas, señaló que el objeto de intervención se orienta hacia la promoción y la interacción. Aunque se denotan mínimas aproximaciones en cuanto al término, se puede apreciar que existe un desconocimiento y una confusión en lo que atañe a su significado, lo cual dificulta tener claridad frente al accionar profesional y frente a la construcción de un conocimiento particular de las múltiples problemáticas abordadas dentro de la institución.

Con relación a lo descrito y con el ánimo de ampliar esta categoría, creímos relevante ***indagar sobre cómo consideran la relación establecida entre el profesional de trabajo social con los médicos y las enfermeras***, encontrando que la tendencia mayoritaria la concibe como una relación manejada en buenos términos, pero conservando la imagen asistencial – administrativa de la profesión; generando por consiguiente, la naturalización de un estereotipo por parte del equipo médico y de enfermería, el cual ha ocasionado una sensación de discriminación y resistencia en algunos trabajadores sociales, en la participación de espacios concretos como la revista médica y limitando la misma a eventuales socializaciones en casos prioritarios.

Sin embargo, la minoría refiere que la relación establecida es buena y cercana, exaltando valores como el respeto hacia los aportes brindados en el proceso de atención, reiterando que lo anterior ha generado una alta participación dentro del equipo de trabajo. Entre tanto, sólo una de las respuestas se inclinó a señalar que la relación establecida con el médico es de tipo formal, mientras que la instaurada con la enfermera es más directa, debido a que la profesional ha ejercido durante el

proceso de atención integral un rol de intermediadora entre el médico y el trabajador social.

En cuanto a ***las relaciones establecidas con los entes institucionales y gubernamentales que están dentro del campo de la salud***, la mayoría mencionó de manera general que dicha relación ha sido buena y no sólo han brindado un apoyo para las gestiones realizadas dentro del hospital, sino que también han permitido fortalecer las interacciones profesionales con diversas instituciones de la ciudad. De esta forma, los entrevistados reiteraron que el ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaria de Salud Pública, la Secretaria Municipal, la Policía de Menores, el Caivas y la Red del Buen Trato, son las instituciones que predominantemente el equipo de profesionales reconoce y con quienes crean una comunicación directa.

Si bien, se presenta un avance en lo que tiene que ver con el posicionamiento de trabajo social en la institución, se hace notorio que la distancia en las relaciones profesionales toma fuerza dentro de la subjetividad de los trabajadores sociales, dando lugar a una participación pasiva, que por demás termina coartando su potencial. Un panorama diferente, se presenta en las relaciones con los diversos entes, quienes reconocen que la labor realizada ha permitido estrechar los vínculos con las redes sociales existentes a nivel local, regional y departamental.

Con base en lo anterior, se tiene en cuenta que el proceso de intervención se desarrolla en el marco de una limitada comunicación interdisciplinaria, lo que sugiere desde luego, que la profesión y sus prácticas de intervención se construyen en relación con otros saberes y con profesionales de disciplinas distintas, que tal vez poseen una mayor jerarquía en el campo de la salud. Así

mismo, se observa que el trabajo interinstitucional cobra una gran fuerza, lo que destaca que la legitimidad de la profesión en el campo está dada por instituciones externas al Hospital Universitario del Valle.

Todo esto cobra un sentido, precisamente porque los profesionales hablan de su contexto de práctica y desde ese saber que sólo la experiencia les permite conocer; podemos ver que el proceso de intervención no se construye solamente a partir de un conocimiento especializado, sino que además debe ser contemplado desde el escenario en donde las prácticas producen una determinada forma de intervención, que es posible conocer a través de la experiencia, los sentidos y las vivencias que reconstruyen los profesionales y sobre lo cual pueden describir a profundidad el quehacer profesional del trabajador social en el ámbito concreto del campo de la salud.

Como pudimos apreciar en los planteamientos de los entrevistados, en lo que respecta a la noción de campo, lo descrito visibiliza que existe una perspectiva uniforme cuando refieren que el concepto hace alusión a “un espacio” donde se da lugar a la construcción de relaciones de alianza y/o conflicto como lo denomina Bourdieu. Es decir, que se constituye en el lugar donde se presenta la interacción profesional y es precisamente aquí donde creemos posible instituir interacciones que faciliten el desarrollo pleno de los conocimientos que tiene el trabajador social frente al proceso de intervención, vislumbrando la posición que ocupa dentro del mismo; es así, como deben asumir positivamente acciones que contribuyan a la apropiación del espacio, dejando entrever la pertinencia de los aportes en el abordaje integral con respecto a los servicios de salud.

En sintonía con lo mencionado, la importancia de contemplar el campo de la salud como un “espacio” de intervención por parte de los profesionales, lleva a apreciar la necesidad de entender que el mismo, permite configurar la posibilidad de abordar la construcción de los diferentes objetos de intervención, aportando desde el trabajo social elementos para la potenciación del empoderamiento social, el desarrollo de programas que justifican el bienestar y la garantía de los derechos fundamentales.

De las anteriores consideraciones, es preciso también inferir, como el denominado campo de la salud, devela las diferentes relaciones que se tejen dentro de él y que tienen que ver con las posiciones de valor que ocupan los actores dentro de un espacio social determinado, las cuales se establecen a partir de ciertos códigos y experiencias que regulan las mismas. En consecuencia, Bentura (2006:40) advierte que en el campo se configuran luchas de poder específicas, en donde los recursos de valor cobran fuerza en la interacción cotidiana, otorgando un lugar dentro de la configuración de poderes que han surgido en el espacio social, es así como señala que *“en un campo de poder donde la lucha por la distribución de dichas espacios es muy difícil de modificar, debido a la configuración de un poder médico hegemónico y una subordinación del Servicio Social producida desde su génesis. Y creemos, que posiblemente sea imposible si los profesionales no logran una formación académica que les otorgue mayor capital (de un capital valorado en este campo) para competir”*.

En este sentido, traemos a colación lo planteado, cuando hacen alusión al bajo reconocimiento gestado dentro de la institución, ante lo cual se constata que la conservación del carácter asistencial y caritativo que ha permeado la historia de la profesión dentro de las instituciones hospitalarias, continúa con la naturalización

de éste perfil, que indudablemente juega un papel determinante en el tipo de relaciones concretadas con los médicos y enfermeras en el HUV.

Frente a esto, es oportuno preguntarnos ¿Cuáles son los factores que realmente afectan la dinámica de las relaciones entre los profesionales?, O si por el contrario ¿esto obedece más a un aspecto actitudinal del equipo interdisciplinario para abrirse a las nuevas propuestas que ofrece el quehacer profesional de trabajo social en la institución? Lo anterior, es manifestado cuando los trabajadores sociales perciben actitudes de discriminación y subvaloración de su quehacer, generando resistencia y baja participación de los profesionales en actividades puntuales, invisibilizando las actividades propias de la profesión y afectando la autoimagen y el liderazgo del grupo dentro de los equipos interdisciplinarios con los que interactúa; por lo cual, notamos correspondencia cuando los trabajadores sociales, consideran que su relación con los médicos y enfermeras de las Unidades no es cercana.

De ahí, la exigencia para que los trabajadores sociales fortalezcan sus prácticas profesionales y a su vez confíen en sus conocimientos, valorando sus potencialidades al momento de ejercer su rol dentro de cada Unidad; consintiendo la oportunidad de participar de forma más activa y constante en las decisiones o procedimientos llevados a cabo desde el equipo de profesionales, reforzando de esta forma, la credibilidad en los procesos de intervención que pueden llegar a desempeñar. *“Si los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud no tienen herramientas teórico-metodológicas que les permita generar esas estrategias quedan sin posibilidad de pelear un mejor lugar”* (Bentura. 2006.39).

En consideración con lo mencionado, asentimos que probablemente lo anterior pueda estar sujeto a la influencia que ejerce la visión institucional frente al quehacer de la profesión, teniendo en cuenta que los requerimientos estipulados con relación a las funciones del trabajador social, son puntuales y tienden a “encasillarse” en lo administrativo, junto a la conformidad que han asumido frente a las funciones impartidas. Por lo tanto, se hace necesario promover la motivación y a su vez, dar paso a la apertura de comisiones académicas que permitan a los profesionales una actualización en cuanto a los nuevos referentes teóricos, con el propósito de construir los objetos de intervención que consideran pertinentes dentro del campo.

*“En muchas ocasiones puede ser hasta comodidad porque yo me siento aquí cómoda y no me exijo entonces me quedo así, entonces puede ser comodidad, puede ser falta de recursos porque para uno actualizarse no necesariamente tiene que hacer la especialización, la maestría, sino como que estar al tanto de lo nuevo que ha salido; entonces yo pienso que recursos muy mínimo, porque yo pienso que no es una justificación... porque yo pienso que a veces nos sentimos muy cómodos en lo que estamos haciendo y como que la rutina del cada día ya lo cogemos entonces llegamos a hacer casi que lo mismo y nos acomodamos allí”  
(Profesional de Trabajo Social).*

En este orden de ideas, es pertinente preguntarnos ¿Cuál es el trasfondo del significado otorgado a lo que ellos denominan aportes?, puesto que, no se trata de asumir las funciones cotidianas como tales, sino que deben tener un sustento teórico y metodológico que trascienda hacia la construcción del conocimiento, en aras de retroalimentar los programas y/o proyectos sociales implementados dentro de la institución, afianzando la experiencia profesional adquirida. En este punto,

creemos necesario retomar lo expuesto por Salord (1990:98) cuando refiere que *“el proceso de construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la delimitación del conjunto de prácticas y representaciones que den cuenta del problema social y del tipo de interacción existente entre los sujetos sociales y el problema social”*.

Por lo anterior, es pertinente que el grupo de profesionales además de actualizarse, también reflexionen acerca de la importancia que tiene el ejercicio de delimitar las problemáticas abordadas, con el fin de generar una elaboración intelectual, constatando si los aportes realizados hasta el momento contribuyen en la construcción de la especificidad de la práctica profesional en el campo de la salud, dando paso a la reflexión crítica y por ende a la resignificación de las propias tradiciones teóricas, metodológicas y éticas, tal como lo refiere Bentura (2006:156) quien retoma a Grassi *“la práctica fue concebida, en el ejercicio profesional, como puro hacer y el mandato de la intervención se tornó en una alianza con la realidad inmediata, frente a la cual no hay duda auténtica, sino convocatoria a la modificación, con independencia de su sentido.”* En conclusión, asentimos sobre la necesidad de sensibilizarnos, ante la persistencia de los limitados alcances que han marcado el quehacer profesional a causa de las políticas institucionales, los marcos filosóficos y los lineamientos que el contexto ha determinado para la intervención en lo social en el campo de la salud.

#### **4.6. Implicaciones éticas en el proceso de intervención**

Partiendo de la idea, que hablar de intervención social, implica además tener en cuenta aspectos relacionados con lo ético, a continuación ubicaremos la descripción de aquellos elementos que definen la intención de la acción, es decir,



el fin que persigue y los alcances de sus logros en correspondencia directa con las intenciones que subyacen a la intervención que se realiza.

En este caso, sabemos que la dimensión ética, aproxima esta noción hacia el plano de los valores ético-políticos y sobre aquellos principios que orientan la práctica de los profesionales, distinguiéndose los fines y las intencionalidades del proceso de intervención, así como los obstáculos y las dificultades que atraviesan a la acción y los intereses que la orientan. Ante esto, la totalidad de los entrevistados, **comprendieron que la ética** hace alusión a una cuestión moral, que se relaciona con el actuar correctamente y está estrechamente vinculada con los principios y valores que tenga cada persona. Lo mencionado, permite entrever que indistintamente se asume la ética y la moral de la misma forma, resaltando exclusivamente lo relativo a la cuestión individual y dejando de lado lo concerniente a lo que el término implica en la vida profesional.

De esta manera, intentaremos describir ese plano de la dimensión ética que subyace a las prácticas elementales del equipo de Trabajo Social del HUV; miraremos entonces las percepciones y los criterios que guían el conocimiento ético de los profesionales y la forma cómo se concretizan en su práctica de intervención.

En este sentido, se planteó un interrogante que diera cuenta del conocimiento que ellos tienen **frente a lo que se conoce como Código Profesional del trabajador social**, ante lo cual la mayor parte de los entrevistados, respondieron de manera unánime que no tenían conocimiento sobre dicho código; mientras que la minoría de los entrevistados, que se tomaron un poco más de tiempo para recordar, señalaron que éste código hace referencia a normas, valores y principios que fundamentan la manera de proceder en determinados casos, guardando una precisa relación con la confidencialidad, el respeto y la honestidad en el momento

de realizar las orientaciones, tomando conciencia de hasta dónde puede llegar la actuación profesional.

Bajo este nivel de reconocimiento, que los entrevistados hacen del código de ética y su incidencia en el campo de acción, podemos señalar que existen vacíos en cuanto a tomar como referente principal, los planteamientos que se exponen dentro del código como guía del proceder profesional, lo que nos permite preguntar ¿cuál es el accionar ante aquellas situaciones que ponen en juego sus valores éticos y que representan dificultad al momento de tomar decisiones? ante lo cual, la mayor tendencia describió que **su gran dilema ético**, consiste en tratar de ser neutrales frente a las situaciones abordadas que involucran sus valores y principios en casos de abuso sexual, abortos, maltrato familiar y orientación a personas delictivas; mientras que la menor tendencia, se diferenció en catalogar como un dilema, el mentir frente a las valoraciones socio-económicas con el objetivo de buscar fines individuales, pues refieren que este tipo de acciones ponen en entredicho sus principios profesionales.

Comprendemos sin lugar a dudas, que es inevitable encontrar dilemas éticos a lo largo del actuar profesional, por lo cual es necesario hacer claridad sobre aquellos **principios que serán tenidos en cuenta al momento de tomar postura** frente a este tipo de decisiones, dependiendo en gran medida del criterio profesional y personal que le imprimamos a nuestras acciones; para lo cual, la totalidad de los entrevistados estuvieron de acuerdo al referir que la integridad, la honestidad, la responsabilidad, el respeto a la vida y la confidencialidad son principios innegociables.

Ahora bien, frente al planteamiento que **buscaba indagar acerca del momento en que se hace explícita la ética profesional**, la mayoría describieron que ésta

se pone a prueba todo el tiempo, más aun, cuando se toman decisiones frente a determinados casos en los que evidentemente las acciones que el profesional lleva a cabo van a afectar al individuo, por lo que consideran necesario consultarlos con otros profesionales. Por su parte, la minoría piensa que la ética profesional se hace evidente cuando actúan de manera correcta, teniendo en cuenta principios como la sensibilidad, la honestidad y la transparencia con respecto a determinadas situaciones.

Con relación a lo mencionado, es importante señalar que los profesionales, si bien es cierto, no hablan del sentido ético-político que subyace a su práctica de intervención, si denotan que desde su propia experiencia las condiciones de su quehacer exige sin lugar a dudas constantes reflexiones y toma de decisiones que implican valorizar y darle un sentido a una situación.

De esta manera, podemos acotar que la intervención en lo social trae consigo dimensiones éticas que para los profesionales de trabajo social del HUV, quedan en evidencia todo el tiempo, permitiendo con ello dar cuenta de las diferentes percepciones que tienen sobre las problemáticas de los pacientes y su posible solución.

Frente a lo expuesto, es oportuno rescatar la importancia que cada uno de los profesionales le otorga a la dimensión ética, en aras de evidenciar que inherentemente hace parte del proceso de intervención profesional, como elemento formal del quehacer cotidiano de los profesionales de Trabajo Social, estableciéndose de alguna manera, un marco regulador de las relaciones que la profesión constituye con los usuarios, las instituciones y el colectivo profesional.

En este sentido, al considerar a Barroco (2003:78) quien aduce que la ética debe ser una “práctica libre y consciente”, se puede decir que para el equipo de Trabajo Social, tal definición representa una dificultad debido a la convergencia de principios personales privilegiados sobre los profesionales, que de alguna manera inciden en su hacer cotidiano y que evidencian una marcada confusión en la terminología de ética y moral, por lo que se termina asociando bajo un mismo criterio las dos nociones.

De esta forma, tomar como referencia lo expuesto por el autor para entender que la ética no es la “*mera prolongación de la moral particular*”, es reconocer la necesidad de buscar la objetividad, a fin de encontrar una relación entre la ética y la reflexión crítica de la práctica; por tal razón, consideramos inclusive hacer referencia a la importancia que debe otorgarse al componente teórico-metodológico dentro del proceso de intervención, con el ánimo de visibilizar la pertinencia del componente ético, no sólo desde lo que la subjetividad pueda despertar, sino que es preciso rescatar el valor que adquiere tal connotación desde el quehacer profesional. Es decir, que en la ética profesional han prevalecido los principios, normas y valores personales manejadas dentro de las interacciones, relegando a un segundo plano la aplicación de los mismos en la construcción del conocimiento obtenido, a partir de las voces de los sujetos con los cuales se interviene; con esto, se podría escindir de las costumbres de aquellas prácticas asistencialistas que han representado un marco regulador para el ejercicio profesional de trabajo social.

Este planteamiento inicial, nos lleva a asumir las responsabilidades éticas y políticas implícitas en todo proceso de intervención. Es así, como compartimos las reflexiones de Alba Lucia Cruz (2010:295) quien concibe la ética “*como un*

*movimiento de conciencia que le permite a quien interviene, dar apuestas por los sujetos, lo político y por un compromiso frente a su acción. La ética por lo tanto debe ser coherente con nuestras acciones, con las opciones metodológicas y con el compromiso frente a los escenarios en donde intervenimos”.*

Sin embargo, ¿Cómo explicar el desconocimiento frente a un Código Profesional que no se puede interpretar como un simple “recetario” de qué hacer y qué no? sino que por el contrario, se convierte en parte de la responsabilidad social que profesionalmente tenemos con aquellas situaciones que son objeto de intervención y donde el profesionalismo se ve implicado. Tal como lo menciona Barroco (2003:242). *“...El contenido de la ética profesional se construye en la práctica cotidiana, espacio de confrontación ante situaciones de conflicto que requieren un posicionamiento de valor”.* De esto, dan cuenta los trabajadores sociales, quienes cotidianamente se ven inmiscuidos en situaciones que fácilmente se convierten en dilemas al momento de tomar postura con relación a casos puntuales, por lo cual el profesional no sólo deberá responder a los desafíos que le impone la dinámica social a través de las diferentes problemáticas que debe abordar dentro del campo de la salud, sino que también, su actuación individual tendrá que responder a las necesidades interdisciplinarias exigidas desde las diferentes instituciones y/o colectivos profesionales.

Consideremos entonces, que precisamente parte de la responsabilidad que tenemos como profesionales dentro de un entramado complejo como el campo de la salud, es llevar a cabo procesos de intervención que implican no sólo ver a los sujetos como individuos aislados, sino que además se debe tomar en consideración la red de relaciones puestas alrededor de ellos, lo que involucra pensarse la intervención como un elemento de reflexión, donde se busque

reconocer a los sujetos en relación con otros y con un contexto que es particular, soportado en un compromiso ético- político y desde ese lugar comprender que la práctica social tiene responsabilidades y por lo tanto repercusiones en los diferentes escenarios de intervención, donde constantemente los principios éticos van a cobrar protagonismo en ese accionar. Esto permite entrever, la importancia que se debe otorgar al Código de Ética Profesional, además de comprender que la toma de decisiones, denota aspectos éticos que implican consecuencias en los otros y por tales decisiones el profesional debe “responder”.

Por lo tanto, no sólo es “actuar”, es poner en el plano de lo significativo, lo prospectivo y lo ético las implicaciones de este actuar, que obviamente se desprenden de una lectura de método y metodología, en donde existe una concepción epistemológica de sujeto y realidad; se trata de incorporar la cuestión de la ética en el contexto y en la lectura que se hace de éste, lo que implica que la ética no funcione en el plano del “deber ser” en la intervención social, sino en el “ser” y “vivir” de cada situación. De este modo, la construcción de la ética pasaría por recuperar las convicciones y las responsabilidades, respondiendo de una forma más ecuánime ante las alternativas que optamos para potencializar cambios en los escenarios de intervención.

En este sentido, vale la pena reconocer, que a pesar de la existencia de ese marco contradictorio y conflictivo que demarca el campo de la salud, es donde precisamente trabajo social debe hilar la transversalidad ética en los procesos de intervención, que permita crear espacios de autoafirmación, donde los individuos asienten la capacidad de reconocerse como sujetos de derechos, liderando una práctica profesional no como una construcción normativa y abstracta, sino como

una construcción histórica que reconozca el juego de las necesidades, los intereses y el poder.

De estas consideraciones, se desprende que la intervención social siempre es intencionada, persigue cierto tipo de modificación y por lo tanto está permeada de valores, donde el lugar que como sujeto adquiere el profesional de trabajo social en el proceso de intervención, le brinda la posibilidad de preguntarse no sólo por los dilemas éticos y por las dimensiones que ésta abarca, sino por las maneras de resolverlos en la propia acción profesional, para lo cual debe suponer una intervención centrada en el reconocimiento del otro y por supuesto en la revalorización de la cuestión ética bajo perspectivas teóricas más sólidas, que permitan comprender la realidad con sus múltiples entrecruzamientos, donde se vuelve necesario asumir posturas colectivas y desde allí configurar marcos de acción concretos.

En consecuencia, entendemos que hablar de ética hace parte de la responsabilidad y el compromiso de todos los profesionales en torno a la construcción de la profesión, por lo cual es trascendental sentar una mirada a la dimensión ética en el plano de la necesidad permanente de revisarse internamente como sujetos de valores individuales y colectivos, en tanto ello, tiene que ver con la autonomía en la toma de decisiones, con la libertad sobre los actos morales y con la responsabilidad que nos confiere el ejercicio profesional. En ese sentido, la esencia de la ética en cualquier profesión, es la reflexión sobre la profesión misma, su reconocimiento permanente como posibilidad de revitalización, de actualización y avance en el conocimiento específico del área de especialidad, aludiendo a la capacidad de reflexión y crítica frente a la acción que involucra a los otros.

**CAPITULO V.**  
**PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES EN RELACIÓN CON LA**  
**INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

**5.1. Participación, percepciones e interconsultas, la visibilización de los procesos de intervención de Trabajo Social en el HUV**

**PARTICIPACIÓN**

En directa relación con los aspectos mencionados, destacamos la participación como una forma de expresión que ubica la importancia del papel y el desempeño del profesional dentro del campo de la salud, porque precisamente se constituye en un elemento estimulante para la motivación y el reconocimiento de su trabajo por parte de los otros profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas entre otros) con lo cuales interactúa.

En concordancia con lo mencionado, es importante conocer cuál ha sido la participación del profesional en los procesos de intervención, a partir de las percepciones que han construido los otros profesionales. Con base en esto, se encuentra que la tendencia mayoritaria reconoce que la participación adquiere un lugar relevante para la intervención, refiriendo que el trabajo en conjunto ha permitido concebir a la persona como un ser integral, donde es esencial visualizar la condición y apropiación tanto del paciente como de la familia dentro del proceso de recuperación. Por su parte, sólo una de las entrevistadas (facturadora) expresó que aunque considera importante dicha participación en el equipo, lo contempla como un profesional netamente administrativo, encargado de orientar y brindar colaboración a la familia en lo que respecta al ámbito económico.



Por tal razón, fue relevante conocer los aportes que trabajo social ha realizado dentro del equipo profesional, encontrando que la totalidad de los entrevistados plantearon que es fundamental la valoración socio-familiar, en aras de evaluar los riesgos y determinar las características de la dinámica familiar, a partir de los objetivos construidos que llevan a cabo la orientación y que permiten trabajar conjuntamente con el equipo profesional. De igual forma, resaltan su capacidad para establecer contactos y manejar la información de las redes de apoyo a nivel municipal y departamental; aspecto que resulta relevante en términos del reconocimiento que se confiere al trabajador social y por ende la posibilidad de consolidar un trabajo en conjunto, donde su participación resulta imprescindible en la búsqueda de alternativas para llevar a cabo los diferentes procesos.

En esta línea, hacer explícito la labor más significativa del profesional de Trabajo Social en la UES, nos reveló que la mayor tendencia de las opiniones presentaron perspectivas distintas entre sí; en este caso una de las respuestas señala que dicha labor tiene mayor énfasis en proporcionar un respaldo al paciente en su contexto social con relación a la restitución de sus derechos; otro refiere que se encuentra direccionada hacia una labor administrativa, una vez que el paciente termina su proceso de rehabilitación y finalmente, otra de las opiniones reconoce que la principal labor se orienta hacia la realización de programas sociales y a la ubicación de pacientes que no cuentan con una red familiar. Mientras que la tendencia minoritaria, manifestó que se encuentra relacionada con el trabajo de orientación a nivel familiar, comprendiendo aspectos como el manejo de dinámicas familiares y las relaciones con los niños durante el proceso de recuperación.

De acuerdo con lo mencionado por los profesionales de salud, constatamos el reconocimiento en cuanto a la necesidad de articular las distintas disciplinas con el fin de ampliar información, conocimientos y habilidades a través de la socialización y la distribución de responsabilidades al momento de dar cumplimiento a la atención requerida por parte del paciente.

En este sentido, la participación de trabajo social ha sido evaluada de manera positiva por los profesionales de salud que forman parte del equipo de trabajo, reconociendo la valoración socio-familiar como herramienta que permite profundizar en la historia individual del paciente; en correspondencia con lo mencionado por Kisnerman (1978), denotamos que las percepciones de los profesionales de salud con los que interactúa el trabajador social, dan cuenta de uno de los objetivos específicos del quehacer, el cual se relaciona con el estudio de las variables socio-económicas y culturales, visibilizadas a través de la implementación de dicho instrumento.

Aunque, el autor refiere otros objetivos del quehacer que están relacionados con la orientación familiar y la formulación de políticas sociales para la salud, nos llama la atención que a lo largo de la investigación los trabajadores sociales reconozcan en mayor medida el componente de la orientación dentro de sus funciones; caso contrario ocurre con las percepciones de los otros profesionales, quienes en menor medida le otorgaron importancia a esta labor.

Lo anterior, responde a la informalidad con la cual se asume la orientación individual y familiar dentro de las UES, consecuencia de la baja argumentación teórico - metodológica en la elaboración de los objetivos que debe llevar el proceso de intervención; es decir, que deja en segundo plano el ámbito

pedagógico que trae consigo la orientación, lo cual representa un elemento esencial para posibilitar que dicha intervención contribuya al mejoramiento del proceso salud-enfermedad, a partir de la participación y las responsabilidades de cada uno de los actores que inciden en la dinámica. En este sentido, compartimos con Cabot, la importancia de sentar un precedente de las prácticas profesionales llevadas a cabo, las cuales deben ser registradas dentro de las historias clínicas, con el ánimo de consolidar la especificidad del aporte, permitiendo un nivel de igualdad en las competencias profesionales en el escenario laboral.

En lo que respecta a la formulación de políticas, se evidencia un vacío que subyace de la consolidación que ha tenido el carácter asistente-administrativo en las prácticas profesionales de trabajo social en la institución. Si bien, Kisnerman reconoce la incidencia que ha tenido el rol del trabajador social desde la prestación de un servicio; observamos que existe un distanciamiento de su participación en la formulación de éstas políticas, consecuencia de un delimitado empoderamiento en lo que atañe a los aspectos normativos, que sumado a la organización desarticulada de los trabajadores sociales, terminan relegando el posicionamiento de la profesión a acciones simbólicas carentes de transformaciones reales y efectivas.

De igual manera y en correspondencia con lo mencionado, comprendemos que la labor o el quehacer profesional de trabajo social no se limitan a una sola área de intervención, ni tampoco es precisada bajo un rol definitivo que pueda identificarse a simple vista. La movilidad de la acción profesional es clara para éste caso, el desempeño del trabajador social en el campo posee un carácter ciertamente homogéneo difícil de detallar exclusivamente en un tipo de práctica, es decir, el profesional no sólo se mueve en el área administrativa, también actúa en otras

áreas como atención y apoyo al paciente, terapia familiar o realización de programas sociales para aquellas personas que no cuentan con apoyo de una red social, entre otras actividades que desde luego configuran un radio de acción constantemente dinámico.

## PERCEPCIONES

A continuación describiremos cuáles son aquellas opiniones y percepciones que tienen de los trabajadores sociales y su quehacer, los profesionales de otras áreas del conocimiento que hacen parte del campo de intervención en salud dentro del HUV, con el fin de ir describiendo ese imaginario que se ha construido alrededor del rol profesional. Frente a esto, tres de los seis profesionales, manifestaron conocer **las funciones más elementales del trabajador social**, coincidiendo en que el diligenciamiento de la encuesta socioeconómica, la orientación para tramitar vinculaciones al Sistema de Salud u otras ayudas (ubicación de pacientes, autorización de exámenes, recursos económicos), la intermediación ante los entes gubernamentales y el acompañamiento a la familia, son funciones predominantemente reconocidas. Mientras que los tres restantes señalaron que estas funciones no sólo se limitan a la realización de labores asistenciales y administrativas, sino que también desempeñan en menor medida otras actividades como la intervención en problemáticas sociales y/o familiares.

Como se puede observar, si bien los profesionales reconocen algunas de las labores propias del trabajador social, las mismas quedan relegadas por funciones de índole asistencial que terminan constituyéndose por demás en las principales características que le son atribuidas a estos profesionales no sólo por parte del equipo de trabajo sino también de la población receptora de su atención.

En este sentido, se hizo necesario indagar sobre ***las apreciaciones que tienen de las labores que éste desempeña en la institución***, ante lo cual la mayoría respondió que aún siguen conservando una imagen asistencialista y administrativa; para lo cual consideran apropiado establecer organización y liderazgo en el equipo en aras de evidenciar los resultados y el impacto que tienen las intervenciones y a su vez develar otra de las funciones principales como la investigación. En tanto que la minoría, fue enfática al reiterar el asistencialismo de la profesión, es decir, que el sentido que le atribuyen a las prácticas del trabajo social no logra trascender de ninguna forma ese carácter que han distinguido siempre en la labor de las profesionales en esta área.

Vemos entonces que el imaginario que se ha construido alrededor de la labor y el desempeño del trabajador social, no deja de ser ambiguo en la medida que no permite capturar un sentido único de la profesión y su acción. Lo mencionado reconoce que la acción profesional es tan sólo visibilizada como una actividad que suele ser ligada a una serie de funciones concretas y administrativas; en esta medida, no se denota que la profesión tome un papel primordial, por lo menos no en lo que hace referencia al valor y aporte esencial al proceso de intervención, que lideran en el campo de la salud específicamente en el contexto del HUV.

Con base en lo descrito y teniendo en cuenta las diferentes apreciaciones señaladas a lo largo de las entrevistas, se revela que los profesionales consideran que si bien el hospital debería facilitar espacios para el fortalecimiento de la profesión, la principal responsabilidad recae sobre cada uno de los trabajadores sociales que se desempeñan dentro de esta institución, quienes de acuerdo con lo expresado deberían encaminarse a liderar procesos en pro de una mayor organización, que garantice un avance en lo que atañe a la imagen errónea que

persiste actualmente y se logre exteriorizar a la sociedad en general, el verdadero quehacer de la profesión en cuanto a la dinamización de procesos sociales dirigidos a alcanzar una mejor calidad de vida.

## INTERCONSULTAS

Para profundizar en este aspecto, miraremos el nivel de trabajo en equipo, desde la línea de interconsultas para detallar el reconocimiento que los profesionales de otras áreas del conocimiento conceden a la profesión y a su aporte en los procesos de intervención. En relación con esto, se ha interrogado acerca de la **importancia de remitir interconsultas** a los trabajadores sociales para una atención específica, encontrando que la mayoría de los entrevistados señalan que en ciertas ocasiones han visto la pertinencia de remitirlos, puesto que en algunos casos se presentan factores de riesgo, entre los cuales se destacan: la negligencia familiar, el abandono de alguno de los padres y problemas interpersonales de los mismos, señalando que es fundamental para el proceso de recuperación tener en cuenta la red de apoyo familiar, su dinámica y las relaciones que establecen.

Contrariamente, la minoría expresó que todos los casos deberían ser considerados para dirigirse por interconsulta a trabajo social, argumentando la necesidad que el paciente reciba una atención integral que contemple los planos biológico, físico, emocional y psicosocial.

En lo referente a la **satisfacción que han sentido en cuanto a la atención suministrada cuando han dirigido las interconsultas a éste profesional**, es posible apreciar que la mayoría afirman sentirse a gusto con dicha atención; de acuerdo a lo mencionado, se logran intercambiar conceptos desde cada área con el ánimo de establecer acuerdos en relación con el caso. Inversamente, sólo una de las profesionales refirió sentirse parcialmente satisfecha, según la entrevistada

en ocasiones percibió que algunos trabajadores sociales se “encasillan” en ciertas labores administrativas, dejando de lado toda la dinámica psicosocial que gira en torno a la situación del paciente.

Considerando lo dicho, resulta oportuno recordar que trabajo social históricamente ha estado ligado a las instituciones hospitalarias en un comienzo desde lo caritativo, brindando ayudas paliativas que suplieran las necesidades inmediatas de los pacientes y sus familiares. Sin embargo, Kisnerman resalta los trabajos adelantados por el médico Richard Cabot quien evidenció la importancia del quehacer de los trabajadores sociales desde la necesidad de ampliar el diagnóstico, puesto que era fundamental conocer los aspectos económicos, mentales y morales de los pacientes para aportar dentro de su proceso de recuperación.

Ahora bien, la historia de la profesión dentro del HUV no ha estado ajena a lo neofilantropico y a lo meramente administrativo, lo cual sin lugar a dudas ha marcado el rol desde esta concepción incluso manteniéndola hasta nuestros días. Si recordamos la manera en como surgió la profesión, podemos considerar que esto tal vez pueda tener relación con la influencia en los inicios que tuvo la misma por parte del positivismo, lo que confinó el manejo de técnicas e instrumentos, otorgándole un lugar subsidiario en cuanto a lo teórico, suscitando de esta manera una connotación a los trabajadores sociales como auxiliares de otras profesiones. En este sentido, si establecemos una comparación con el panorama actual, concretamente con este escenario hospitalario, podemos aducir que lo mencionado continúa vigente debido a la realización de funciones que no obedecen al “deber ser” de trabajo social y por consiguiente permite la prolongación de la poca claridad que se tiene con respecto a nuestro rol.

Tomando como referencia que lo interdisciplinar traspasa miradas y permite la construcción de diagnósticos más estructurados que dan paso a una mejor interpretación de determinadas problemáticas, es fundamental que los equipos de salud de las instituciones hospitalarias trabajen mancomunadamente para que los procesos de recuperación tengan en cuenta las diferentes posturas. Tal como lo expresa Carballada (2008:162) *“lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco”*.

Ante lo señalado, conocer la mirada desde otros profesionales de salud en cuanto a la participación de trabajo social, permitió constatar que si bien se conoce de sus potencialidades y comparten puntos de vista desde los diferentes saberes durante el proceso de intervención, aún se denota que el imaginario guarda rasgos del carácter asistencialista que ha afectado el quehacer profesional. Sin embargo, bien lo dice Kisnerman (1978:122) *“el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico- sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea ésta Ministerio o Secretaria de Salud, Coordinación Sanitaria Regional u Hospital”*.

En este sentido, compartimos la premisa del autor en la medida que trabajo social es quien establece un primer acercamiento con el sujeto y su realidad social, es decir que, la interacción y la inclusión de la profesión en las diferentes Unidades de Servicios, se visualiza a partir de la implementación de la interconsulta constituyéndose en un elemento básico para el avance del proceso de atención y reconocimiento del quehacer profesional.



De igual forma, la implementación de algunos programas sociales tales como MIMHOS, VHIDA<sup>33</sup> y Protocolo en la atención de abuso sexual, dan cuenta de ésta participación, tomando como referente que el complemento desde lo psicosocial, amplía la mirada del contexto en el que se encuentra el sujeto. Cabe mencionar que en la ejecución e implementación de dichos programas, ha sido clave la interacción recurrente que ha tenido el profesional de psicología con trabajo social, puesto que su retroalimentación ha permitido fortalecer la empatía y el respeto en lo que concierne a los criterios profesionales emitidos en la mayoría de los casos atendidos.

*“Trabajo Social hace su trabajo y psicología hace su trabajo, pero luego hacemos una reunión corta donde intercambiamos conceptos desde cada área y damos nuestros puntos de vista y llegamos a un acuerdo sobre la indicación...sobre sugerencias para continuar con la paciente...si se va para ICBF, si se llama a la familia o se llama la comisaria...si se hace psico-educación” (profesional de psicología).*

Ahora bien, nuestra profesión dentro del HUV según los profesionales con los cuales se interactúa, es el área encargada del manejo de las dinámicas y problemáticas familiares, así como de las implicaciones sociales dentro de la recuperación de los pacientes; consideran que su participación debe ser activa con el ánimo de brindar elementos básicos que permita una lectura más profunda del contexto inmediato. Como observamos en la descripción de las respuestas, aunque se le otorga cierto reconocimiento a la existencia de su quehacer, sus funciones se orientan elementalmente desde el manejo familiar, dejando de lado otras áreas que también se pueden desarrollar y para lo cual el trabajador social está capacitado, podríamos señalar lo concerniente a la prevención, promoción, recuperación e investigación.

---

<sup>33</sup> Programa MIMHOS, el cual hace el Manejo Integral del Menor Hospitalizado y el programa VHIDA que realiza la atención específica a la población portadora del VIH.

En contraste, es necesario mostrar que dentro de las indagaciones se encontraron datos que dan cuenta que trabajo social aun sigue ligado a la parte administrativa y su participación se visualiza desde esta esfera. Como lo explicamos en el capítulo que hace alusión a los referentes teóricos y como lo hacen explicito algunos de los profesionales entrevistados, la profesión hasta hace algunos años cumplía una función básicamente administrativa, es decir era la persona encargada de hacer los descuentos y facturar las cuentas de los usuarios; pese a que se han logrado avances dentro de la dinámica institucional, todavía se guardan viejos resabios de la “mirada pesos” cuando se hace alusión a este profesional.

Frente a lo expuesto, reflexionamos sobre la tarea que tienen los profesionales con el propósito de posicionar su rol, develando que un trabajador social va más allá de firmar autorizaciones, llenar clasificaciones socio-económicas, tramitar exámenes o buscar desesperadamente donde ubicar los pacientes. Es decir se necesita argumentar no sólo desde lo empírico, sino sustentar con bases teóricas lo que se está llevando a cabo, ampliando el nivel de intervención y siendo participe activo dentro de los procesos que se adelantan con la población que demanda los servicios; además de fortalecer los espacios ganados y en donde los aportes que el trabajador social brinda sean tomados en cuenta como punto de encuentro con las distintas miradas de las otras profesiones.

En este sentido, la integralidad que se desea alcanzar dentro de los procesos de intervención, podría lograrse si sentamos nuestra postura profesional dentro de los diferentes espacios contemplados para desarrollar un trabajo en equipo, seguros de que estamos capacitados para validar la información que estamos aportando. Por ende, la participación requiere justamente la presencia y el aporte dentro de los

procesos que se llevan a cabo en la institución; dejando atrás posturas funcionalistas y “acomodadas” para dar el salto a que otros y otras conozcan más de nuestro quehacer. Claro está que ésta labor va de la mano del respaldo que se reciba por parte de las directivas institucionales, donde debe existir claridad y respeto frente a las verdaderas funciones de los trabajadores sociales.

Igualmente, creemos necesario poner nuestro punto de vista desde la experiencia de práctica pre-profesional desarrollada dentro del HUV, distanciándonos de la posición que los trabajadores sociales asumen cuando refieren que consideran que su participación es activa dentro de las Unidades. Quizá las visiones sean diferentes en cada una de ellas y hubiese sido “fabuloso” y a la vez complejo el poder conocer más opiniones al respecto, lo cierto es que experimentar de forma cercana la dinámica de la intervención y la participación dentro de la Unidad, deja una serie de dudas sobre ¿cuál es el interés o la motivación real frente a querer dar a conocer el quehacer profesional, cuando eximen la responsabilidad de su participación en las revistas médicas?, las cuales representan un medio esencial para conocer no sólo el diagnóstico del paciente, sino que a la vez posibilita la interacción con los otros profesionales, sean médicos, enfermeras o psicólogos, entre otros, con quienes se pueden retroalimentar los casos que más presenten dificultad dentro de la Unidad de Servicios.

Del mismo resulta llamativo, que aunque existe un requerimiento normativo que legitima la contratación del profesional de trabajo social, ésta pasa desapercibida en la institución direccionando su funcionalidad hacia actividades puntuales. Frente a esto nos surge la inquietud de ¿cómo ha asumido la institución los lineamientos de contratación de éste profesional? o ¿para qué es contratado el trabajador social dentro de ésta institución?, si para cumplir con requerimientos administrativos o para

contribuir a los procesos de atención en aras de aportar no sólo a la intervención, sino en la construcción de conocimientos que permitan ampliar el espectro de las realidades que tiene la diada salud - enfermedad.

No obstante, consideramos que la vulnerabilidad de la participación del profesional, independientemente de los problemas que tengan en cuanto a lo actitudinal e institucional; la academia también lleva implícita de alguna manera la responsabilidad de ejercer una lectura amplia de los contextos donde el profesional se desempeña, con el propósito de reorientar el perfil del mismo. Con lo mencionado, no se pretende desmeritar las funciones anteriormente señaladas, sólo que estamos firmemente convencidas de que nuestra labor va mucho más allá de lo asistencial. La cuestión radica en buscar que nuestros aportes no sean visualizados desde el “signo pesos”, sino que las variables que aportamos desde nuestro saber contribuyan a la atención oportuna, veraz y completa de los pacientes, apropiándonos así de las herramientas adquiridas en nuestra formación, dando paso por consiguiente al diseño y al desarrollo de programas y/o proyectos encaminados al logro de una mayor calidad de vida y a su vez dirigir la información obtenida hacia la construcción de nuestros objetos específicos de intervención en lo social.

Es así, como se hace vital el logro de un acuerdo generalizado que facilite la comunicación entre ambas direcciones, aportando un lenguaje común y no estereotipado de la profesión, consolidando los avances en lo que tiene que ver con el abordaje integral de la población que así lo requiere. De esta forma, el llamado para los profesionales de trabajo social es mostrar tal como lo expone Carballada (2008:167) esa *“mirada particular que permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes. La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el*

*ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir*". En síntesis de la mano con lo planteado por el autor, es poder poner en práctica todo el potencial que poseemos como profesionales del área social, es asumir con criterio, responsabilidad y convencimiento el reto de incidir en los diferentes procesos que llevados a cabo dentro de la institución y sobre todo vislumbrar la importancia de la particularidad que trabajo social tiene como profesión de las ciencias humanas y sociales en la puesta en marcha de funciones y aportes que trasciendan al asistencialismo.

## **5.2. Motivación**

La motivación es parte inherente de las labores diarias de un profesional, puesto que sería algo monótono el trabajar sin aspiraciones y sin la ambición de ser cada día mejor; esto supone tener en cuenta que el desempeño profesional cotidianamente se lleva a cabo, en razón de esas condiciones motivacionales que inspiran y determinan en gran medida la práctica de intervención del profesional y su relación con los otros actores que hacen parte del proceso de intervención. En esta medida resulta de suma importancia, reconocer este aspecto y caracterizarlo como parte del ejercicio descriptivo que a continuación se presenta en este trabajo.

Al indagar a los profesionales sobre ***las expectativas que tienen con respecto a su profesión***, la mayoría describió su deseo porque se logre un posicionamiento y reconocimiento con relación a otras profesiones dentro de las entidades que trabajan en la red social; centrando su principal interés en elaborar proyectos de investigación en problemáticas puntuales, propuestas educativas y modelos de abordaje ante diagnósticos de cáncer, farmacodependencia y abuso sexual, lo cual permitiría exaltar la profesión en las diferentes áreas mediante la realización de aportes significativos en los procesos de intervención, incidiendo activamente en la

formulación de Políticas Públicas de Prevención y Promoción de la salud. Consecuentemente, la minoría consideró necesario capacitarse y fortalecerse como profesionales con el propósito de afianzar las herramientas obtenidas a lo largo de su experiencia laboral. Lo precedente, nos lleva a considerar la influencia que ejerce la actualización académica en lo que tiene que ver con la legitimación de las prácticas profesionales, desencadenando en nuevas propuestas de intervención que logren condensar los saberes y su consecuente desarrollo.

No obstante, al indagar si **consideran que la oferta académica existente con respecto a su profesión cumple con sus expectativas**, la tendencia mayoritaria refirió que existe una amplia oferta académica en cuanto a la profesión, pero conciben como un gran limitante los altos costos de los posgrados para dar continuidad a sus estudios. Por el contrario, la tendencia minoritaria se ubicó en quienes opinaron que la oferta académica es limitada y no llena sus expectativas, aludiendo que en la Escuela de Trabajo Social deben mejorar sus propuestas a nivel de posgrados, evidenciando la necesidad de ajustarlas ante la realidad económica y social de nuestro país.

En cuanto al interrogante relativo a comprender **si se sienten satisfechos con la profesión que desempeñan actualmente**, la mayoría estuvieron de acuerdo al mencionar sentimientos de gratificación por la labor desempeñada. Aunque sienten la misma sensación, la minoría consideran que la institución donde trabajan los frustra en muchos aspectos, argumentando que la visión de trabajo social se torna distorsionada y que por lo tanto sus funciones se alejan de lo que realmente debe hacer un profesional de esta área, sumando la no diferenciación entre profesional de trabajo social y el auxiliar junto con las condiciones de contratación que no son las mejores.

A lo largo de nuestra investigación, le otorgamos importancia a los componentes operativos que permiten formular una propuesta de intervención en lo social, si bien es cierto lo teórico, metodológico y ético son inseparables a éste proceso, el sujeto que asume el rol de profesional dentro del mismo también lo es, en la medida que es él quien define explícitamente a partir de sus conocimientos, unos objetivos y medios concretos en aras de obtener un propósito particular y real que demanda ser atendido; sin embargo comprendemos que lo anterior dependerá sin lugar a dudas del grado de motivación que tengan para ejecutar determinada acción. Ahora bien, para interpretar lo anterior, consideramos que la motivación está estrechamente relacionada con la intencionalidad que los trabajadores sociales contemplan frente a la necesidad de fortalecer sus saberes, en la medida que se presentan desafíos en las emergentes problemáticas en el campo de la salud.

De esta manera, cabe mencionar la relevancia que confieren a la posibilidad de continuar capacitándose y fortaleciéndose como profesionales mediante posgrados y especializaciones, en aras de alcanzar un mayor posicionamiento en el campo laboral, lo cual consideramos clave puesto que les permitiría ampliar el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención, en donde la profesión se inscribe como práctica participe de la dinámica social. Tal como lo expresa Fernández (2005:135) *“el momento histórico en el que estamos situados está atravesado por múltiples transformaciones (sociales, económicas, culturales) que inciden hondamente sobre la población en su conjunto, como así también sobre las diferentes profesiones y sus áreas de intervención”*, en este sentido es preciso rescatar que la cualificación de saberes también debe ser un ejercicio que permita la trasmisión y apropiación de conocimientos desde la cotidianidad tal como refiere Kisnerman (1998: 135) éste *“...se ubica no en las*

*personas ni fuera de ellas, sino entre las personas, en el espacio de significados del que participan o que construyen conjuntamente”.*

Aunque los profesionales manifiestan un buen nivel de satisfacción frente a su decisión de ser trabajadores sociales, señalan que uno de los aspectos que han incidido en la motivación para fortalecer su práctica profesional, tiene que ver con los altos costos en la oferta de posgrados como también las concepciones erróneas fundadas con respecto al quehacer dentro de las UES, es decir que los mismos identifican que la institución no exalta el diferencial entre el rol que asume el profesional frente al que desempeña el auxiliar, generando así frustraciones e inconformidades a nivel personal, profesional y laboral.

Tal consideración, perpetua de manera implícita la idea que el abordaje realizado por éste profesional dista de requerir una formación teórica, metodológica y práctica para la atención u orientación de los casos recepcionados, desencadenando una vez más en la imagen que trabajo social está para atender casos de índole económico y resolver los problemas de la inmediatez. Con ello, pretendemos soslayar que efectivamente se requiere un mayor apoyo institucional, debido que lo anterior representa un factor que ha dado lugar al deterioro de la motivación por parte de los trabajadores sociales inscritos a esta institución, representado en el estancamiento de funciones que no corresponden con el legítimo rol para el cual están cualificados tales profesionales.

Todo ello, nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de la institución para propiciar el fortalecimiento de un escenario que abone más el terreno ganado hasta el momento, a través de los diversos programas que funcionan en el HUV y que son direccionados por los trabajadores sociales, permitiéndoles vislumbrar la capacidad



de proponer aportes significativos a nivel interno y al mismo tiempo puedan trascender a otras esferas institucionales, como a todas las instancias que movilizan la dinámica en el campo de la salud.

Finalmente, creemos que el hospital debería tomar en consideración la generación de estímulos para los profesionales -en nuestro caso para los trabajadores sociales- que tengan iniciativas o que lideren proyectos o programas, haciendo explícito el apoyo a través de becas o recursos que faciliten su cualificación en la formación académica, resultando productivo tanto para la institución, la población beneficiaria como para los mismos profesionales en términos de fortalecer su bagaje intelectual - a propósito de lo concerniente al campo de la salud- y por ende acrecentar su motivación.

#### **5.4. La incidencia de la normatividad en el quehacer profesional**

Finalmente, se intentará describir el plano de la normatividad y su incidencia en la labor y desempeño del trabajador social, esta parte que perfectamente encaja y amplía lo anteriormente señalado, permitirá conocer en detalle los aspectos legales que determinan el quehacer de la profesión en el campo de la salud y la importancia que los mismos le atribuyen a este plano.

Con relación al ***conocimiento de los decretos o leyes que han sido marco para estructurar las funciones y la participación del profesional de trabajo social***, la mayor parte de los profesionales afirman conocer algunas leyes, mencionando entre ellas: La Ley 53/97, la Resolución 0042 o 412, la Ley 100 o la 1122 y el Código de

Ética<sup>34</sup>. Mientras que la minoría refiere tener conocimiento, pero al momento de realizar esta pregunta les resultaba difícil recordar con exactitud.

Sin embargo, al momento de indagar sobre si **creen que la Ley 100 modificó las funciones del profesional de trabajo social**, la mayoría coincidió en que dicha Ley en efecto ha modificado sus funciones, resaltando principalmente las actividades de tipo administrativo; enfatizando que si bien es cierto se han abierto espacios para llevar a cabo procesos de orientación e intervención, el quehacer profesional aún se limita como consecuencia de la justificación que han establecido respecto de dichas actividades. Contrariamente, la minoría argumentó que las modificaciones realizadas en la Ley han contribuido significativamente en la definición de sus funciones y por consiguiente en el posicionamiento del profesional dentro de las diferentes unidades.

En este sentido, fue oportuno conocer las **percepciones sobre la participación del profesional de trabajo social a partir de lo establecido en la Ley 100**, encontrándonos que la mayor tendencia afirma que el quehacer está dirigido hacia los trámites administrativos, por lo cual aciertan que el profesional se ha enfocado en lo que no le compete, incidiendo en la limitación de los tiempos estimados para la realización de una intervención; es decir que consideran que aún falta por

---

<sup>34</sup> **La Resolución 412 de 2000**, establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento, en el cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

**La Ley 100 de 1993**, hace referencia a que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

**Ley 1122 de 2007**, La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

**Código de Ética Profesional**, emitido a través del Consejo Nacional de Trabajo Social, establece los principios, las normas y demás estatutos constituyen el actual profesional de los Trabajadores Sociales en Colombia.

trascender. Por su parte, la menor tendencia respondió que la participación es reconocida en la institución, afirmando que la intervención realizada permite identificar a partir de la historia del paciente y la familia, algunos elementos claves para el proceso de atención integral.

Es a partir de lo anterior, como nos surge la inquietud de conocer cuál ha sido el **escenario que más se ha fortalecido para trabajo social dentro del HUV**, ante lo cual, la mayoría de los entrevistados no respondió a la pregunta formulada. Mientras que la minoría, aludió que la Ley no ha fortalecido ningún escenario y que por el contrario, éste ha cambiado desfavorablemente; uno de los aspectos señalados que no lo permite es la predominancia de las funciones relacionadas con los trámites administrativos (Vinculación al Sisben), así como también, la conservación de funciones que tradicionalmente han ejercido las auxiliares de trabajo social.<sup>35</sup> .

En esta misma línea, evidencian algunas diferencias frente a la apreciación con respecto al planteamiento; por un lado, una de las profesionales señala que aunque la Ley ha fortalecido la profesión dentro de los hospitales, considera que es la academia la que presenta debilidades en cuanto a la definición del perfil dentro del campo de la salud.

Hasta el momento, se ha intentado realizar una descripción detallada de la información y de los criterios que pueden ir construyendo la caracterización del quehacer profesional y los imaginarios que subyacen a partir de su práctica. Si bien es cierto, el proceso de intervención implica ir más allá de los aspectos teóricos y

---

<sup>35</sup> Las funciones de las auxiliares de Trabajo Social, están principalmente enfocadas a la realización de trámites administrativos (gestión de exámenes de laboratorio, clasificaciones socioeconómicas, solicitud de ambulancia, ubicación de pacientes en casas de paso y gestiones para la consecución de recursos económicos con los voluntariados adscritos al HUV).

metodológicos, es preciso resaltar que el quehacer se contextualiza desde los parámetros legales que permiten identificar el lugar que tiene la profesión frente a los entes institucionales y/o reguladores, los cuales indudablemente han jugado un papel importante en la construcción de las funciones establecidas para los trabajadores sociales.

Para entender la influencia de la normatividad, es preciso subrayar que la salud en Colombia ha seguido un modelo fragmentado ligado a acciones caritativas para los menos favorecidos, en esta lógica, la Ley 100 de 1993 irrumpe como un hito histórico, estableciendo el fin del sistema antiguo de seguridad social y el comienzo de un modelo neoclásico, caracterizado por un sistema único, regido por el método del aseguramiento privado e individual en salud, pensiones y riesgos profesionales; transformando las vivencias de la enfermedad mediante la regulación de las dinámicas del mercado y trayendo como consecuencia algunos efectos dentro del contexto debido a la incoherencia e ineficacia de los principios determinados en la ley<sup>36</sup>. Como también, acentuando una mirada “mercantilista” en lo que respecta a la atención en salud, haciendo evidente de esta forma el cambio de noción de sujeto de derechos a la de cliente consumidor de un servicio, desencadenando en un beneficio financiero, que termina relegando la calidad en cuanto a la atención integral.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la normatividad juega un papel fundamental para la definición y claridad respecto de las funciones propias de los trabajadores sociales al interior de las instituciones de salud; llama la atención el limitado conocimiento que

---

<sup>36</sup>Según Jaramillo, los principios adoptados al momento de crear la ley 100, fueron producto de una conciliación entre los modelos de la seguridad social en salud: el bismarckiano, el neoliberal y la administración pública de los servicios sociales. Heredando del primero los principios como la integralidad, universalidad, obligatoriedad, solidaridad, equidad y unidad. En tanto que, de la segunda se derivaron la libre elección, la eficacia y la calidad; y de la última se adaptaron la descentralización, la subsidiariedad, la autonomía de las instituciones y la participación comunitaria. En: Capítulo X. Los doce principios de la seguridad social en la Ley 100. El futuro de la salud en Colombia - Ley 100 de 1993, cinco años después. Fundación Corona. Cuarta edición. Bogotá. 1999. Pág. 115

poseen los profesionales en lo referente a este tema, aunque refirieron algunas leyes durante las entrevistas realizadas hacían alusión a elementos puntuales más no se profundizaba en tales aspectos. En esta medida, comprendemos la importancia de partir de la indagación en cuanto a la normatividad, con la finalidad de lograr un mayor conocimiento que facilite construir apreciaciones sustentadas desde un marco legal vigente.

Por otra parte, comprendemos que conocer la legislación o decretos que constituyen el marco de referencia de las funciones, permitiría al grupo de profesionales de trabajo social interiorizar los elementos con los que cuenta para legitimar su quehacer, teniendo en cuenta que es un aspecto inherente dentro del proceso de intervención y resulta oportuno su continua indagación, en la medida que provee las herramientas necesarias para argumentar en determinados casos las especificidades y los alcances del actuar profesional.

Con lo descrito, indicamos que lo estructural coarta indudablemente lo coyuntural de una práctica profesional, si bien la Ley 100 estableció algunos lineamientos para la apertura en la participación del profesional dentro del campo de la salud, denotamos que la integralidad asumida desde lo normativo como mecanismo que pretende dar cobertura a las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y las condiciones de vida de la población, no contribuye al verdadero carácter holístico que profesa y la cual debe estar directamente relacionada con las áreas biológicas, culturales, políticas, económicas y ambientales que permitan el desarrollo de la calidad de vida en la sociedad.

Sin embargo, vislumbramos que las percepciones de los profesionales aún siguen “formalizando” las actividades administrativas y asistenciales dentro del ámbito

hospitalario, en esta medida, es oportuno preguntarnos si trabajo social parte de esa premisa, entonces ¿cuál sería la “tabla de salvación” de nuestra profesión para dar paso al redireccionamiento de aquellas funciones que reproducen el empirismo profesional? Si al observar el panorama con relación a los aportes del trabajador social dentro del campo de la salud<sup>37</sup>, se reafirma que su participación resulta fundamental desde el control técnico – administrativo, gestionando principalmente los instrumentos de regulación de la demanda. Por tal motivo, lo anterior nos lleva a comprender que las razones por la cuales no ha sido posible lograr mayores avances en términos de intervención, no sólo han obedecido a las características individuales, sino que por el contrario recopilando las voces de los profesionales, se comprueba que la normatividad tácitamente ha contribuido a la invisibilización y la puesta en marcha de las funciones que realmente debería ejecutar el profesional.

Ante esto, reconocemos la complejidad de las leyes y el lugar que ocupan dentro de las instituciones, es decir que vislumbramos el carácter fundamental de la dimensión normativa para el desarrollo profesional; pero a su vez, asentimos que es una labor de los profesionales asumir un papel protagónico que den cuenta de sus saberes y criterios profesionales, tal como lo expresan Caro, Gonzáles y Dreszer (1992) *“la invitación es a mirarnos a nosotros mismos, mirar el sector para continuar formando un trabajador social de Salud que dinamice todas sus potencialidades profesionales y aproveche las potencialidades que tiene la actual política y el concepto de salud,*

---

<sup>37</sup>**Planeación participativa:** El Trabajador Social está en las condiciones de crear espacios de participación ciudadana en los procesos de planeación municipal para la creación de políticas públicas a escala local.

**Desarrollo del recurso humano institucional:** En el área laboral el Trabajador Social está en capacidad de desarrollar programas de bienestar laboral con los empleados de la institución.

**Sistema de Control de Calidad Basado en el Usuario:** Dar respuesta a las solicitudes, inquietudes, quejas y reclamos que presenten los usuarios y así garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.

**Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:** Su papel en este aspecto es supremamente importante ya que por su formación de trabajo con grupos, comunidades, familias e individuos, lo hace el profesional idóneo para promover cambios de comportamiento y de actitudes frente al autocuidado de la salud.

*modelo de prestación de servicios, al aceptar involucrar lo social, que ha sido siempre nuestro espacio presente en nuestra voz y en nuestra intervención”.*

## CONCLUSIONES FINALES

- En lo que respecta al concepto de salud, los profesionales de Trabajo Social tienen como referencia principal los lineamientos estipulados por la Organización Mundial de la Salud – OMS y a partir de estos asumen que la salud es “un estado de bienestar”, en el cual consideran que el componente de la integralidad es fundamental, pero al momento de definir dejan de lado la influencia que ejerce el sistema y el contexto social dentro del mismo.
- El proceso de intervención llevado a cabo por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social es contemplado como un medio de interacción entre el profesional y la población atendida, relegando la posibilidad de potencializar y poner en práctica el saber especializado. En este sentido, se denota el desconocimiento, en lo que concierne a la definición e identificación del término objeto de intervención, aunque se han realizado aportes (programas VIH y protocolo de atención en casos de abuso sexual infantil) en la construcción de rutas de atención, es necesario rescatar la construcción teórica de cada una de las situaciones problemas que han sido abordadas.
- En cuanto a la fundamentación teórica que sustenta el accionar profesional, se atribuye mayor importancia a la experiencia práctica que a los conocimientos adquiridos en la academia, limitando una sólida argumentación conceptual en el abordaje de los procesos de intervención.



- Con relación a la fundamentación metodológica, se denota ambigüedad en la conceptualización de los términos: metodología y método, restándole importancia a su aplicabilidad al momento de construir la estrategia o el modelo de actuación profesional.
- En lo que concierne al aspecto ético-moral, los profesionales tienden a equiparar ambos términos, aunque las dos nociones se relacionan es necesario que el equipo de profesionales de trabajo social del HUV, establezcan claridad en la finalidad que debe tener la intervención en lo social y la actuación concreta que ellos asumen dentro de la misma.
- La ética es contemplada a partir del plano moral, es decir que los profesionales dan mayor importancia a las costumbres y principios individuales asimilados a lo largo de su vida, dejando en segundo lugar el ejercicio de reflexión crítica que confiere la ética social, la cual orienta las prácticas profesionales.
- En lo relativo a la noción de campo, los trabajadores sociales la conciben como un espacio complejo donde convergen una serie de relaciones de alianza o conflicto, lo cual se refleja en el tipo de vínculos establecidos entre el grupo profesional, el hospital y otros entes relacionados con el sistema de salud.
- En cuanto a la percepción de los otros profesionales frente al quehacer de Trabajo Social, se vislumbra la permanencia de una imagen asistencialista – administrativa, como consecuencia no sólo del origen de la profesión dentro de la institución hospitalaria, sino también por la permanencia de actividades que han sido designadas y legitimadas desde lo estructural

llevando de esta manera a la perpetuación de ésta figura, sin embargo se rescatan algunos avances en lo que refiere a sus funciones dentro de las Unidades de Servicios.

- Así mismo, se logro constatar que existe baja participación del grupo de Trabajo Social como consecuencia de la subvaloración con respecto al quehacer social de la profesión. Reconociendo así que las exigencias en cuanto a los requerimientos institucionales tergiversan las funciones, dando lugar al incremento de la carga laboral.
  
- Con referencia a la motivación, los profesionales hacen explicito dos elementos principales para fortalecer en este aspecto, entre ellos afirman la necesidad de actualizarse a través de programas de posgrados considerando esencial el replanteamiento de los costos y la variedad en cuanto a la oferta académica. Así mismo, refieren que el estímulo institucional es fundamental para su accionar profesional.
  
- En lo que respecta al ámbito normativo contemplado desde la Ley 100, de acuerdo con lo señalado al parecer los profesionales consideran que no existe una posibilidad para la inclusión del verdadero carácter del quehacer profesional de Trabajo Social dentro del campo de la Salud; no obstante, al momento de contrastar las voces de los entrevistados con la legislación existente, se logra evidenciar que si bien el marco legal explicita la importancia de la profesión, consideramos que es necesario que los trabajadores sociales apliquen y promuevan la construcción del conocimiento en aras de resignificar la práctica profesional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ANDER – EGG, Ezequiel (1996): Cap IV. Cómo hacen los trabajadores sociales – los métodos clásicos del trabajo social. En: Introducción al trabajo social. Editorial Lumen / Hvmantitas. Buenos Aires.

AQUIN, Nora (1996): “La relación sujeto-objeto en el Trabajo Social: una resignificación posible, en: la especificidad para el Trabajo Social y la formación profesional”. Universidad de la Rioja

BARROCO, María Lucía (2003): Parte III. Dimensión ética y política del proyecto profesional. En: Servicio Social Crítico: Hacia la construcción del nuevo proyecto ético político profesional. Editorial Cortez. Brasil.

BENTURA. Celmira (2006): Trabajo Social en salud – un desafío académico. Universidad de la República. Montevideo.

BURGOS, Nilsa (2009): Artículo tomado de ponencia Metodología de Investigación en Trabajo Social: Un Aporte a la necesidad de producir conocimiento desde la práctica profesional. Memorias II Seminario Internacional Intervención en Trabajo Social: Fundamentación Teórica y Metodológica. Universidad de Antioquia. Medellín.

CAPRA, Fritjof (1992). El punto Crucial. Editorial Estaciones. Buenos Aires.

CARBALLEDA, Alfredo (2002): Cap. IV. La intervención. En: Exclusión en integración en los nuevos escenarios sociales. Editorial Paídos. Primera edición. Argentina.

\_\_\_\_\_ (2008): La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud. Las problemáticas sociales complejas como nuevos interrogantes y perspectivas. En: Ponencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Trabajo Social en Salud "Rompiendo el Paradigma". Santiago de Cali.

CARBALLEDA, Juan Manuel (2008): Cap. VIII. Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. (Lic. Susana Cazzaniga). Salud e intervención en lo social. Espacio Editorial. Argentina.

CARO DE GUARNIZO, Isabel; GONZALES, Elena y DRESZER, Luz (1992): El trabajo social y la política actual del sector salud. En: Revista Colombiana de Trabajo Social. Federación Colombiana de Trabajo Social. Colombia.

CARVAJAL, Arizaldo (2010): Paradigmas y tipos de investigación. En: Elementos de Investigación Social Aplicada. Universidad del Valle. Colombia. Pág.18

CAZZANIGA, Susana (2005): La formación profesional y las exigencias de un debate conjunto. En: La formación y la intervención profesional: hacia la construcción de proyectos ético-políticos en Trabajo Social. Encuentro Latinoamericano de Trabajo Social.

CORVALÁN, Jaime (1997): Los paradigmas de lo social y la concepción de la intervención en la sociedad. Corporación de promoción universitaria CPU. Estudios sociales. Chile.

CORIA, Adela (1999): "Reflexiones teórico-metodológicas sobre un proceso de construcción curricular en la Escuela de Trabajo Social dependiente de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Rosario" En: Currículum e investigación en Trabajo Social.

CLEMENTE, Adriana. (2000): Ética, metodología y Trabajo Social. En: Trabajo Social y compromiso ético. Ed. Espacio. Buenos Aires.

CRUZ, Alba Lucia (2010): Artículo tomado de ponencia La intervención social como escenario ético y político del Trabajo Social. Memorias Congreso Colombiano de Trabajo Social. La intervención en Trabajo Social: Globalización, Justicia Social y Diversidad. Universidad del Valle. Cali.

ELLO, Hellen y LUCUMI, Ernestina (1996): Perfil del trabajador social en el área de salud pública en Cali. Universidad del Valle. Cali.

ESTRADA, O. Víctor (2005): Una mirada sobre la formación y la intervención del trabajo social en salud. En: Historia de la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle 1953/2003 "Cincuenta años aportando al desarrollo de la región". Cali.

\_\_\_\_\_ (2004): Salud y planificación social - ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?. Primera Edición. Universidad del Valle. Cali.

\_\_\_\_\_ (2006): Salud y planificación social - ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?. Editorial Espacio. Buenos Aires.

\_\_\_\_\_ (2009): Artículo tomado de ponencia Resignificar la historia de la profesión para la resignificación de la intervención profesional. Memorias II Seminario Internacional Intervención en Trabajo Social: Fundamentación Teórica y Metodológica. Universidad de Antioquia. Medellín.

DEL ROSARIO, Limón María. Factores Determinantes de la Salud. 2009. Díaz de santos. España. Pág. 90

FERNÁNDEZ, Silvia (2005). Parte IV. Los procesos de formación profesional – Ruptura con el sentido común, crítica y acción transformadora. En: El Trabajo Social y la Cuestión Social. Editorial Espacio. Buenos Aires.

FÓSCOLO, Norma (2007): Cap. X. De la norma a la acción y de la acción a la norma. La praxis profesional de Trabajo Social. En: Desafíos del Trabajo Social Latinoamericano – Paradigmas, necesidades, valores, derechos. Espacio Editorial. Buenos Aires.

GARCIA, Susana (1990): Especificidad y rol en Trabajo Social, Currículum – Saber- Formación. Editorial HVMANITAS. Argentina.

GOMEZ, Ligia; ARIAS Nelsy y ROJAS, María (1984): Intervención profesional de Trabajo Social en programas de salud en atención primaria con participación comunitaria. Cali. 1984.

GONZALES, Jesús Darío (1996): La especificidad y los desarrollos teóricos del Trabajo Social. En: Revista Colombiana de Trabajo Social No. 10. Colombia.

GONZALES, Helena (1996): La seguridad social en salud. En: Revista Colombiana de Trabajo Social No.9. Colombia.

KISNERMAN, Natalio (1998). Cáp IV. El trabajador social. En: Pensar el trabajo social. Editorial Lumen HVMANITAS. Segunda edición. Argentina.

\_\_\_\_\_. Cap. XV. El Trabajo Social en Salud. Salud Pública y Trabajo Social. Editorial HVMANITAS. Buenos Aires. 1990. Pág. 121

LOPEZ, Claudia Patricia; MUÑOZ, Nora Eugenia y VARGAS Paula Andrea (2009): Artículo tomado de ponencia Contribuciones epistemológicas para la resignificación del concepto de intervención social y profesional desde el Trabajo Social. Memorias II Seminario Internacional Intervención en Trabajo Social: Fundamentación Teórica y Metodológica. Universidad de Antioquia. Medellín

MALES, Alicia y ACEVEDO, Libia (2007): Participación del profesional de trabajo social en el equipo multidisciplinario en salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Fundación del Valle del Lili.

MENDEZ, María Ximena (1998). La función asistencial: Identidad y proyectiva del trabajador social clínico. En: Revista de Servicio Social No. 3. Volumen 1.

MORENO D, Álvaro y RAMÍREZ, José Ernesto (2006). En: Introducción elemental a la obra de Pierre Bourdieu. Editorial Panamericana. Bogotá.

MEJIA, Diego (2001). Introducción y principios de la Salud Familiar. En: ASCOFAME – CONVENIO ISS. Pp. 15

RITZER, George. Teoría sociológica contemporánea. Cap. 13. Síntesis de la Teoría Sociológica. Editorial Ingramex. Pág 598. México. 1997.

ROZAS, Margarita (1998). Cáp III. El objeto de intervención en el trabajo social. En: Una perspectiva teórica – metodológica de la intervención en trabajo social. Editorial Espacio. Buenos Aires.

SANDOVAL C. Carlos A. La implementación y gestión de los procesos de investigación social cualitativos. En: Investigación Cualitativa. Corcas editores. Bogotá. 1997. Pp. 125

TAMAYO, Ana y CHÁVEZ, Ana Yimey (2008): Nuevos retos del trabajo social en rehabilitación y discapacidad. Documento tomado de: Ponencia presentada al Primer Encuentro Nacional de Trabajo Social en Salud “Rompiendo el Paradigma”. Santiago de Cali. Octubre 2008.

TAYLOR, S.J y BOGDAN, R (1997). Lectura complementaria No. 2 La entrevista a profundidad. Tomado de: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paídos. 1992. Pp. 101 – 152. En: Investigación Cualitativa. Corcas Editores. Bogotá.

TIMIO, Mario (1979): Cáp I. La patología de los pobres. En: Clases sociales y enfermedad – Introducción a una epidemiología diferencial. Nueva Imagen Editorial. México.

TORRES, Díaz Jorge (1985): Tercera Parte. Características y tendencias del Trabajo Social. En: Historia de Trabajo Social. Editores Rafitalia. Colombia.

VALLES, Miguel (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión



Metodológica y Práctica Profesional. Editorial Síntesis. España.

VÉLEZ, Olga Lucía (2003). Cap. II. La cuestión metodológica: convergencias operativas o especificidad funcional. En: Reconfigurando el Trabajo Social – Perspectivas y tendencias contemporáneas. Editorial Espacio. Argentina.

WEBER, Max (1997). Capítulo 1. Economía y Sociedad. En: La ética protestante y espíritu del capital. Editorial Península. Madrid.

VISCARRET GARRO, Juan Jesús (2007): Capítulo II. De los métodos del Trabajo Social. En: Modelos y Métodos de Intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial. Madrid.

### **Páginas Web**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE. Reseña histórica. Cali.

Disponible en: <http://huv.gov.co/resehistorical.php> (02-11-06)

PEREIRA, Arana. María Isabel. La prestación del servicio de salud en Colombia Tensiones entre derechos y servicios en el acceso al sistema de salud en Colombia.

Disponible en: [http://www.institut-gouvernance.org/index\\_fr.html](http://www.institut-gouvernance.org/index_fr.html) (27-06-07)

### **Otros**

PRIMER ENCUENTRO DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD DEL SUROCCIDENTE COLOMBIANO: Reflexiones del rol del Trabajo Social hospitalario. Cali. Grupo de profesionales H.U.V, 2007. 39 diapositivas: col.