

## Artículos seleccionados

# Pensar la Producción de Salud desde el Trabajo Social: Intersecciones entre Rol Profesional y la Salud Colectiva.

**Juan Pablo Burwiel<sup>a</sup>, Mariana Maldonado<sup>b</sup> y Belén Terreno<sup>c</sup>**

Fecha de recepción: 18 de septiembre de 2023  
Fecha de aceptación: 23 de mayo de 2024  
Correspondencia a: Juan Pablo Burwiel  
Correo electrónico: [juanburwiel@gmail.com](mailto:juanburwiel@gmail.com)

- a. Lic. Trabajo Social, Docente de la Carrera de Trabajo Social UBA y Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental. Hospital "Lic. Laura Bonaparte".
- b. Lic. Trabajo Social, Jefa de Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental. Hospital "Lic. Laura Bonaparte".
- c. Lic. Trabajo Social, Jefa de Residencia de Trabajo Social Hospital Interzonal General de Agudos "Presidente Perón".

### Resumen:

Las experiencias del Trabajo Social en el campo de la salud vienen aportando elementos que contribuyen a la problematización de aquellas prácticas que refuerzan el reduccionismo biomédico, generando propuestas creativas para reflexionar en torno el trabajo en salud. Esto nos plantea el desafío de seguir ampliando el arco de categorías, posicionamientos y perspectivas que naveguen las intersecciones entre las Ciencias Sociales, el Trabajo Social y el campo de la salud. En este sentido la Salud Colectiva, como movimiento de "apertura a paradigmas éticos que instalen formas no hegemónicas de producir y concebir el proceso de salud-enfermedad-cuidado" (Paim, 2021), nos parece una herramienta necesaria. Los aportes conceptuales y epistemológicos de la Salud Colectiva resultan cruciales en escenarios instituyentes, transformadores o de transición en el campo sanitario. Representan un

cuerpo de saberes y prácticas con experiencias en el campo de la gestión pública, de la investigación y la práctica asistencial.

Por lo tanto, el artículo pretende constituirse como un insumo para el análisis y la reflexión disciplinar junto a la posibilidad de fortalecer la relación teórico-práctica del trabajo social en salud. Asimismo, presenta la oportunidad de ofrecer una síntesis que produzca nuevas estrategias para los procesos de intervención profesional en relación a la producción de salud.

**Palabras clave:** Intervención profesional - Producción de salud - Salud colectiva.

### *Summary*

*The experiences of Social Work in the field of health have been providing elements that contribute to the problematization of those practices that reinforce biomedical reductionism, generating creative proposals to reflect on health work. This presents us with the challenge of continuing to expand the arc of categories, positionings and perspectives that navigate the intersections between the Social Sciences, Social Work and the field of health. In this sense, Collective Health, as a movement of "openness to ethical paradigms that install non-hegemonic ways of producing and conceiving the health-illness-care process" (Paim, 2021), seems to us to be a necessary tool. The conceptual and epistemological contributions of Collective Health are crucial in instituting, transformative or transition scenarios in the health field. They represent a body of knowledge and practices with experiences in the field of public management, research and healthcare practice.*

*Therefore, the article aims to constitute an input for disciplinary analysis and reflection along with the possibility of strengthening the theoretical-practice relationship of social work in health. Likewise, it presents the opportunity to offer a synthesis that produces new strategies for professional intervention processes in relation to the production of health.*

*Key words: Professional intervention, health production, collective health.*

## Introducción

El colectivo de trabajo social se encuentra dando constantes debates en relación a su rol profesional en el campo de la salud. Esto no solo implica una jerarquización de la disciplina en los equipos y los dispositivos, sino que, también, intenta señalar la relevancia de pensar los problemas de salud en intersección con la cuestión social. En esa línea, la discusión respecto del estatuto de profesión de trabajo social atraviesa distintos campos y sectores. Susana Cazzaniga menciona que ese estatus tiene que ser validado porque aún se sostienen posiciones de que el trabajo social “carece de objeto disciplinar”. A esto responde que ese “razonamiento proviene de una cierta perspectiva positivista que prioriza la representación de un objeto teórico definido” (Cazzaniga, 2015). De esta manera se consolidan como disciplinas aquellos campos de saber que se constituyen desde un objeto teórico con fronteras nítidas respecto de otros saberes (Cazzaniga, 2015). Eso se expresa con claridad en las ciencias médicas, ya que delimitan su objeto teórico a las enfermedades, lo cual reduce el margen de intervención a aquellas disciplinas que no reconocen únicamente este objeto.

A su vez, la misma autora define a la intervención profesional del trabajo social como “una puesta en acto de los saberes, en la que se juega la capacidad de comprensión compleja de la realidad” (Cazzaniga, 2015). No obstante, esa comprensión compleja de la realidad, se realiza por medio de una “desnaturalización constante” de los preceptos positivistas, a través de operaciones de problematización y reflexión. Esto induce a la formulación y uso de nuevas categorías teóricas que guíen la intervención profesional en el campo de la salud (Cazzaniga, 2015).

En consonancia, la salud colectiva, heredera de la medicina social latinoamericana, se presenta como una práctica social técnico-científica que se empeña en participar de “procesos reproductivos de la estructura social” y movilizar procesos de transformación social (Silva Paim, 2020). Por eso nos parece fundamental iniciar este artículo poniendo en cuestión lo que se constituye tradicionalmente como objeto de la práctica en salud. Del mismo modo indagaremos cómo el trabajo social y la salud colectiva encuentran elementos en común a la hora de pensar la dimensión ética en sus prácticas o, lo que definiremos más adelante, en la producción de salud. Por último, haremos un repaso de la propuesta de “trabajo vivo en acto” y “tecnologías en salud” como apuesta estratégica para la intervención profesional.

## Una reflexión teórica - epistemológica de nuestro campo de intervención. Hacia la revisión y re-construcción de un problema de salud

Este eje se propone deconstruir dicho objeto a partir de poder trascender la fenomenología inmediata de aquello que se nos presenta para intervenir. De esta pequeña reflexión se desprende el desafío de ofrecer nuevos enfoques epistemológicos que nos permitan superar la noción de “enfermedad”, término paradigmático del reduccionismo biomédico. En paralelo, Silvia Cavallieri nos sugiere que la intervención profesional del trabajo social se relaciona a una práctica basada en determinadas perspectivas teóricas-metodológicas y, en esta línea, la concepción que tengamos de la realidad constituye un elemento fundamental de nuestra práctica. Para esto nos advierte que puede existir un reduccionismo teórico manifestado en dos polos donde no hay mediación: un individualismo abstracto de un lado y un universalismo abstracto de otro (Cavallieri, 2009). Esto nos parece sumamente esclarecedor para poner en diálogo con el campo de la salud ya que varias veces las enfermedades se presentan como meros problemas individuales sin construir mediaciones conceptuales que tensen aquellas afectaciones con las condiciones de vida en que éstos se desenvuelven.

A su vez queremos recuperar los aportes de M. Rozas Pagaza quien menciona que el campo problemático del trabajo social es una construcción teórico-práctica. También menciona que el objeto de intervención surge en la medida en que “existen distintas problemáticas que expresan los actores sociales, que a su vez son expresiones de sus necesidades sociales” (Rozas Pagaza, 1998). Estas situaciones problemáticas surgen de los antagonismos inherentes a los procesos de reproducción social, entendidos, éstos, como la explicitación de la cuestión social.

Esta marcación conceptual nos resulta clave para poner en diálogo con algunas consignas de la salud colectiva a fin de poder redefinir el objeto de las ciencias de la salud. En su propósito de desplazar las enfermedades como instancia única de abordaje, la salud colectiva sostiene, también, que los modos sufrir, enfermar o morir se subsumen a los modos en que se orientan los procesos de reproducción social. La vida, en este sentido, adquiere una proyección diferente acorde a las condiciones sociales en que ésta se desarrolla, hablando, entonces, de necesidades sociales que surgen a partir de

las formas en que la salud de la población se produce y reproduce.

En vías de conectar los modos de sufrir y padecer con los procesos sociales de producción y reproducción, proponemos recuperar de la salud colectiva tres propuestas teórico epistemológicas para seguir ampliando nuestro arco categorial. Éstas son la de "necesidades sociales en salud", "determinación social de la salud" y "problemas de salud como interfaz".

El sanitarista brasileño, Jairnilson Silva Paim nos invita a la "la reconceptualización del objeto de las prácticas de la salud colectiva" y a "la reflexión epistemológica sobre el concepto de salud" y para esto propone la noción de "necesidades sociales de salud". Las mismas suponen no reducir el objeto a enfermedades, carencias, riesgos y/o "fallas" orgánicas; por lo contrario, nos propone ampliar la perspectiva hacia "las condiciones necesarias para gozar de salud". La misma conceptualización, en vías de construir un objeto más abarcador, requiere la comprensión de los procesos de determinación social de la salud (Silva Paim, 2020).

En consonancia, el autor apuesta a extender los conocimientos y habilidades para constituir nuevas competencias profesionales, en la medida en que las intervenciones propuestas por el reduccionismo biomédico terminan siendo insuficientes para pensar las necesidades sociales en salud. Las tecnologías empleadas en el ámbito de los servicios de salud para el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, aunque eventualmente tienden a ser eficaces en el plano individual (clínica), pueden no serlo en relación a las necesidades sociales de salud (Silva Paim, 2020). En este sentido, la felicidad, la calidad de vida, la autonomía, etc., son parte de las necesidades sociales en salud. Pensar el objeto de la salud colectiva desde este marco epistémico establece un componente ético-político asociado a la defensa de la vida de las personas, alejándose de los obstáculos planteados por el modelo médico hegemónico y el objeto de sus prácticas.

Es decir, nuestra intervención como profesionales de la salud no se agota en la inmediatez de los padecimientos o en la potencialidad de sufrirlos. Por el contrario, situar nuestras prácticas orientadas a las necesidades sociales en salud, es construir y producir salud considerando las mediaciones existentes entre lo singular y lo universal. A diferencia de esto, e inspirados en las contribuciones de S. Cavallieri, la enfermedad puede homologarse a un

problema individual sin ponerla en relación con las condiciones que disponen las estructuras sociales, al mismo tiempo que pueden plantearse riesgos epidemiológicos sin enfoques situados a la realidad subjetiva de les afectadas.

A continuación, la categoría de "determinación social" nos ayuda a pensar otra forma de problematización para la reconstrucción del objeto. Al incorporar la noción de reproducción social como eje en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, resulta ineludible relevar los aportes de esta categoría. Jaime Breilh, referente de lo que él denomina "Epidemiología Crítica", nombra varias acepciones que la ciencia otorga al concepto de determinación social. Él prioriza aquella que dice "son procesos determinados los que tienen un modo de devenir definido" (Breilh, 2015). Avanzando en esa obra, Breilh menciona que "los modos de devenir" que "determinan" la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos, que adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada proceso histórico, es decir, de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan.

Así, según la forma en que se desenvuelve la sociedad y se construyen los modos de vida colectivos, los procesos sociales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). Si bien la unidad de análisis de la vieja epidemiología es la idea de la realidad dividida en "factores" (la concepción causalista de los factores de riesgo), para la epidemiología crítica su unidad de análisis la constituye la concepción de la realidad como un proceso. Estos procesos devienen o se desarrollan como movimiento organizado alrededor de las formas de reproducción social, con sus relaciones y contradicciones, o sea, una concepción dialéctica de los modos de devenir de las condiciones de vida de la población.

En este sentido, la proyección de la acción en salud debe pensarse como ruptura de los procesos que deterioran nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención de la salud) y como impulso de los procesos que nos protegen o nos perfeccionan, tanto colectiva como subjetivamente (promoción de la salud) (Breilh, 2015). Este enfoque nos invita a reflexionar críticamente alrededor de cómo las desigualdades sociales impactan negativamente en la salud de los sectores más vulnerabilizados. La situación de precariedad habitacional en los barrios, la pobreza estructural o la situación de mujeres que sufren violencia doméstica, son algunos de los ejemplos

que invitan a pensar que el campo problemático puede desplazarse hacia esos procesos que deterioran la salud por encima de cualquier fenómeno patológico aislado.

Por su parte, Juan Samaja, epistemólogo argentino, nos propone otra categoría para poder problematizar la salud de un modo innovador. Esta categoría es la de “interfaz” en relación a los problemas de salud. La interfaz sugiere que una situación de salud nunca se presenta como un objeto puro, sino que éste se proyecta en torno a lo que una comunidad o sociedad valora o da sentido. Esto quiere decir que los problemas de salud se construyen en el marco de la sociedad que los contiene y a la situación cultural y simbólica en que se inscriben. El autor plantea que todas las disciplinas científicas que tratan sobre la salud humana ponderan una perspectiva común: “el examen de lo que la vida humana es a la luz de lo que debiera ser”. Esto implica que las ciencias de la salud presuponen un “fin o bien” que debería ser alcanzado (Samaja, 2016), acentuando, de este modo, que la salud se constituye como un proyecto ético. Posteriormente, completa el argumento diciendo que el objeto de estudio de las disciplinas del área de salud lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el devenir de los sujetos y las comunidades (Samaja, 2016). Esa tensión social da lugar a un espacio transicional: un interfaz “entre” aquello que irrumpe como afectación y la alternativa o significado que socialmente se proyecta para revertirlo.

Entonces, desde esta perspectiva, no es lo mismo atravesar un padecimiento relacionado a un diagnóstico de tuberculosis en una sociedad con altos índices de empleo formal que otra que no; dado que es un problema de salud diferente sostener un aislamiento domiciliario, como parte del tratamiento, cuando existe la posibilidad o no de generar ingresos para subsistir. Por consiguiente, el foco no puede situarse en “la tuberculosis” abstraída de la situación social del sujeto. Si bien es un ejemplo sencillo, esclarece que el problema de salud no es la enfermedad en sí, sino el conflicto social y subjetivo que emerge “entre” la enfermedad y la responsabilidad de sostener el empleo, como valor social. La interfaz viene a sugerir que los problemas en salud son transiciones entre una afectación y lo que se valora en torno a esto. Así, un “problema de salud” se define a partir de las contradicciones que emergen en los procesos de reproducción social de los sujetos o las comunidades (Samaja, 2016).

Finalmente, esto nos ayuda a reflexionar sobre la noción de interseccionalidad. Según el enfoque de estos

autores, los problemas de salud son siempre interseccionales, en tanto cualquier padecimiento, analizado desde la salud colectiva, nunca es ajeno a los procesos de determinación estatal, cultural, de género o de clase. Vale destacar la importancia de esta categoría construida desde los feminismos, ya que resulta necesaria de ser articulada con el campo de salud para comprender las situaciones de desigualdades múltiples que se presentan en los dispositivos de salud. Esta categoría contribuye a analizar el problema de un modo no fragmentado ni aditivo ni secuencial (Pombo, 2019).

Esto se puede complementar con que la realidad social no es homogénea ni plana, sino que la existencia de los sujetos se encuentra “desgarrada” entre las distintas “interfaces” de la estructura social, lo cual imprime un “relieve” al análisis de las situaciones problemáticas. Esto nos permite pensar que una necesidad en salud no solo atraviesa a los sujetos como mero “enfermos o pacientes”, sino que ese actor individual deviene actante sujeto en el momento en que su fuente de determinación deja de ser unívoca y se encuentra “desgarrado” en una interfaz de distintos estratos sociales (Samaja, 2016). Quien padece no solo se constituye como paciente, sino que también es un ciudadano, que a la vez es trabajador o miembro de un tipo de familia. Se puede presentar como mujer que atraviesa una diabetes, pero que también tiene que sostener su trabajo informal, que también el Estado le niega la urbanización de su barrio o que ha sido víctima de violencia machista. En todos estos casos, el sujeto que sufre desdobra su agencia de dos o varios escenarios, integrando la satisfacción de sus necesidades en salud a las tramas estatales, mercantiles o de género que habita. Éstas, a su vez, ofrecen diferentes sentidos o respuestas a su salud según al proyecto ético político y social al que suscriben.

### **Perspectivas ético-políticas entre la producción de salud y el trabajo social**

En este apartado, nos gustaría partir con las siguientes interrogantes ¿cuál es el sentido de nuestra intervención?, ¿para qué intervenimos en salud? ¿Cuál es el valor de nuestra intervención? ¿La normalidad? ¿El equilibrio? ¿La cura? ¿La rehabilitación? En primer lugar, nos parece primordial recuperar a Susana Cazzaniga y a José Paulo Netto para pensar la dimensión ético-político en el trabajo social. Asumir que en nuestra práctica se ponen en juego valores éticos remite a reconocer la complejidad política de toda intervención profesional.

Cazzaniga transmite la preocupación de que la práctica encierre lo ético "a la consolidación de valores, fines e intencionalidades" de modo que opaquen "el carácter socio histórico y las tensiones que los mismos presentan a la hora de la intervención profesional" (Cazzaniga, 2019). A esto agrega, que nuestra responsabilidad como profesionales se enaltece en esas instancias donde se presentan verdaderos dilemas éticos y que cada alternativa hacia donde orientamos nuestras estrategias implican consecuencias respecto a los derechos, autonomías y libertades de los otros (Cazzaniga, 2019). En línea de lo que venimos planteando, pensemos en cómo puede calificarse el trabajo en salud en la medida que se incluyan perspectivas relacionadas a los derechos humanos, la autonomía y la libertad.

Esto viene al pie para poner en valor el indispensable aporte de Netto para pensar lo ético-político en torno al rol profesional. Él menciona la importancia de orientarnos hacia un tipo de proyecto colectivo que nombra como "proyectos societarios". Éstos son definidos como aquellos proyectos que presentan una imagen de sociedad a ser construida, que reclaman determinados valores para justificar y que privilegian ciertos medios (materiales y culturales) para concretarla. "En los proyectos societarios hay necesariamente una dimensión política, que envuelve las relaciones de poder" (Netto, 2003).

Luego, en excelente sintonía con lo propuesto por nuestros referentes del trabajo social, la salud colectiva se distingue de otros movimientos del campo de la salud en la capacidad de enunciar el componente ético de cualquier práctica en salud. Resulta sumamente esclarecedora la frase de Silva Paim cuando refiere que "el trabajo en salud tiene un componente ético esencial vinculado a la emancipación de los seres humanos" (Silva Paim, 2020). Luego recupera algunos principios o ejes orientadores de este movimiento. Uno de ellos indica que la salud colectiva se propone "la apertura a paradigmas éticos que aprehendan formas no hegemónicas de producir y concebir el proceso de salud-enfermedad-cuidado". También queremos recuperar aquel que da lugar a la "construcción de espacios de emergencia de sujetos políticos y de deseo, comprometidos con transformaciones en el campo de la salud colectiva, con la producción de reflexión crítica y de prácticas desarrolladas en diversas esferas de la vida académica y social" (Silva Paim, 2020). Esto resulta similar al desarrollo de Netto y Cazzaniga en tanto nuestra práctica, como profesionales de la salud, se vuelve insumo y motor de un proyecto colectivo mayor.

Sin embargo, la oferta de la salud colectiva, en relación a la dimensión ético-política, no se agota sólo en la posibilidad de orientar nuestro trabajo en salud hacia la generación de sujetos de deseo o nuevos proyectos societarios. Esta nos propone una categoría que nos resulta clave para pensar nuestro rol profesional: la de valor de uso en salud. Por otro lado, la idea de valor de uso no puede entenderse sin explicar lo que Gastão Wagner De Sousa Campos denomina "producción de salud".

El autor define la "producción de salud" como una combinación cualitativa y cuantitativa de prácticas orientadas a producir algún valor de uso; entendido éste como un posible satisfactor de una necesidad social (Sousa Campos, 2021). En esa línea, reconoce distintos modos de producción de salud que pueden combinarse o retroalimentarse. La vigilancia en salud, la promoción de la salud, la prevención en salud, las políticas públicas y sociales, la clínica, la rehabilitación y la urgencia, son a grandes rasgos los modos en que pueden reagruparse estas prácticas. Esto nos parece decisivo para posicionar y jerarquizar al trabajo social dentro del campo de la salud a través de la posibilidad de reconocernos como actores y protagonistas de procesos saludables, sin necesariamente subsumir o reducir nuestro rol profesional a nociones como "clínica", "cura" o "tratamiento". Esta perspectiva teórica, epistemológica y práctica nos convoca a aseverar que el trabajo social puede ser un agente activo y rector en la producción de salud.

Sin embargo, aclara que "no hay límites precisos o rígidos entre estos diferentes modos de producción" ya que "todos ellos usan prácticas de promoción y de prevención, acciones clínicas, de rehabilitación y de cuidados" y "lo que varía es el énfasis con que se utilizan" (Sousa Campos, 2021). Cita como ejemplo que, si bien la clínica se vale predominantemente de prácticas de atención singular, ésta, para ganar en eficacia, necesita incorporar articulaciones con la política social.

Pensando en clave de este esquema conceptual, el Sousa Campos instala que "la salud será, por lo tanto, el resultado de un proceso de producción". Esto resulta necesario destacar ya que para él "la salud no será el objeto de intervención de las prácticas sanitarias". La salud es entendida como "un proyecto, un devenir y un bien a ser conquistado" (Sousa Campos, 2021). En el esquema epistemológico tradicional, el objeto de ciencias de la salud está representado por "la dolencia o por situaciones que la potencian", sin embargo, la salud es vista como un producto, un fin, un resultado ansiado, un objetivo.

En esta trama de ideas retomamos la pregunta por ¿cuál es el proyecto que busca la producción de salud al intervenir en los padecimientos, las enfermedades, o como preferimos mencionar en este artículo, las necesidades sociales en salud? Esta misma pregunta se puede economizar interrogando ¿Qué valor produce el trabajo en salud?

En vías de ampliar la discusión, el valor de uso se entiende como la utilidad que las personas concretas asignan a sus proyectos saludables, como un producto socialmente construido (Sousa Campos, 2021). Para el autor el valor de uso se expresa o se traduce de las necesidades sociales (en salud). Para esto resulta sencillo ejemplificar la situación de una persona que consulta por un padecimiento mental asociado a una sintomatología que le obstaculiza trabajar o practicar un deporte que disfruta. En estas coordenadas, el equipo de salud puede considerar “saludable” remitir solamente la sintomatología, aun cuando la medicación le impida trabajar o practicar el deporte. Como contrapunto, la producción de salud se orienta a alcanzar el valor de poder trabajar o realizar deporte. Esto coincide con otra definición donde, según Canguilhem, la salud será “esa mayor disponibilidad de elegir entre varios modos de andar por la vida, la enfermedad será una reducción de esas posibilidades y la muerte el cero absoluto en la elección de esos riesgos” (Sousa Campos, 2021).

Esta última frase resulta idónea para destacar el rol del trabajo social en el marco de estos enfoques. ¿Qué valor tiene la salud en tanto nuestras prácticas pueden reproducir o agudizar las mismas desigualdades que deterioran la salud? ¿Puede existir “mayor disponibilidad de elegir de modos de andar en la vida” si el trabajo en salud no avanza en revertir las injusticias sociales? ¿Puede la salud constituirse un valor de uso si aún se acentúan los procesos de vulnerabilidad y precariedad social?

Este tipo de preguntas revisten a los trabajadores de la salud en la responsabilidad de poner sobre la mesa el aspecto ético de sus prácticas, que recuperando a Cazzaniga insistimos en revisar los grados de autonomía, libertad o acceso a derechos que supone la producción de salud. A modo de conclusión de este apartado, Sousa Campos acompaña los señalamientos que hace Cazzaniga, al decir que existen usuarios del sistema de salud que no son incorporados en “la construcción activa de modos de andar en la vida, en la construcción de valores de uso”. También agrega que “la participación de los sujetos en la administración de las relaciones entre deseos,

intereses y necesidades sociales es la condición sine qua non de la democracia de la construcción de sujetos saludables” (Sousa Campos, 2021).

A modo de conclusión, estas ideas nos llevan a pensar que el sentido ético de nuestra práctica en salud permite revisar las estrategias aplicables sobre los problemas relacionados a los procesos deteriorantes de la salud, resultado de la violencia, la pauperización económica, la segregación racial o sexista. Así como entender la producción de salud como una forma posible para habilitar caminos de emancipación, de reparación de derechos y de ampliación de la calidad ciudadana.

## **Estrategias e instrumentos de la salud colectiva para la producción de salud**

En este apartado nos resulta interesante poner en debate qué herramientas o qué estrategias puede ofrecer la salud colectiva como campo de saberes y prácticas. Nos atañe hacer hincapié en este último término ya que la dimensión instrumental es un componente imprescindible en la producción de salud. A la vez nos permite pensar en estrategias que viabilicen los proyectos en salud que estamos enunciando. Por lo tanto, podemos iniciar problematizando que es crucial “superar la división entre conocimiento y acción para poder darle un salto cualitativo a la técnica, asumiendo que ésta presenta una matriz teórica que opera como régimen de mirada de los procedimientos en relación con el sentido que se pretende” (Cazzaniga, 2002).

En este escrito pudimos repasar qué buscamos con nuestra práctica en salud, cuál es el valor que intentamos producir con nuestro trabajo y cuál es el sentido ético de nuestras intervenciones. En esta línea podemos argumentar que algunos de los obstáculos en la producción de una salud orientada a la promoción de derechos, autonomía y libertad se encuentran en algunos de los procedimientos que se presentan en los dispositivos de salud. A esto también podemos agregar que la vigencia del modelo médico hegemónico no sólo se basa en su anclaje epistemológico e ideológico, sino que la reiteración de una racionalidad instrumental y la mecanización del ejercicio asistencial en procedimientos deshumanizantes, contribuye a su actualidad.

Para esto tomamos uno de los referentes de la salud colectiva, Emerson Merhy, quien despliega una amplia propuesta conceptual para reflexionar en torno al traba-

jo en salud. En este sentido las categorías que vamos a exponer para esta discusión son la de "trabajo vivo en acto", "trabajo muerto", "tecnologías duras" y "tecnologías leves".

El trabajo vivo se vincula a toda la acción creativa y a la potencia de transformar las condiciones dadas. El autor destaca con énfasis que en nuestra práctica debería anteponerse "el trabajo vivo" porque en el campo de la salud prima el encuentro entre sujetos, lo cual supone una instancia inédita donde cualquier parametrización u cristalización del ejercicio profesional puede obtener emergentes relevantes para una labor de calidad. A su vez, el trabajo vivo en acto es la cualidad fundante del proceso de trabajo en salud, pero puede ser "capturado" por el trabajo muerto (Merhy, 2016). El trabajo muerto se refiere a todos aquellos elementos o medios que son resultados del trabajo humano anterior (medicación, procedimientos instrumentales, protocolos, estereotipos discursivos). Se denominan así porque, a pesar de haber sido producto del trabajo vivo, ahora se incorporan de forma cristalizada y objetalizada (Merhy, 2016). Es pertinente reiterar que se entiende por "captura del trabajo vivo": esto sucede cuando la posibilidad de acercarse a la demanda sentida del sujeto, indagar sobre su contexto social o atender sus deseos o preocupaciones se ve clausurada por aquellos procesos estereotipados por los saberes y prácticas positivistas o burocratizadas.

En una situación de un usuario que sufre diabetes, utilizar el encuentro con él para preguntar solamente si se aplica de forma correcta la insulina (sin tener en cuenta cómo se siente, si cuenta con apoyos o los insumos necesarios para conservarla) aplica a esta idea. También cuando el usuario puede ser internado producto de una hiperglucemia sin proyectar como atender sus necesidades sociales o subjetivas cuando egrese del hospital responden a la lógica de "captura del trabajo vivo por el trabajo muerto".

Por otro lado, Merhy comienza analizando la idea de que la tecnología, no sólo se relaciona a una colección de equipamientos o herramientas, sino también al saber hacer y a un ir haciendo donde se incluyen "los conocimientos profesionales incorporados en las formaciones de grado bajo una cierta estructura" (Merhy, 2016). Aquellas tecnologías que suponen una construcción previa, un saber dado (cerradas en un objeto o discurso) son las que se denominan tecnologías duras, que se destacan por la estructuración y protocolización de su ejercicio.

Sin embargo, existen otro tipo de tecnologías: las leves. Cualquier abordaje asistencial de un trabajador de la salud, junto a un usuario, se produce a través del trabajo vivo en acto, en un proceso de relaciones, es decir, en un encuentro entre personas, que actúan una sobre la otra, y en el que opera un juego de expectativas y producciones recíprocas. De esta manera se crean intersubjetivamente momentos de conversación, escucha e interpretaciones, modos de alojar a esa persona, ampliación de apoyos comunitarios, acuerdos comunes sobre el problema a responder, etc (Merhy, 2016). Según la combinación de estas tecnologías, plantea Merhy, se producen distintos tipos de intervenciones. Si bien no anula o cancela el uso de tecnologías duras, sugiere la importancia de que el proceso de producción de salud esté conducido por las tecnologías leves. En general, las especialidades médicas tienden a la saturación y sobrevaloración de tecnologías duras (o permiten que éstas conduzcan el proceso): equipamiento, internaciones restrictivas, uso de fármacos, etc. De este modo terminan dejando de lado el desarrollo de tecnologías leves que ubican al sujeto en el centro, que es el motor para gestar vínculos fértiles para la producción de salud.

Las tecnologías leves constituyen la mediación necesaria para el trabajo vivo en acto, que, según el autor, adquiere una serie de cualidades o posibilidades diferentes a otros tipos de prácticas. En primer lugar, interpreta las necesidades sociales, demandas o problemas de salud no como carencia sino como potencia de ser o como deseo de transformación. Luego, se propone habilitar direcciones estratégicas no pensadas, nuevos sentidos y recuperar las potencias de los sujetos o los dispositivos. A su vez agrega, que las tecnologías leves permiten la apertura a prácticas creativas, idóneas para necesidades o problemas en salud complejos. También el trabajo vivo se ofrece como distinción entre modelo médico hegemónico y otra ética en salud, abriendo la caja de herramientas hacia las tecnologías de los vínculos, de la hospitalidad, de lo comunitario y de los espacios de encuentro. Esto constituye a la intervención como una acción basada en procesos intersubjetivos y permite la configuración de nuevos territorios existenciales, nuevas singularidades para la intromisión de líneas emancipadoras (Merhy, 2016).

En la situación que nombramos recientemente, ampliamos que el problema en salud no era la diabetes ni la hiperglucemia por sí solas, sino que los procesos de precariedad habitacional y vincular que redundaron en la soledad y desconfianza de la persona con los servicios



de salud (lo que lo llevó a no consultar ni recibir apoyos o cuidados). El proyecto en salud a producir tuvo como estrategia rodear de cuidados a esa persona y recuperar la confianza de ésta con el sistema de salud. En esa línea, las tecnologías que condujeron la mejoría en su salud integral se orientaron a realizar distintos tipos de escuchas cálidas, a la reparación de necesidades materiales, a la asistencia económica, al abordaje con la familia, a la construcción de otros apoyos comunitarios y el acompañamiento en el domicilio. Una vez abordadas estas estrategias, el requerimiento de aplicarse la insulina y el control de nivel de glucemia pudo ser una posibilidad concreta en la trama social del sujeto.

Este tipo de instrumentos, vinculados al trabajo vivo y a las tecnologías leves, se relacionan a lo que Emerson Merhy llama “dimensión cuidadora”. Esta se entiende por la serie de prácticas dirigidas al sostenimiento y reproducción vital de la persona, que se componen de procesos de escucha, alojamiento, estrategias de promoción, prevención, fortalecimiento y ampliación de lazos sociales, entre otras cosas. Por otro lado, y como cierre de este apartado, incluimos como “trabajo vivo en acto”, también, a todo aquello que promueva la salud comunitaria, no sólo como instancia para abordar lo territorial, sino como estrategia y horizonte de ampliar la capacidad de resolución de conflictos de las personas con otros y junto a otros, ampliando las interacciones sociales y la potencia cuidadora de los lazos sociales.

En esta línea siempre tenemos presente los aportes de Antonio Lancetti, quien indica que “a nivel terciario (hospitalario) las respuestas son estandarizadas, masificadas, elementales: medicaciones sedativas, contenciones en el lecho, aislamiento, etc. Es en el nivel primario, de la red básica, donde las acciones deben ser más complejas: trabajar con la familia, con las personas en crisis, con los vecinos, con los actores sociales en el territorio que viven” (Amarante, 2007). Por lo tanto, tomando esta cita, la complejidad queda ubicada en el territorio. El reto sería, entonces, desplazar, trasladar o, mejor, reubicar los cuidados y las tecnologías en salud en la comunidad.

### **A modo de conclusión: la intervención profesional y la ética del cuidado**

Si bien a modo de cierre y conclusión podemos hacer repaso de lo expuesto, nos parece más innovador reflexionar en torno a la noción de cuidado y ver si este

concepto nos puede ofrecer una síntesis de lo que venimos desarrollando. ¿Qué se entiende por cuidado para la salud colectiva? y ¿por qué es necesario recuperar esta idea?

Varios autores que analizan este concepto destacan la polisemia del mismo, incluso a lo largo de la pandemia, donde la salud ocupó un lugar central en la agenda, fue uno de los conceptos que más se nombró. Más que repasar distintas definiciones proponemos hacer alusión a algunas que complementan los distintos ejes abordados en el artículo para dar cuenta de la relevancia del cuidado en la producción de salud.

En primer lugar, Carvalho-Mesquita Ayres plantea que “curar, tratar, controlar constituyen posturas limitadas” ya que “estas prácticas suponen, en el fondo, una relación estática, individualizada e individualizante, objetivadora de los sujetos de nuestras intervenciones. A diferencia propone “cuidar”, en el sentido de un “tratar que sea” ya que “cuidar de la salud de alguien, o de algunas personas, es más que construir un objeto e intervenir sobre el mismo”. Como contrapunto agregar que “para cuidar se debe considerar y construir proyectos” (Ayres, 2002). Esto nos invita a pensar que la salud no debe reducirse ni a las enfermedades, ni a los riesgos, sino que deben ampliarse a las necesidades sociales en salud dialécticamente integradas a los procesos sociales y políticos que benefician o deterioran la salud; por lo que cuidar, en tanto proyecto, es una apuesta a la transformación de estos escenarios.

Luego en una línea semejante, E. Merhy se pregunta “¿cuándo alguien está siendo cuidado?” A esto responde, que el cuidado sucede en la medida en que se estén ampliando lo que él llama “conexiones existenciales” (Merhy, 2012). Éstas son entendidas como la multiplicidad de interacciones, que no solo implican vínculos o lazos sociales, sino que generan efectos y afectos vivificantes en las personas. Asume que, practicando una ética del cuidado, se genera un vivir más calificado, en tanto se amplían las oportunidades de estar, sentir y proyectarse con otros (Merhy, 2012). El rol de trabajo social, además de avanzar a revertir los procesos que precarizan la vida, se encuentra enlazado a aquellas prácticas que dinamizan los lazos sociales, los apoyos comunitarios y las relaciones intersubjetivas. La salud como proyecto de “disponibilidad de elegir entre varios modos de andar por la vida” se califica o potencia en la medida en que los sujetos se enlazan en proyectos colectivos.

Finalmente, la última acepción del cuidado, la que-remos relacionar con su inherente dimensión ética. Leonardo Boff nos recuerda que "cuidamos o perecemos", ya que el cuidado asume la doble función "de prevenir daños futuros y regenerar daños pasados" (Boff, 2012). El cuidado como dimensión ontológica y antropológica muestra esta vinculación de todes basada en el hecho de una reciprocidad general y común. En sintonía con lo anterior, refuerza la idea de pensar la salud de un modo relacional y colectivo, sin embargo, nos advierte que estos vínculos no pueden ser de cualquier manera. Boff menciona que "la ética de cui-

dado completa la ética de la justicia", en tanto la reciprocidad de los sujetos no debe darse en el marco de escenarios de vulneración o desigualdad social. Pensar el sentido del trabajo social en consonancia con la salud colectiva, y desde la ética del cuidado, nos procura el desafío abordar las necesidades sociales en salud, mediante la promoción de vínculos intersubjetivos y lazos comunitarios en base al afecto y el sostén, con la intencionalidad de incidir en proyectos saludables que asienten y convaliden la justicia social, la dignidad, la autonomía, los derechos humanos de los sujetos y las comunidades.

## Bibliografía

- Amarante, P (2009) *"Superar el Manicomio. Salud Mental y atención psico-social"* de Buenos Aires: Editorial Topia.
- Ayres, C (2002) *"Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones"*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002.
- Boff, L (2012) *"El cuidado necesario"* Madrid Editorial Trotta.
- Breilh, J (2003) *"De la epidemiología lineal a la epidemiología dialéctica"* en *"Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad"*. Editorial Lugar.
- Cavalleri, S (2008). *"Repensando el concepto de problema sociales. La noción de situaciones problemáticas"*. En: Castronovo, Raquel y Cavalleri, Silvina (coordinadoras). Ediciones de la UNLa (2008)
- Cazzaniga, S. (2001) *"El abordaje desde la singularidad"*. En: Desde el fondo, cuadernillo N° 22. UNER. Facultad de Trabajo Social. <http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/fondo/num21/cazzaniga21.htm>.
- Cazzaniga, S (2002) *"Trabajo Social e interdisciplina la cuestión de los equipos de salud"* Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, ISSN-e 0327-7585, N°. 27, 2002.
- Cazzaniga, S (2015) *"Trabajo social: miradas teóricas, epistemológicas y políticas"* Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social"-Año 5-Nro. 9.
- Cazzaniga, (2019) *"La ética como inculcación de valores, como tema y como cuestión en Ética y Trabajo Social. Reflexiones sobre sus fundamentos e implicancias en los procesos de intervención"*. La Plata Ed. Colegio de Asistentes Sociales Trabajadores Sociales de la Pcia. Bs As.
- Merhy, E, Feuerweker, L., C., Silva, E. (2012) *"Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental"* Revista Salud Colectiva. 2012 Abril;8(1):25-34.
- Merhy, E; Bastista, F (2016). *"Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud"*. Buenos Aires Editorial Lugar.
- Netto, J (2003) *"La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea"* en *"Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional"* Elisabete Borgianni, Yolanda Guerra y Carlos Montaña (orgs.)
- Pombo, G (2019) *"La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo"*. En: Trabajo Social y Feminismos: perspectivas y estrategias en debate. Colección Debates en Trabajo Social. ICEP-CTSPBA.
- Rozas Pagaza, M. (1998) *"Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social"*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Samaja, J (2016). *"La reproducción social y las relaciones entre salud y condiciones de vida"* en *"Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina"*. Buenos Aires Editorial Lugar.
- Silva Paim, J (2020) *"El objeto y práctica de la salud colectiva: ¿el campo demanda un nuevo profesional"* en *"Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI"* De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Sousa Campos, G. (2021) *"Salud Pública y Salud Colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas"*, en *"Gestión en Salud: en defensa de la vida"*. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.

