



Cuadernos I

*Esfera Pública
y Procesos de Intervención
en Trabajo Social*

Colección Digital
Documentos para el ejercicio
profesional del Trabajador Social

CIS

esfera pública y procesos de intervención en trabajo social

Laura Julieta Rébora
María Sol Romero
María Sofía Russo
(Compiladoras)

Serie Cuadernos

esfera pública y procesos de intervención en trabajo social

Laura Julieta Rébori
María Sol Romero
María Sofía Russo
(Compiladoras)

Cuadernos I

Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social

Comité editorial:

Marina Cappello, Virginia Siede y Andrea Oliva.
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Valeria Redondi
(Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As.)

Coordinación general:

Ximena López

Evaluación:

Liliana Madrid.

Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social / Laura Julieta Rébora ... [et.al.] ;
compilado por Laura Julieta Rébora ; María Sol Romero ; María Sofía Russo. - 1a ed. -
La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos
Aires, 2015.
E-Book.- (Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social. Cuadernos)

ISBN 978-987-45560-4-2

I. Trabajo Social. I. Rébora, Laura Julieta II. Rébora, Laura Julieta , comp. III. Romero, María Sol ,
comp. IV. Russo, María Sofía , comp.
CDD 361.3

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la
fuente. Todos los derechos reservados.

Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

Calle 54 # 742 Piso 3° (1900) La Plata - Bs. As.

Tel-Fax (0221) 427-1589 - E-mail: info@catspba.org.ar - www.catspba.org.ar

Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires

CONSEJO SUPERIOR

Mesa Ejecutiva:

Presidente: VALERIA ANDREA REDONDI
Vicepresidente: LEANDRO JAVIER GAUNA
Secretario: MANUEL WALDEMAR MALLARDI
Tesorero: MARCELO ANÍBAL ECHAZARRETA

Vocales Distrito Azul:

Titular: MARÍA VIRGINIA GARDEY
Suplente: MARÍA CECILIA PEREZ

Vocales Distrito Bahía Blanca:

Titular: NATALIA E. S. ALARCON ITALIANO
Suplente: DIEGO ALEJANDRO MUNICOY

Vocales Distrito Dolores:

Titular: MARISA FERNANDINO
Suplente: -

Vocales Distrito Junín:

Titular: NADIA CELESTE RODRIGUEZ
Suplente: NATALIA PAOLA COPPOLA

Vocales Distrito La Matanza:

Titular: MARÍA CRISTINA
Suplente: -

Vocales Distrito La Plata:

Titular: MIRTA GRACIELA RIVERO
Suplente: MARÍA JOSÉ CANO

Vocales Distrito Lomas de Zamora:

Titular: LEONARDO MARTONE
Suplente: MARIA ROSA MAZZIOTTI SUAREZ

Vocales Distrito Mar del Plata:

Titular: MARCELA PATRICIA MOLEDDA
Suplente: MARIANA SOLEDAD BUSTOS YAÑEZ

Vocales Distrito Mercedes:

Titular: MARÍA DOLORES APRAIZ
Suplente: NANCY MIRIAM ROSANA PEZZATO

Vocales Distrito Moreno-General Rodríguez:

Titular: AZUCENA NOEMÍ GUIZZO
Suplente: GRACIELA CRISTINA BRUNO

Vocales Distrito Morón:

Titular: MARÍA DOLORES ISABEL PEDEMONTE
Suplente: MÓNICA LILIANA FERRARO

Vocales Distrito Necochea:

Titular: MARINA FUENTES
Suplente: -

Vocales Distrito Pergamino:

Titular: MARÍA CECILIA DE LUJÁN OSOVI
Suplente: CARLA MARCELA LAMBRI

Vocales Distrito Quilmes:

Titular: SILVIA FRANCO
Suplente: -

Vocales Distrito San Isidro:

Titular: JORGE GUSTAVO TORRES
Suplente: SERGIO DARÍO CORES

Vocales Distrito San Martín:

Titular: ALICIA DEL CARMEN MASA
Suplente: ARIELA KLIGER

Vocales Distrito San Nicolás:

Titular: MÓNICA BLANCA LAGO
Suplente: CARINA SILVIA CHAVES

Vocales Distrito Trenque Lauquen:

Titular: VICTORIA ALICIA ALVAREZ
Suplente: SONIA ADRIANA FRESNADILLO

Vocales Distrito Zárate-Campana:

Titular: MATÍAS JOSÉ MARTINEZ REINA
Suplente: MARCELA SOLEDAD BEL

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales titulares:
Marina BATTILANA
María Inés PIETRANGELI
Marisa Beatriz SPINA
Viviana Beatriz IBAÑEZ
Claudio Omar ROBLES

Vocales Suplentes:
Ines Cristina LAVOREL
Patricia Susana DE LA MATA
Elizabeth Susana TIRAMONTI
Mariana Ines PEREZ
Bibiana Alicia TRAVI

índice

- 7** **Introducción**
Laura Julieta Rébora, María Sol Romero, María Sofía Russo
- 11** **Estado, sociedad civil y políticas sociales: una discusión en torno del patrón de intervención en el contexto actual**
Adriana E. Rossi
- 26** **Debates sobre la criminalización / Despenalización del aborto**
Andrea D'Atri
- 40** **Aportes del Trabajo Social a los procesos de Externación. Del recorrido de las lógicas manicomiales a la perspectiva de derechos**
Laura Andreoni, Carolina Piris, Yamailen Salvareyes, Laura Sandoval, Jaqueline Torres, Clara Weber Suardiaz
- 51** **Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. La Intervención Social a la luz del Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**
Rubens R. Méndez, Damián A. Wraage, Agustina Palacios, María Angeloni, María Ana Costa, Francisco José Bariffi, Marina Bolgeri, María Laura Serra, Natalia Fainburg, María Celeste Camou, María Victoria Martinucci
- 73** **Intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la oncología**
María Sol Romero
- 84** **Formación de Posgrado: la Residencia como ámbito de formación, debate y confluencia de miradas**
Cecilia Ayala, Marcela Darget, Natalia Lizarraga, Julia Medina, Omar Pesolano, Cecilia Ramírez, Romina Villafañe
- 99** **Ramón Carrillo: Bosquejo de una biografía**
Olga Paez
- 117** **Educación y pobreza. Instituciones “estalladas”**
Mario Villarreal
- 127** **Trabajo Social y Escuela Rural. Elementos teóricos para la intervención profesional de los trabajadores sociales en la educación rural.**
Diego Bermeo, Natalia Bonavita

intervención profesional del trabajo social en el campo de la oncología

María Sol Romero ¹

Presentación

La investigación denominada *Trabajo Social y atención de la salud. La cuestión del cáncer, el enfermo oncológico y su entorno vincular (2010)* se constituye en el antecedente inmediato del artículo que presentamos a continuación. La pesquisa desarrollada demandó el despliegue de tácticas de acceso a la información (entrevistas) no sólo a enfermos de cáncer y/o su entorno vincular, sino también a médicos y referentes de organizaciones sociales intervinientes en la cuestión. Además, la indagación señaló como necesario el acercamiento a textos específicos y a profesionales de Trabajo Social cuyo ejercicio los vincula recurrentemente con enfermos de cáncer, de modo de posibilitar la reflexión en relación a las especificidades de la intervención del Trabajo Social en la cuestión del cáncer.

De esta manera, en las próximas páginas realizaremos una serie de reflexiones en relación a la temática del cáncer, entendiendo que ésta compone el campo de intervención del Trabajo Social. Para esto, exponemos una aproximación crítica al ejercicio profesional en el campo de la oncología centrada en tres dimensiones de análisis, en tanto son parte de las múltiples determinaciones de la práctica del trabajador social: • las creencias, estigmas sociales y prácticas culturales sobre la enfermedad de cáncer • la política de salud pública de atención al enfermo oncológico y su entorno vincular • el componente histórico de la intervención del Trabajo Social en el campo de la oncología.

Al reflexionar en torno a las determinaciones fundamentales de la intervención del Trabajo Social en la temática que acontece, claro está que podremos aludir a cuestiones vinculadas al ejercicio profesional, que trascienden este campo en particular de intervención. De este modo, es posible destacar el deterioro de las condiciones ocupacionales del trabajador social hacia la década del '90, en donde suele revertir las más diversas modalidades, entre ellas: la intensificación de las tareas, la precarización laboral, la flexibilización, el subempleo, el pluriempleo, los bajos salarios, las pasantías o bien, en palabras de Cademartori et al (2007), *los contratos basura*.

Así mismo, podremos hacer alusión a determinaciones propias de este campo de intervención. Entre ellas es menester mencionar, el déficit de recursos

¹ Lic. en Trabajo Social. Docente de la FCH-UNICEN. Becaria CONICET. Maestranda en Trabajo Social –UNLP-. Miembro del Grupo de Investigación y Acción Social –GlyAS-UNICEN.

escritos² desde el ejercicio del Trabajo Social que den cuenta de la temática del cáncer; sumada a la carencia de espacios ocupacionales de trabajadores sociales que se desempeñen en torno a esta área de intervención particularmente en la ciudad de Tandil (anclaje geográfico de la investigación).

En este sentido, si bien entendemos que la intervención profesional se encuentra sesgada de múltiples determinaciones, creemos en principio propicio adentrarnos en relación a la dimensión cultural y confrontar de esta manera con las creencias y estigmas sociales que giran respecto a la enfermedad en nuestra sociedad.

I. Creencias, estigmas y prácticas sociales sobre la enfermedad de cáncer

En el marco de nuestra cultura existen distintas formas de comprender y representar la enfermedad de cáncer, que históricamente han derivado en la construcción social de ciertas creencias y estigmas sociales en relación a ella. No obstante, creemos que éstas últimas tienen un sustento material, existen independientemente de la conciencia de los sujetos. Es en este sentido que, Marx ha entendido que “lo ideal no es, por el contrario, más que lo material traducido y traspuesto a la cabeza del hombre” (Marx, 1956: 14). Por lo tanto, entendemos que tales creencias y estigmas sociales han sido a su vez, determinados a partir de las condiciones de vida en las que suelen ser depuestos los sujetos en el proceso de enfermedad y la complejidad que adopta la reproducción de su vida cotidiana.

Concebimos que si bien cada sujeto puede atravesar por la experiencia de enfermedad de forma singular, única e irrepetible; socialmente existe un modo de entender la enfermedad que asimila: Cáncer = Muerte. Inclusive hoy día, aún con los descubrimientos de las ciencias médicas y el aumento de la circulación de información, no se ha logrado revertir el fatalismo que se suele atribuir a la enfermedad.

No obstante, es necesario en este punto realizar un breve señalamiento: claro está que si bien repudiamos esta creencia popular que identifica al cáncer en tanto sinónimo de muerte, es decir, que por el sólo hecho de enfermar de cáncer no significa que tengamos asignada fecha y hora de muerte, no negamos que la progresión de la enfermedad, la detección tardía, o el desarrollo de tumores de mayor agresividad, pueden provocar la irreversibilidad de la enfermedad; del mismo modo que no nos desentendemos de las estadísticas que indican a nivel mundial, nacional y local, que el cáncer es la segunda causa de muerte de la población³, mientras que el primer puesto es ocupado por enfermedades cardiovasculares.

² En este sentido se definen los “recursos escritos” como aquellos que “proporcionan recursos al trabajo intelectual a través de dos clases cualitativamente diferentes, por una parte tenemos los recursos teóricos; y por otra, una serie de fuentes informativas como artículos, ponencias, censos, registros, fichas, expedientes, material documental, folletos, cartillas, cuestionarios, relevamientos, etc.” (Oliva, 2007a: 53).

³ A nivel nacional, la mortalidad por tumores aporta el 20.2% de las muertes totales en 2007 (Fuente: Ministerio de Salud de la Nación 2008). En este sentido entendemos por enfermedades tumorales, aquellas que comprenden los tumores malignos, los cánceres, los tumores benignos, los de comportamiento incierto y los carcinomas. Para la ciudad de Tandil la tasa de mortalidad por cáncer para los años 2003-2005 es de 205,37 por mil. Ello equivale a decir que, por cada mil personas que fallece, 205 lo hace a causa de cáncer. (Fuente: Diario “El Eco de Tandil” del día 14 de Marzo de 2010).

Ahora bien, a lo largo de la historia estas creencias y estigmas contruidos socialmente en relación al cáncer han sido variables. De este modo entendemos que, las enfermedades son dinámicas, han ido cambiando a lo largo de la historia. De hecho hay enfermedades que alguna vez han sido mortales, y hoy con el avance de la ciencia ya no lo son. "...una neumonía no es la gravísima enfermedad muchas veces mortal como era a principios de siglo; las enfermedades hídricas —en parte—, como la tifoidea, están en franca disminución; nadie se muere, salvo contadísimas excepciones" (Sarria, 1976: 188). Así mismo, hay enfermedades que mutan o vuelven a emerger llevándose vidas aún en la actualidad.

No sólo cambian las enfermedades, sino que también cambian los enfermos, los presuntos enfermos, los medios para combatir las enfermedades y la sociedad en general. El propio Marx consideraba que "la sociedad actual no es algo pétreo e inmovible, sino un organismo transformable y sujeto a un proceso constante de transformación" (Marx, Op. cit., p.7)

El concepto de enfermedad o en su defecto, diversas enfermedades, se han utilizado a lo largo de la historia metafóricamente en distintos sentidos⁴. Lo enfermizo por ejemplo, es empleado para clasificar cualquier situación con la que no se esté de acuerdo, o para decir que algo es repugnante o feo.

Históricamente los análisis políticos-sociales de los movimientos totalitarios modernos, se han comparado con distintas enfermedades catalogadas como mortales.

Para los nazis, una persona de origen "racial" mixto, era como un sífilítico. Se comparaba insistentemente la judería europea con la sífilis, o con un cáncer que había que extirpar. Las polémicas bolcheviques estaban plagadas de metáforas patológicas, y Trotsky, el polemista más dotado del comunismo, se servía profusamente de ellas (...). Para él, el estalinismo era el cólera, la sífilis, el cáncer (Sontag, 1996: 81).

También se han utilizado metáforas militares⁵ para dar cuenta del origen, progresión o tratamiento de las enfermedades. "La enfermedad es vista como una 'invasión' de organismos extraños, ante la que el cuerpo responde con sus propias operaciones militares, como la movilización de las 'defensas' inmunológicas" (Ibíd., p. 96). La enfermedad ya no es concebida predominantemente como una evocación del mal causada por la ira de Dios, sino como un invasor microscópico, que pretende entrar al cuerpo y causar disturbios.

En el caso del enfermo de cáncer, éste se inserta en los circuitos de combate contra la enfermedad donde abundan las metáforas militares: sofisticadas armas de combate químicas, nucleares, marcación y bombardeo (específicamente en lo atinente a tratamientos de radioterapia, en donde el tumor se

⁴ Susan Sontag, ha escrito dos libros sobre la "metaforización" de la enfermedad no sólo en la literatura sino también en la conciencia colectiva de la sociedad occidental. Si bien su trabajo ha sido muy criticado por su creencia de que las asociaciones metafóricas pueden y deben eliminarse de la enfermedad, Sontag fue una de las primeras críticas modernas en señalar de manera convincente que la enfermedad adquiere significado mediante el uso de la metáfora. Su entendimiento de la metáfora no es sólo como una figura retórica, sino también, y sobre todo, como un mecanismo epistemológico significativo, mediante el cual comprendemos el mundo.

⁵ Las metáforas militares cobran auge a principios del siglo XX, con las campañas educativas contra la sífilis durante la Primera Guerra Mundial, y después de la guerra contra la tuberculosis.

define como el campo de bombardeo). Estas figuras componen una narrativa heroica en la que la alternativa será victoria o derrota.

El ‘cáncer’ entonces, vulgarmente es utilizado como metáfora del mal, de lo maligno, por ello es que existe una tendencia general a ocultar el concepto frente a la sociedad y, fundamentalmente, frente al enfermo.

De este modo Sontag entendía que “a los pacientes de cáncer se les miente no simplemente porque la enfermedad es (o se piensa que sea) una condena a muerte, si no porque se la considera obscena -en el sentido original de la palabra-, es decir: de mal augurio, abominable, repugnante para los sentidos” (Ibíd., p. 16). Del mismo modo, la Dra. Elisabeth Kübler Ross en su libro “La rueda de la vida” (2006) narra que la mayoría de los pacientes con los que ella trabajaba, argumentaban que se habían enterado de su enfermedad no por sus médicos sino por el cambio de comportamiento de sus familiares y amigos, en ellos de pronto notaban distanciamiento y falta de sinceridad.

Entonces, mientras que los amigos y parientes evitan al enfermo de cáncer, sus familias o entorno próximo le aplican medidas de descontaminación, como si adoleciera una enfermedad de carácter infecto-contagiosa. Este hecho se reproducía en el discurso de algunos médicos entrevistados que enunciaban: “los pacientes no quieren venir acá por que se tratan pacientes oncológicos”; ello hacía manifiesto que, socialmente se teme al cáncer como una enfermedad que pudiera transmitirse de persona a persona.

El proceso de investigación, nos ha posibilitado determinar que estas creencias, estigmas sociales y prácticas en relación al cáncer, no escapan al propio trabajador social, y por ende forman parte de las múltiples determinaciones de la intervención en este campo de actuación.

Es en este sentido donde el mismo profesional, no se encuentra exento de la vergüenza y ocultamiento con que se vivencia y reproduce la cuestión del cáncer en nuestra sociedad.

En diferentes ocasiones, a lo largo del proceso de investigación, las conversaciones sostenidas con colegas daban cuenta que existe una fuerte negativa a intervenir frente a situaciones de enfermedad que pudieran derivar en muerte (fundamentalmente en el campo de la niñez), como si sólo el cáncer (o diversas enfermedades mal denominadas terminales) podrían derivar en ello. Por lo que es preciso reflexionar si ¿acaso la mal nutrición, las condiciones de vida deficitarias, la precarización de las condiciones de trabajo, o la ausencia de garantías en el acceso a una vivienda digna (situaciones que se entrevén cotidianamente en nuestro trabajo), no exponen a los sujetos frente a condiciones que podrían derivar en enfermedad y/o muerte?

Es por ello, que consideramos necesario para el Trabajo Social, replantear y discutir acerca de la muerte, dado que la misma se encuentra imbuida en la naturaleza de nuestra propia práctica interventiva. Sin embargo, debemos reconsiderar que pues para intervenir en relación al proceso de enfermedad o muerte del otro, es necesario incluso reflexionar y trabajar en relación a la propia muerte, dado que aquel profesional que no acepte la condición de ser sujetos mortales, difícilmente podrá intervenir ante procesos de enfermedad que pudieran derivar en muerte.

En varios fragmentos, distintas profesionales entrevistadas, aludían que el ejercicio en relación a enfermedades oncológicas, requería además de la formación profesional, encontrarse capacitado psíquico y espiritualmente. De esta manera concluían que, al ser el mismo trabajador social un sujeto racional, dotado de subjetividad, el aspecto emocional prevalece sobre el racional al intervenir en relación a la enfermedad o la muerte.

II. La política de salud pública en torno a la cuestión del cáncer

La segunda dimensión sobre la que pretendemos centrar la reflexión, refiere a la necesidad de problematizar y repensar la política de salud pública erigida en torno a la cuestión del cáncer y, en este sentido, específicamente al carácter que vienen asumiendo las prestaciones brindadas al enfermo oncológico y su entorno vincular, desde las organizaciones públicas⁶ de la ciudad de Tandil.

En principio es necesario subrayar que, en la ciudad de Tandil no existe ninguna organización estatal que tenga por fin único intervenir en torno a la cuestión del cáncer. Sino que, desde diferentes organizaciones públicas estatales de la ciudad, se brindan prestaciones que, si bien no tienen por fin único asistir al enfermo de cáncer o su entorno vincular, entre los diversos usuarios que a ellas asisten, se busca dar respuestas a las necesidades y/o demandas que emergen en relación al proceso de enfermedad.

Mientras que, desde el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil, la ciudad cuenta con dos organizaciones que intentan hacer frente exclusivamente a la cuestión del cáncer, y que por ende tendrán únicamente por destinatario al enfermo oncológico. Ellas son: la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer filial Tandil (más bien denominada Lucha Contra el Cáncer Tandil) y Apostar a la Vida filial Tandil. No obstante, el Trabajo Social no encuentra en ellas espacios ocupacionales.

Esta situación se acompaña del déficit de servicios que se brindan a los enfermos de cáncer y a su entorno vincular. Dicho déficit se hace manifiesto por ejemplo, en la inexistencia del servicio de oncología en el Hospital de Niños, lo cual implica que los sujetos deban trasladarse a otras ciudades que cuenten con dichos servicios produciendo numerosas complejidades en la vida cotidiana del niño y su entorno vincular.

Así mismo tampoco se cuenta en la ciudad con unidades de cuidados paliativos que asistan al enfermo en el momento en que los tratamientos convencionales para hacer frente a la enfermedad no logran revertir el avance del cáncer. Estos servicios entienden que el enfermo de cáncer debe ser considerado en sus aspectos físicos, psíquicos, espirituales y sociales, configurando para ello la intervención de equipos interdisciplinarios.

Sin embargo, creemos también que esta lógica de conformación del equi-

⁶ Entendemos por “público”, según las características que Bresser Pereira y Cunill Grau (1998) atribuyen al término. En este sentido, lo público se comprende como lo que es “de todos y para todos”, oponiéndose por lo tanto a lo privado, volcado al lucro y el consumo; y a lo corporativo, tendiente a la defensa política de intereses sectoriales o grupales. De esta manera, los autores distinguen dentro de la esfera pública: lo estatal, de lo público no estatal.

po, no debiera estar presente solamente frente al proceso de muerte, más bien los mismos servicios de oncología necesariamente deben fundarse bajo la convicción del trabajo interdisciplinario, dado que el enfermo de cáncer junto al entorno vincular, durante el proceso de enfermedad encuentra alteradas distintas esferas de su vida cotidiana.

Contrariamente, hemos identificado que, la política de salud en la ciudad de Tandil, en relación al enfermo oncológico y su entorno vincular, no comprende a los sujetos de forma integral, vistos en sus múltiples necesidades.

Es así como, si bien el Hospital Ramón Santamarina cuenta en su Servicio de Oncología con: enfermeras, secretaria y personal médico, hemos notado que la presencia tanto del trabajador social, psicólogo, nutricionista, entre otros profesionales, se encuentra acotada sólo eventualmente ante la manifestación de algún problema, necesidad y/o demanda que requiera de su intervención, debiendo el mismo enfermo oncológico recurrir ante las distintas áreas en búsqueda de atención. Es decir, no hay un servicio que cuente con un abordaje integral en torno a la cuestión del cáncer.

Dado que el enfermo oncológico y su entorno durante el proceso de enfermedad encuentran afectadas la mayor parte de las dimensiones de su vida cotidiana (produciéndose transformaciones en relación a lo laboral, alimentario, vincular; modificando la organización en el hogar, requiriéndose además, ciertos servicios y condiciones de la vivienda ante el enfermo neutropénico y, en ocasiones el traslado hacia otras ciudades) este modo en particular de definir la política pública de salud, va condicionando la intervención del trabajador social del cual se requiere una comprensión e intervención integral frente al proceso de enfermedad, en tensión con la política fragmentaria y no integral en torno a la cuestión del cáncer.

A partir del relevamiento de prestaciones que se brindan al enfermo de cáncer desde diferentes organizaciones de carácter público en la ciudad de Tandil, hemos podido identificar que éstas se encuentran predefinidas en base a criterios que desconsideran las características y determinaciones de los propios sujetos, y la heterogeneidad ontológica de la vida cotidiana⁷. Sin embargo frente a dicha heterogeneidad, las instituciones suelen brindar respuestas homogéneas.

Sumado a ello, se definen prestaciones tendientes a 'atender' necesidades vinculadas al alojamiento, transporte, medicación, alimentación, cuidados, entre otros. Sin embargo, nos interrogamos: ¿Por qué la política en salud no podría contemplar como prestación pelucas y/o prótesis mamarias, lencería o trajes de baño porta-prótesis ante extirpaciones de tumores mamarios o mastectomías, los cuales suelen encontrarse en el mercado a precios elevados?

Nos preguntamos si acaso ello ¿no afecta subjetivamente al enfermo dificultando la reproducción de su vida cotidiana? ¿Acaso una prótesis externa no podría prevenir problemas de columna, cuello y postura, o contribuir a recuperar la apariencia, confianza, autoestima o equilibrio emocional? ¿Ello no hace a la prevención de la salud?

⁷ En este sentido, apelamos a los planteos de Agnes Heller (1977), para entender que si bien todos los sujetos suelen realizar igualdad de actividades tales como comer, dormir, alimentarse, éstas adquieren diversas modalidades, cantidades, y son realizadas bajo diferentes circunstancias.

No sólo las prestaciones destinadas al enfermo oncológico y su núcleo vincular, han sido definidas acorde a la lógica ortodoxa que entiende al enfermo desde un abordaje biomédico, sino que no han dejado posibilidades para la realización de tratamientos alternativos.

En este sentido, no son asequibles los recursos para aquel enfermo que opte por atender su salud en base a medicinas religiosas, tradicionales o alternativas⁸ (entre estas yoga, reiki, acupuntura, aromaterapia, quienes además comúnmente tienen costos elevados).

De esta manera, es posible determinar que las prestaciones destinadas a los enfermos de cáncer, reproducen y perpetúan la vida del paciente en torno a las organizaciones del sistema de salud pública ortodoxa del modelo capitalista.

Hemos podido identificar además, que los beneficios que otorgan las prestaciones que se brindan al enfermo de cáncer y/o su entorno, resultan mínimos en comparación con las necesidades insatisfechas de los sujetos.

Es por ello poco novedoso, la presencia de festivales y colectas en la ciudad de Tandil que tienen por finalidad recaudar fondos para solventar los gastos frente a situaciones de traslado hacia otras ciudades (frecuentemente de niños enfermos de cáncer y su entorno vincular), requiriendo la solidaridad de la sociedad civil dada la retracción o ausencia del Estado.

Frente a esta situación que hemos venido planteado, en el proceso de investigación hemos pretendido entender ¿cuál era entonces la posición en que la política de salud en torno a la atención del enfermo oncológico otorga al trabajador social frente al usuario?, es decir, en este marco, ¿cual es la perspectiva del usuario en torno a la profesión?

Frecuentemente los usuarios suelen confiar en el trabajador social, suelen depositar en él su confianza en torno a la resolución de la situación problemática. Sin embargo, en los discursos de algunas usuarias entrevistadas, podía inferirse que detrás de la confianza existía la decepción y el descreimiento.

Es posible entonces inferir que, este modo de identificar la profesión alude a la ausencia de respuestas de índole material frente a su demanda y/o necesidad.

En este último aspecto, debemos remitirnos en términos de Netto (1992) a la Crisis de la Materialidad del Ejercicio Profesional. Al respecto el autor entiende que, cuando alguien busca a un trabajador social no busca simplemente un consejo, busca una orientación para la obtención de un recurso que por lo general es material. Sin embargo, cuando los recursos se tornan escasos se manifiesta una crisis de legitimación del trabajador social siendo por ende, deslegitimado frente al usuario.

Es en este sentido como la política de salud ha venido determinando la función de asistencia profesional. Sin embargo, se identificaba en los discursos de las entrevistadas que, las demandas hacia el trabajador social no eran sólo de índole material. También la escucha, la comprensión, la palabra de aliento durante el proceso de enfermedad, se le era demandada al profesional, encon-

⁸VEASE Manterola (2009)

trando quienes manifestaban que igualmente dicha actividad era inexistente. En tal sentido, vemos que “la asistencia no está referida solamente a la entrega de prestaciones, sino a los recursos del profesional, es decir a su capacidad de atención, conocimiento, lenguaje, reflexión” (Oliva y Gardey, 2011: 151).

Es posible concluir entonces, que la necesidad y/o demanda de ‘escucha’ sea una condición ineludible en la intervención con enfermos oncológicos y/o su núcleo de referencia. Esta demanda se encuentra inexorablemente vinculada a los impactos sobre la subjetividad de los actores, en la búsqueda de hacer frente a la soledad, aislamiento, desamparo y silenciamiento devenidos del proceso de enfermedad o muerte.

III. El componente histórico: los legados sobre la intervención profesional en el campo de la oncología

Finalmente, pretendemos reflexionar en torno a las determinaciones históricas que han venido primando en relación a la intervención de los trabajadores sociales en el campo de la salud y particularmente en la cuestión del cáncer.

A partir de la recuperación de las distintas modalidades de intervención de los trabajadores sociales en este campo, hemos podido identificar que dicha intervención se encuentra eminentemente vinculada a la atención de la salud desde una concepción biomédica; por lo que, la cuestión del enfermo de cáncer, con recurrencia es asociada exclusivamente con la atención de la patología.

Es por ello que creemos acertado hipotetizar, que el déficit de intervenciones del Trabajo Social abocado exclusivamente a la atención del enfermo oncológico en la ciudad de Tandil, se deba a la convicción de estar frente a una cuestión exclusivamente médica, en donde la intervención del profesional se encontraría sólo anexada a la asistencia del profesional médico.

Los discursos de los trabajadores sociales entrevistados, daban cuenta que el inicio de la intervención profesional solía desarrollarse con posterioridad a la asistencia médica.

La historia de la profesión nos dice que la cuestión del enfermo oncológico se halla presentada desde su constitución como campo de intervención ligado a la medicina. Como aseveración de ello, citamos el libro de Andrea Oliva (2007b), en donde declara que en lo concerniente al estudio y tratamiento del cáncer, es el *Instituto de Medicina Experimental, dirigido por el Dr. Ángel Roffo*⁹, quien crea uno de los primeros servicios sociales denominado *Asistencia Social*. De este modo quedaría determinado que el espacio ocupacional del trabajador social en relación a la cuestión del enfermo oncológico, se encuentra desde su conformación vinculado a la atención de la patología.

Hemos identificado a su vez, a partir de las distintas modalidades de intervención en el campo de la oncología en la ciudad de Tandil, que existe una continuación entre los legados que le eran impuestos a las Visitadoras de Higiene Social, análogas a las actuales funciones educativas desempeñadas por los trabajadores sociales desde las organizaciones de salud de la ciudad, en relación al enfermo oncológico.

⁹ Creemos importante añadir que, tal como lo enuncia la autora, dicho instituto se origina en 1921 junto a la creación de la Liga Argentina contra el Cáncer.

Tal como verificamos en los escritos de Gustavo Parra (1999) la Visitadora de Higiene Social, se constituía en el lazo de unión entre el enfermo y el médico. De la misma manera, las visitas domiciliarias desarrolladas desde el Servicio Social del Instituto de Medicina Experimental en relación a la atención del enfermo oncológico, tenían por finalidad “dar indicaciones de orden técnico, dados por los médicos del Instituto, estableciendo así una comunicación directa entre ambos” (MREyC, 1934 apud Oliva, 2007b: 110).

Estas mismas actividades que otrora ejercían las Visitadoras en torno a la mediación del enfermo y el médico, continúan vigentes entre los trabajadores sociales que se desempeñan en organizaciones de atención a la salud en la ciudad de Tandil.

Ello ha quedado evidenciado en frases tales como: “*vienen y me dicen: ¿qué me dijo? O vienen con la receta y me dicen: ¿me puede explicar cómo le tengo que dar la medicación?, pero... ¿no te dijo el médico?, ¿no le preguntaste?... sí, pero no le entendí*” (Entrevista a Trabajadora Social).

Estas actividades de mediación suelen derivar de la incomprensión de las expresiones del médico por parte del paciente y son parte del ejercicio del trabajador social en el campo de la salud. Por lo que estos legados históricos, vienen formando parte de las múltiples determinaciones de las intervenciones que se encuentran desarrollando los trabajadores sociales entrevistados.

Reflexiones finales

Para finalizar y a modo de síntesis de los planteos que nos hemos venido dando, quisiéramos dejar planteado tres desafíos que requieren hacer frente en este campo en particular de intervención:

Aquel profesional que entienda la complejidad de la vivencia del enfermo de cáncer, deberá repensar su estrategia profesional haciendo frente al sesgo no integral y fragmentario que ha propagado la política estatal, tendiente a refraccionar la cuestión social. Por ello es necesario reflexionar desde el colectivo ¿cómo pensar esta estrategia profesional y que dimensiones requeriría contemplar al intervenir con enfermos de cáncer?.

Seguidamente nos preguntaremos, ¿de qué forma las determinaciones sociales, culturales, políticas, económicas, históricas, han coartado los procesos de intervención de los trabajadores sociales que actualmente se encuentran en ejercicio en relación a este campo?

Pues bien, entendemos que la crisis de la materialidad del ejercicio profesional que ha venido primando fuertemente desde la instauración del neoliberalismo, trasciende la comprensión de este campo de intervención, pudiendo ser ésta generalizada en el análisis de otros procesos de intervención con independencia del campo de actuación.

Sin embargo, existen determinaciones propias a la intervención con enfermos de cáncer. En este sentido nos referimos, a las creencias, estigmas sociales y prácticas respecto al cáncer y la muerte. Por lo tanto, el segundo desafío al que deberá hacer frente el Trabajo Social en el campo de la oncología refiere,

hacia adentro y fuera del colectivo profesional, la búsqueda de rupturas con estos modos de entender la enfermedad y la muerte que han venido determinando el ejercicio en este campo y el desarrollo de una acción socioeducativa que se dirija a transformar tales creencias y prácticas sociales.

La última reflexión que deseamos señalar refiere a que, el presente trabajo nos ha posibilitado identificar que la política erigida en torno a la cuestión, no revierte la situación problemática. Mediante el relevamiento de las prestaciones que se brindan en este sentido, fue posible visualizar que dicha política no hace más que brindar 'migajas' hacia el enfermo y su grupo vincular, siendo ésta fiel reflejo y continuidad en torno a las características generales que han ido permeando a las políticas sociales inherentes al modelo neoliberal.

Por lo que, finalmente comprenderemos el tercero de los desafíos fundamentales que deberá hacer frente el profesional respecto a este campo de intervención. En un sentido será primordial pugnar por la reivindicación de la asistencia en tanto derecho social; por otro, deberá impulsar procesos de luchas reivindicativas, con fines de ampliar la oferta y calidad de las prestaciones.

Bibliografía

- BRACERAS, D. L.** (2003) *El Otro Cáncer*, Equipo Interdisciplinario de Oncología, Buenos Aires.
- BRESSER PEREIRA, L. C. y CUNILL GRAU, N.** (1998) "Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal". En: Bresser Pereira, L. y Cunill Grau, N. (Eds.), *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Ed: Paidós, Buenos Aires.
- CADEMARTORI, F., CAMPOS, J. Y SEIFFER, T.** (2007) *Condiciones de trabajo de los trabajadores sociales*. Hacia un proyecto crítico, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- DE HENNEZEL, M.** (1996) *La Muerte Intima*, Plaza & Janés Editores, Barcelona.
- DE SIMONE, G. y TRIPODORO, V.** (2004) *Fundamentos de Cuidados Paliativos y Control de Síntomas*, Pallium Latinoamérica, Buenos Aires.
- HELLER, A.** (1977) *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Editorial Península.
- KÜBLER ROSS, E.** (2006) *La rueda de la vida*, Editorial Zeta, Barcelona.
- LESHAN, L.** (1994) *Luchar con el cáncer. Un manual para personas dispuestas a curarse, sus familiares y profesionales de la salud*, Editorial Errepar, Buenos Aires.
- MANTEROLA, J.** (2009) "Ta Te Ti...Esta vez me tocó a mí: prácticas de una madre ante la enfermedad de su hija. Reflexiones desde un enfoque multidisciplinario en salud". En: *Revista de Trabajo Social "Plaza Pública"*, Carrera de Trabajo Social de la FCH-UNICEN, Tandil. Septiembre de 2009, N° 2, p. 120-133.
- MARX, K.** (1956) *El Capital. Crítica de la economía política*. Tomo I. Ed. Cartago, Buenos Aires.
- NAVARRO, V.** (1979) *La Medicina bajo el Capitalismo*, Editorial Grijalbo, Barcelona.
- NETTO, J. P.** (1992) *Conferencia*. En: V Jornadas Municipales de Servicio Social, Ap. Mimeo, Buenos Aires.
- OLIVA, A.** (2007a) *Los recursos en la intervención del trabajador social*. Ed. cooperativas, Buenos Aires.
- (2007b) *Trabajo Social y Lucha de Clases*, Ed: Imago Mundi, Buenos Aires.

- OLIVA, A. y GARDEY, V.** (2011) "La asistencia en los procesos de intervención".
En: Oliva, A. y Mallardi, M. *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. UNICEN, Tandil.
- PARRA, G.** (1999) *Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino*, Departamento de Ciencias Sociales, UNLu, Luján.
- ROMERO, M. S.** (2010) *Trabajo Social y atención de la salud. La cuestión del cáncer, el enfermo oncológico, y su entorno vincular*. Tesis de Grado. UNICEN, FCH, Tandil.
- (2011) "Vida cotidiana, Salud y Capitalismo: La particularidad del cáncer, el enfermo oncológico y su entorno vincular". En: Mallardi M., Madrid L. y Rossi A. *Cuestión social, vida cotidiana y debates en Trabajo Social. Tensiones, luchas y conflictos contemporáneos*. UNICEN, Tandil.
- SARRIA, J.; VILAS, M.; FUERTES, A.** (1976) *Medicina y Trabajo Social*, Editorial Verbo Divino, Pamplona, Estella.
- SONTAG, S.** (1996) *La Enfermedad y sus Metáforas. El Sida y sus Metáforas*, Ed. Taurus, Madrid.