



Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales  
Escuela de Trabajo Social

**PROCESOS DE TRABAJO Y TRABAJO SOCIAL:  
APROXIMACIONES AL TRABAJO PROFESIONAL EN  
CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO NOROESTE DE  
LA CIUDAD DE ROSARIO**

**Eliana Campagna**

Tesina de Grado  
Licenciatura en Trabajo Social

**Directora: Mg. María Eugenia Garma**

Rosario

## AGRADECIMIENTOS

A Mamá, por su confianza y su amor incondicional.

A mis hermanos Nicolás y Renzo, por ser mi sostén y no dejarme caer. Por las largas charlas y debates, por la mesa llena de libros, y apuntes por toda la casa.

A mis amigas, por la alegría. Por debatir juntas a toda hora, día y lugar. Por darme siempre su punto de vista ante mi pregunta “¿Qué piensan ustedes?”. Por compartir el mismo compromiso político de la transformación social.

A Elisa, por la esperanza. Por su hermosa amistad. Por acompañarme en este y en tantos otros procesos de la vida. Por su autenticidad.

A Juan Pablo, alias “el Turco”, por acudir a mi auxilio y no dejarme perder todos los archivos de la tesina, cuando se rompió la computadora.

A mis compañeros y compañeras de trabajo, por ayudarme a reflexionar, por inspirarme, por “hacerme el aguante” cada día que lo necesité.

A María Eugenia, por sus grandes aportes, por creer en mí, por escucharme siempre. Por su dedicación. Por haberme acompañado, por la contención, por los “vamos Eliana, que tenés que recibirte”. Por provocar mi pensamiento. Por el compromiso colectivo puesto en nuestra profesión.

A Melisa, por acompañarme, por la entera confianza, por alentarme en mi formación académica y apoyarme en el recorrido hacia Brasil. Por ser parte de este trabajo también.

A Valeria, por su entera disposición. Por sus charlas, por todo lo que aprendí a su lado durante mi formación profesional, por su entereza, por despertarme interrogantes, por su incondicional apoyo.

A todas las entrevistadas, que dedicaron su tiempo, sus cuerpos, sus experiencias, sus palabras para que este trabajo fuera posible.

A todos/as los/as que me acompañaron y formaron parte de este proceso.

A Papá, por darme fuerzas para seguir resistiendo...que esté donde esté, lucha conmigo.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I : PROCESOS DE TRABAJO Y TRABAJO SOCIAL.....</b>	<b>13</b>
1.1 <i>La profesión como especialización del trabajo colectivo.....</i>	14
1.2 <i>Aproximaciones a la categoría trabajo: algunas dimensiones.....</i>	15
1.2.1 <i>Trabajador/a Social como Trabajador/a Asalariado/a.....</i>	18
1.3 <i>Procesos de trabajo en los que se insertan los/as Trabajadores/as Sociales....</i>	19
<b>CAPÍTULO II : ENTRE LA PRODUCCIÓN DE DESIGUALDAD Y REBELDÍA: TRABAJO SOCIAL Y CUESTIÓN SOCIAL.....</b>	<b>25</b>
2.1 <i>El Estado local y la cuestión social.....</i>	26
2.2 <i>Sobre la materia solvente.....</i>	34
2.3.1 <i>Trabajo Social y las manifestaciones de la Cuestión Social.....</i>	35
<b>CAPÍTULO III : EL ESTADO LOCAL Y LAS RECONFIGURACIONES TERRITORIALES: LOS MEDIOS EN EL PROCESO DE TRABAJO.....</b>	<b>45</b>
3.1 <i>Estado local: Intervenciones territorializadas.....</i>	45
3.1.1 <i>Las instituciones en el territorio.....</i>	48
3.2 <i>El Centro de Salud como eje de la red de salud pública municipal.....</i>	52
3.3 <i>Condiciones y medio ambiente de trabajo.....</i>	53
3.4 <i>Sobre los medios de trabajo.....</i>	62
<b>CAPÍTULO IV: TRABAJO PROFESIONAL Y SALUD PÚBLICA. LA PROPIA ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD.....</b>	<b>67</b>
4.1 <i>Trabajo profesional en los centros de salud: sobre lo prescripto.....</i>	68
4.2 <i>La propia actividad : sobre lo real y la autonomía relativa en el trabajo.....</i>	78
4.2.1 <i>Planificación y trabajo en la emergencia.....</i>	83
4.3 <i>Ética Profesional y Trabajo Social.....</i>	87
<b>CAPITULO V : LOS RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE TRABAJO.....</b>	<b>89</b>
5.1 <i>Sobre el producto salud.....</i>	89
5.2 <i>Trabajo Social en la salud pública local.....</i>	93
5.3 <i>Sufrimiento en el trabajo.....</i>	96
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>125</b>
ANEXO I:.....	125
ANEXO II:.....	126
ANEXO III:.....	127

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesina de grado, es el resultado de un proceso académico y colectivo, íntimamente anclado en la formación profesional de la Licenciatura en Trabajo Social. Comenzó a delinearse durante los últimos tres años de la carrera, en que se desarrollaron las prácticas profesionales, realizadas en un centro de salud municipal de la ciudad de Rosario. El espacio de la práctica nos permitió conocer y explorar uno de los campos socio-ocupacionales del Trabajo Social, el de la salud.

Durante esos últimos tres años participamos en múltiples espacios colectivos de debate de la profesión, en los que notábamos que año a año iban enfatizándose las mismas preocupaciones y discusiones por parte de los/as profesionales en el ámbito de la salud pública. Éstas, giraban en torno al ejercicio profesional de los/as Trabajadores/as Sociales; sobre el “qué” y “cómo se hace”; sobre las condiciones de trabajo en que se desarrollaba la actividad profesional, y como éstas influían, posibilitando o imposibilitando su ejercicio; sobre los desafíos de los/las Trabajadores/as Sociales para contribuir en la garantía del derecho a la salud de los sujetos, en una realidad social local cada vez más compleja.

El despliegue analítico de estas preocupaciones, dio origen a las preguntas que nortearon la presente investigación, en torno al ejercicio profesional de los/as Trabajadores/as Sociales y la condición asumida, como trabajadores/as asalariados/as. ¿Cómo son los procesos de trabajo en los que se inscriben los/as Trabajadores/as Sociales? ¿Cómo es hoy día el trabajo de los/as Trabajadores/as Sociales en los centros de salud? ¿Qué características específicas asumen las expresiones de la cuestión social y los territorios en los cuales se insertan?

El presente trabajo tiene como propósito profundizar los debates en torno a la inserción profesional de los/las Trabajadores/as Sociales en el ámbito de la salud pública local, en clave de procesos de trabajo.

Tiene como objetivo general explorar las particularidades que asumen los diferentes procesos de trabajo en los que se inscriben las Trabajadoras Sociales que se insertan en los centros de salud municipales Débora Ferrandini, Dr. Roque Coulin y Juana Arzurduy, del Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario. Los objetivos específicos son: 1) identificar la materia prima, 2) describir los medios de trabajo, 3) caracterizar el

propio trabajo y 4) describir el producto de los tres procesos de trabajo en los cuales se insertan las Trabajadoras Sociales de cada centro de salud estudiado.

Orientada por dichos objetivos, la exploración se nutre de una postura histórico-crítica en la concepción de la profesión, que exige referirnos al diálogo del Trabajo Social con la tradición marxista. Esta postura se sintetiza principalmente en los aportes de la brasileña Marilda Villela Iamamoto (1998, 2003, 2007), y sus estudios de procesos de trabajo en Trabajo Social. Asimismo se apoya en producciones teóricas de otros/as autores/as fundamentales que dialogan con la tradición marxista y complejizan y profundizan las reflexiones que siguen. Autores/as que hacen sus aportes desde el Trabajo Social, como Yazbek (1993), Netto (1997), Montaña (2007) como así también de otras disciplinas. Citamos a Neffa (1987), Dejours (1998), Karsz (2007).

Cabe aclarar, que esta perspectiva es una de las múltiples corrientes críticas (Netto, Faleiros, Martinelli, Yazbek) que existen para explicar y comprender la génesis, y legitimidad del Trabajo Social. No así la única.

Esa discusión sobre los procesos de trabajo (...) genera importantes interrogantes que ayudan a pensar, a ampliar la autoconciencia de los profesionales con relación a su trabajo. Y aún más, permite superar aquella visión aislada de la práctica del Asistente Social como actividad individual del sujeto, ampliando su aprehensión para un conjunto de determinantes que interfieren en la configuración social de ese trabajo (de esa práctica) y le atribuyen características particulares. Parece ser un camino fértil para enriquecer el debate sobre el ejercicio profesional. (Iamamoto, 2003:90)

Los análisis emprendidos por Iamamoto, permiten superar la mirada endógena que intenta explicar la profesión en sí misma, autodeterminada, asumiendo la necesidad del análisis de la sociedad para su comprensión. Según la autora, abordar el Servicio Social como trabajo asalariado supone entender el ejercicio profesional condicionado por las relaciones entre las clases en la sociedad. La práctica del Trabajo Social está polarizada por los intereses inherentemente contradictorios de las clases sociales. El Servicio Social participa tanto del proceso de reproducción de los intereses de preservación del capital como de las respuestas a las necesidades de sobrevivencia de los que viven del trabajo.

Encontramos que existen escasas producciones que trabajen sistematizaciones de experiencias de Trabajadores/as Sociales analizadas desde estos marcos interpretativos. Por esta razón, es también un desafío que emprendemos, intentando profundizar en la

comprensión del Trabajo Social como práctica profesional histórica, reconociendo en esto, los significativos aportes de los estudios de Yamamoto.

El presente escrito requiere asumir una postura teórico-metodológica y epistemológica capaz de aprehender los procesos de trabajo - en tanto procesos insertos en procesos sociales más amplios- en sus múltiples determinaciones.

Frente a posturas que fragmentan la realidad, es necesario recuperar la mirada de ésta en tanto totalidad compleja que nos permita “identificar su procesualidad histórica y comprender las múltiples expresiones a partir del significado social que les otorga esa totalidad.” (Mallardi, 2013a:16). En este sentido, “comprender los hechos como partes constitutivas de una totalidad concreta es la base para superar la indecibilidad de lo singular, de aquello que se nos presenta de manera inmediata mediante el proceso de reconstrucción analítica que Lukács denomina como proceso de generalización.” (Mallardi, 2013a:21). Así, Lukács expone que el punto de partida es lo real y concreto que se nos presenta de manera inmediata, pero es necesario realizar un proceso de generalización que permite superar su abstracción vacía. Agrega:

Los contrapuestos (lo singular se contrapone a lo general) son idénticos: lo singular no existe más que en la conexión que lleva a lo general. Lo general no existe más que en lo singular, por lo singular. Todo individuo es general (de un modo u otro). Todo lo general constituye una partícula o un aspecto o la esencia de lo singular (Lukács, 1969:208).

Se recupera aquí la base del pensamiento marxista para aproximarnos a las particularidades de los procesos de trabajo estudiados. La particularidad, “no es meramente una generalidad relativa, ni tampoco sólo un camino que lleva de la singularidad a la generalidad (y viceversa), sino la mediación necesaria -producida por la esencia de la realidad objetiva e impuesta por ella al pensamiento- entre la singularidad y la generalidad” (Lukács, 1969:202).

Es en este sentido que debemos referirnos al método del materialismo histórico; al método dialéctico, al método de las dos vías. El punto de partida es lo real y lo concreto. “Este conocimiento, por ser “inmediato” [conocimiento inmediato de la realidad], no puede sino reproducir una representación “caótica del todo” (Marx, 1973:21). No porque el todo sea caótico, sino porque nuestra representación del mismo es aún inmediata, carente de mediaciones.” (Lessa, 2000:212)

A través de la conquista de lo que Marx denominó como “elementos simples”, nos vamos aproximando a nuestro conocimiento del objeto. El momento en que los

elementos simples son integrados en un todo articulado y tenemos ahora una representación mucho más rica de la porción de la realidad investigada, se produce un salto cualitativo. (Lessa, 2000).

Este salto de cualidad es el momento en que se inicia el “camino de vuelta”: basado en los elementos alcanzados, se “avanza” hasta el objeto, ahora “concebido en su totalidad real” (Luckács, 1981: 11), en cuanto una “totalidad rica, hecha de muchas determinaciones y relaciones” (Marx, 1973:285)” (Lessa, 2000:215).

Así Marx (2008) en la *Introducción General a la Crítica de la Economía Política/1857* explica que:

Lo concreto es concreto porque es la síntesis de múltiples determinaciones. Aparece en el pensamiento como proceso de síntesis, como resultado, no como punto de partida, aunque sea el efectivo punto de partida, y en consecuencia, el punto de partida también de la intuición y de la representación. En el primer camino la representación plena es volatilizada en una determinación abstracta: en el segundo, las determinaciones abstractas conducen a la reproducción de lo concreto por el camino del pensamiento. (Marx, 2008:301)

“Al término de este movimiento- representación “caótica” del todo/análisis del objeto en sus “elementos simples”/síntesis de estos en el “universal concreto”-tenemos la reflexión mucho más afinada, en la y por la conciencia, de un determinado sector de la realidad” (Lessa, 2000:215).

Los elementos expuestos plantean la necesidad de problematizar el “aquí y ahora” de los procesos de trabajo, buscando la articulación de sus múltiples determinaciones. La imposibilidad de abordar en nuestro estudio la ciudad de Rosario en su totalidad-teniendo en cuenta los objetivos de nuestras preguntas iniciales y del propósito de un trabajo de tesina de grado- ha llevado a centrar el presente trabajo en uno de los distritos de nuestra ciudad: el distrito Noroeste, en un período que va desde mediados de 2013 a julio de 2014. El distrito Noroeste fue seleccionado, por características singulares, que son las que determinaron la importancia del recorte de nuestro estudio. A continuación las detallamos:

- Población
- Superficie
- Diversidad Cultural
- Presencia de centros asistenciales



Rosario, se encuentra dividida en 6 distritos administrativos: Centro, Norte, Noroeste, Sur, Suroeste y Oeste. El distrito conforma el área de influencia de cada Centro Municipal de Distrito (CMD).<sup>1</sup> Según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010, el distrito Noroeste de la ciudad, cuenta con una población de 170.765 habitantes, lo que representa el 18,01% del total de la población. Es el segundo distrito con mayor número de población. Es también el de mayor superficie, contando con 43,82 km<sup>2</sup>, poco más del 24 % del total.

Como leemos en el sitio oficial del municipio de Rosario<sup>2</sup>, los barrios que integran el distrito muestran una marcada diversidad social y cultural. Se encuentra conformado por los barrios Fisherton, Belgrano, Azcuénaga, Ludueña, Empalme Graneros, Larrea, Fisherton R, Antártida Argentina, Los Gráficos, 7 de Septiembre, Fisherton Norte, Fisherton Este, Los Unidos, Fundación Banco Municipal, Solidaridad, Santa Lucía “vieja”, Martínez Estrada, Hostal del Sol Este, Emaús, Stella Maris, Santa Rosa, Floresta, Tango, Lomas de Fisherton, Hostal del Sol Oeste, La Esperanza, San Eduardo y Portal de Aldea.

La última característica está relacionada con la presencia de centros asistenciales<sup>3</sup> en el distrito. Según datos del Observatorio Social de la municipalidad de Rosario, en el año 2011, del total de centros asistenciales de la ciudad, el mayor porcentaje, con un 19,35% se encuentra en el distrito noroeste.

Asimismo, para la selección de los centros de salud de nuestro estudio consideramos importante tomar en cuenta los criterios que a continuación se enuncian:

- Presencia en el efector de salud de profesionales de Trabajo Social en ejercicio, parte de los equipos
- Dependencia administrativa
- Ubicación geográfica

---

<sup>1</sup> Es el “Programa de Descentralización y Modernización Municipal” dependiente de la Secretaria General de la Municipalidad, a través del decreto 0028/96 el que definitivamente le da concreción a los Centros Municipales de Distrito (CMD). En cada CMD funcionan una serie de programas y servicios : oficina de Atención al Vecino, mesa General de Entradas, Catastro y Obras Particulares ,Registro e Inspección tránsito, Tribunal de Faltas, Finanzas, Área de Desarrollo Urbano, Oficina de la Secretaria de Planeamiento, Oficina de Obras Públicas, Oficina de Servicios Públicos, Oficina especial del servicio Público de la Vivienda, Área de Servicios Socio-culturales, Área de Salud, Servicio de Mediación, Sucursal del Banco Municipal de Rosario, Registro Civil, Administración Provincial de Impuestos, Empresa Provincial de la Energía, Aguas Provinciales de Santa Fe y Litoral Gas.

<sup>2</sup> [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)

<sup>3</sup> Centros asistenciales incluye centros de atención primaria de salud, hospitales y CEMAR en el ámbito público.

- Características poblaciones

El primer criterio, está relacionado con la presencia de Trabajadores/as Sociales en los centros de salud. No todos los centros de salud municipales cuentan con Trabajadores/as Sociales en ejercicio. Según datos presentados por el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública, de los alrededor de 5000 empleados de la Secretaría de Salud Pública Municipal, solo el 1, 2% son Trabajadores/as Sociales. Además, de los 11 centros de salud municipales distribuidos en el distrito Noroeste, son 6 los que tienen Trabajadoras Sociales en ejercicio. <sup>4</sup> Resulta de fundamental importancia incluir la presencia de los/las profesionales como criterio de selección, en correspondencia con nuestro enfoque de trabajo, centrado en la concepción de que la profesión es en uno de sus sentidos, fruto de la construcción que de ella hace cada trabajador/a. (Iamamoto, 2003).

El siguiente criterio, relacionado a la dependencia administrativa de los centros de salud, refiere a la elección de centros de salud municipales, de la ciudad de Rosario. Se vuelve fundamental contar con experiencias que reflejen características de una misma jerarquía estatal, que nos permita reflexionar sobre aspectos de los diversos procesos de trabajo en torno a la normativa institucional local.

La ubicación geográfica, por su parte, refiere al emplazamiento de los efectores de salud en términos de delimitaciones barriales. Este criterio se torna fundamental para pensar el territorio, para reconocer las tramas más amplias y complejas en las que se insertan los centros de salud del distrito. Podemos mencionar dos barrios dentro del distrito Noroeste que tienen un fuerte componente histórico, simbólico, de impronta en luchas sociales, de reconocimiento y significancia a nivel local (Bigot, 2007; ¡Pocho Vive!, 2003), que nos permitieron seleccionarlos para nuestro estudio: el barrio Ludueña y el barrio Empalme Graneros. El primero fue receptor de inmigrantes italianos y españoles durante el siglo XX a las que se le sumaron oleadas migratorias de provincias vecinas. El antiguo apogeo del ferrocarril marcó en el barrio una impronta ferroviaria, lo que le dio a esta zona una marcada identidad obrera. La sucesión de procesos socio-políticos a mediados de la década del 70 produjeron un deterioro del barrio en relación a la desocupación, el trabajo informal, mal remunerado, favoreciendo la proliferación de asentamientos y viviendas precarias. El barrio Ludueña, es uno de los más reconocidos y significativos de Rosario, por el trabajo y la lucha histórica de movimientos de base,

---

<sup>4</sup> Ver ANEXO I: Mapa Distrito Noroeste: Trabajadoras Sociales en ejercicio en centros de salud municipales.

la identificación de referentes y militantes sociales. Viene cargado de una fuerte impronta política y social. Tiene la huella del Ángel de la Bicicleta, el militante social Pocho Lepratti, y el Padre Montaldo, quienes desarrollaron y Montaldo aún sigue desarrollando su compromiso social con la población. Innumerables instituciones y organizaciones de la comunidad, estatales, movimientos sociales, comunidades eclesiales de base, hicieron y hacen su lugar para trabajar en pro de los derechos sociales. El barrio Empalme Graneros también tiene su historia. Con fuertes presencias de instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Se reconoce en la historia del barrio, la creación de la primera vecinal de la ciudad de Rosario, en el año 1923, cuyo objetivo radicaba en el trabajo para mejorar las condiciones de vida de la población. A partir de los años '60, se detecta el deterioro del modelo económico y social de las economías regionales, como las del nordeste, a través de la tradicional producción de algodón y la explotación forestal, deterioro que para la década del 1970 se vio profundizado. Este fenómeno trajo aparejado una fuerte expulsión de la población Toba o Qom que emigró hacia la ciudad de Rosario ocupando la zona del Barrio Empalme Graneros.<sup>5</sup> En el libro *Los Aborígenes "Qom" en Rosario* (2007) se expone que "el asentamiento de Empalme Graneros está poblado por grupos de familias Qom oriundas de distintas zonas rurales y periféricas urbanas de la provincia del Chaco." (Bigot, 2007:96). Bigot, agrega que "la autodenominación "qom" significa en su lengua "gente". La palabra "toba", cuyo significado en lengua guaraní es "frente ancha" se utilizó para nombrarlos por la particular forma en que se depilaban el cabello." (Bigot, 2007:93).

Este último criterio, viene íntimamente relacionado con el siguiente, que tiene que ver con la población. Los sujetos que habitan los barrios, los territorios, el distrito, los que asisten y circulan por los entramados institucionales son también con quienes trabajan los equipos de los efectores de salud. El diagnóstico de la población, sus características, sus dimensiones de análisis son fundamentales para pensar las intervenciones profesionales. Para nuestro estudio buscar poblaciones con características diversas aportaría el enriquecimiento de nuestras reflexiones para pensar los procesos de trabajo en general, y la propia actividad profesional en particular. Al mismo tiempo, semejanzas en algunas dimensiones poblacionales, en relación a los diferentes procesos de trabajo, también contribuiría a potenciar nuestro trabajo.

Los centros de salud, que cumplen los criterios expuestos son: Centro de Salud "Débora

---

<sup>5</sup> Extraído de la página web: [www.empalmesuhistoria.info](http://www.empalmesuhistoria.info)

Ferrandini”, Centro de Salud "Dr. Roque Coulin" y Centro de Salud "Juana Azurduy".<sup>6</sup> Los dos primeros se hallan emplazados en el barrio Ludueña. Mientras que el segundo se encuentra en el barrio Empalme Graneros. La Trabajadora Social del centro de salud Débora Ferrandini, comenzó a trabajar allí desde el año de su creación, en el año 2006. En cambio, para el caso de las Trabajadoras Sociales del Dr. Roque Coulin, y Juana Azurduy, comenzaron a trabajar en las respectivas instituciones en el año 2012.

Las sucesivas aproximaciones a nuestro objeto de estudio, requirieron del despliegue de diversas técnicas, que incluyeron la revisión bibliográfica y trabajo con fuentes primarias: realización de entrevistas.

Realizamos primeramente una revisión bibliográfica. Para esto, recurrimos a documentos y programas municipales, y específicamente de la Secretaria de Salud Pública de Rosario, así como también a libros, publicaciones on-line, trabajos de información estadística, trabajos de tesina de grado, maestría y doctorado, trabajos realizados en años anteriores de nuestra carrera, revistas de Trabajo Social, publicaciones de jornadas, congresos, que permitieron acercarnos teóricamente al tema elegido, y contribuyeron a iluminar los análisis de nuestro trabajo.

Además, realizamos entrevistas semi-estructuradas a tres Trabajadoras Sociales<sup>7</sup> de los tres centros de salud de nuestro recorte. Recurrir a fuentes primarias, obedece a tratar de recuperar las palabras y percepciones, por parte de profesionales que se encuentran en ejercicio. Además, está relacionado con la posibilidad de pensar dialécticamente el desarrollo teórico de nuestra línea de análisis y el componente empírico y concreto.

Asimismo hicimos entrevistas semi-estructuradas a dos trabajadoras de la salud parte de los equipos, una administrativa y una psicóloga, cada una perteneciente a un centro de salud diferente, Dr. Roque Coulin y Débora Ferrandini respectivamente. Estas entrevistas fueron pensadas para incorporar la perspectiva de los equipos en nuestros análisis. Poder tomar en cuenta el equipo en el que se encuentra el Trabajo Social, haciéndolo intervenir a través de recuperar la palabra de las entrevistadas responde nuevamente a nuestra postura asumida que entiende al Trabajo Social como trabajo colectivo y cooperativo en los procesos de trabajo en los que se inserta.

---

<sup>6</sup> Ver ANEXO II: Mapa Distrito Noroeste. Emplazamiento de centros de salud bajo estudio.

<sup>7</sup> La totalidad de las Trabajadoras Sociales, son profesionales en ejercicio, en el ámbito de la Secretaria de Salud Pública, en el primer nivel de atención de la red de salud de la ciudad de Rosario. Todas, desarrollaron sus estudios educativos de nivel superior de la Lic. en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Rosario, obteniendo su título de grado en dicha institución pública.

Realizamos también, una entrevista semi-estructurada, a la coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaria de Salud Pública del municipio, como autoridad estatal que aglutina a todo/as los/as Trabajadores/as Sociales de la red de salud local. Por último, recuperamos una entrevista realizada en el año 2010 al coordinador del centro de salud Débora Ferrandini, testimonio que aporta a nuestras reflexiones, no sólo como parte del equipo sino también como coordinador de un efector de salud.

A los fines de este escrito, se profundiza particularmente sobre las tres entrevistas de las Trabajadoras Sociales. Los nombres de las entrevistadas se cambiaron, para resguardar su identidad. De igual modo los centros de salud, serán identificados con números para una lectura más fluida y que permita ubicar al lector. Victoria es Trabajadora Social del Centro de Salud Débora Ferrandini (de aquí en adelante centro de salud nº1). Carla, Trabajadora Social del Dr. Roque Coulin (de aquí en adelante centro de salud nº2) y Bibiana, Trabajadora Social del efector Juana Azurduy (de aquí en adelante centro de salud nº3). Sandra, es psicóloga del primero. Estela, administrativa del centro de salud Dr. Roque Coulin. Por último, Mariana, coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaria de Salud Pública municipal.

Resta enfatizar, que el presente trabajo, pone foco sólo en los procesos de trabajo en que se insertan las Trabajadoras Sociales de los centros de salud estudiados. De ningún modo pretende generalizar los resultados.

A partir de las aproximaciones analíticas a nuestro objeto de estudio, en que desciframos las particularidades de los procesos de trabajo abordados, estructuramos el presente trabajo. Éste se presenta organizado en cinco capítulos. El primer capítulo pretende delinear los principales elementos de nuestro marco teórico que permitan comprender al Trabajo Social como profesión situada en la división socio- técnica del trabajo en el marco de las relaciones sociales de producción y reproducción capitalistas. Para ello, se recurre al despliegue analítico de la perspectiva de Marilda Iamamoto, soportándonos en la lectura teórico-metodológica marxiana sobre la que la autora realiza sus estudios e incorporando otras perspectivas que tomamos en nuestro trabajo, que dialogan con dicha postura y complejizan las reflexiones.

Desde estos marcos en que entendemos los procesos de trabajo, surgen los componentes de los mismos- la materia prima, los medios de trabajo, la propia actividad (trabajo vivo), y el producto- los cuales nos permitieron organizar la exposición en los siguientes

cuatro capítulos. En el segundo capítulo pretendemos identificar el objeto de trabajo profesional. Intentaremos abordar uno de los componentes del proceso de trabajo, dilucidando las características particulares que asume la cuestión social, como materia prima del trabajo profesional de cada proceso de trabajo estudiado. Para tal fin, expondremos algunos aspectos sobre el contexto local, en tanto escenario que conforma y atraviesa el ejercicio profesional cotidiano, dando lugar a reconocer las problemáticas sociales actuales sobre las que incide el trabajo profesional. En este capítulo, y en adelante, recuperaremos las entrevistas realizadas en nuestro trabajo.

El siguiente capítulo, emprende el estudio de los medios de trabajo, como un segundo componente de los procesos de trabajo. Procuramos describir las particularidades que asumen los medios de trabajo que disponen las profesionales en su ejercicio profesional. Para ello, retomaremos los aportes de Iamamoto, que nos permitirá aprehender la condición de asalariado/a, en tanto, trabajador/a que depende de los recursos previstos en los programas de la institución que los/as contrata, por medio de los cuales es ejercido el trabajo institucional. Ideas que posibilitarán reflexionar sobre el entramado institucional e intersectorial que forma parte de los procesos de trabajo. Asimismo, incorporamos los aportes conceptuales de Neffa (1987) que contribuyen a complejizar la lectura de las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

En el cuarto capítulo abordaremos en profundidad otro de los componentes del proceso de trabajo: propia actividad. Intentaremos caracterizar el trabajo profesional en los centros de salud estudiados, buscando arribar a las principales particularidades. Además de las definiciones conceptuales de Iamamoto (2003) que nos permiten cumplir con nuestro objetivo, sumamos a la lectura, los aportes de Dejours (1998) en torno al trabajo prescripto y trabajo real.

El último capítulo pretende describir los resultados de los procesos colectivos de trabajo estudiados. Expondremos las principales características en torno al producto, en tanto componente de los procesos de trabajo. De igual modo, se presentarán algunas nociones en torno al sufrimiento en el trabajo. Para esta lectura trabajaremos sobre el concepto de alienación que propone Marx (2008). Sumando los aportes de Dejours (1992) en torno al sufrimiento en el trabajo, de modo de complejizar las reflexiones.

Finalmente se presentarán algunas conclusiones y reflexiones que refieren a los principales resultados obtenidos en nuestro proceso de exploración. Conclusiones, que son también, en términos dialécticos, el punto de partida para plantear nuevos interrogantes y abrir nuevos caminos transformadores en torno al Trabajo Social.

## **CAPÍTULO I**

### **PROCESOS DE TRABAJO Y TRABAJO SOCIAL**

El enfoque teórico en torno a los procesos de trabajo en los que se insertan los/as Trabajadores/as Sociales, surge a partir de las producciones de autores/as que vienen

aportando al colectivo profesional, que vinculan al Trabajo Social con la categoría trabajo y con los procesos de trabajo en las sociedades capitalistas. En los años '80, con la presentación del libro *Relações Sociais y Serviço Social: esboço de uma interpretação histórico – metodológica*, de Marilda Iamamoto y Rubén Carvalho (1984), se fundan nuevos marcos de interpretación y análisis del Trabajo Social, “donde se rompe con el esquema de explicar la profesión a partir de ella misma, dando inicio al estudio del Trabajo Social inserto en la división social del trabajo.” (Cademartori, 2011:25).

Las investigaciones de Iamamoto y Carvalho desde ese enfoque, trajeron consigo una corriente intelectual instituyente para pensar la profesión. Fue una producción teórica muy significativa, no sólo para el Trabajo Social de Brasil, sino también para el latinoamericano.

Es conveniente aclarar, que si bien nos referimos a América Latina, o Trabajo Social latinoamericano, asimilando contextos históricos y luchas sociales, reconocemos las singularidades de cada país con sus procesos socio- políticos nacionales y profesionales propios. A partir de identificar similitudes en los contextos políticos de Brasil y Argentina, es que las producciones teóricas de Marilda Iamamoto principalmente, nos acompañarán en este escrito, a pensar el Trabajo Social en nuestro país y los procesos de trabajo en los que se inscribe nuestra profesión en contextos más locales.

La intención de este capítulo es presentar los principales aspectos teóricos que permitan comprender a la profesión desde una perspectiva crítica y en clave de procesos de trabajo, más específicamente como especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo. Para ello abordaremos los principales argumentos de la postura de Iamamoto, de raíz marxiana, adentrándonos en unas primeras definiciones tales como división del trabajo, trabajo asalariado, procesos de trabajo y las pondremos a jugar en relación al Trabajo Social. El despliegue de estas herramientas de lectura permitirá comprender nuestro marco de interpretación más amplio, contextualizando y facilitando la lectura de los sucesivos capítulos.

## **1.1 La profesión como especialización del trabajo colectivo**

Marilda Iamamoto (2003) sustenta sus análisis en la perspectiva teórico-metodológica marxiana, para explicar el origen y el sentido del ejercicio profesional en la sociedad capitalista. Sostiene que el Servicio Social es una especialización del trabajo colectivo,



una profesión inscrita en la división social y técnica del trabajo. Para Marro (2005), siguiendo las ideas de Yamamoto, el/la Trabajador/a Social, surge:

...como uno de los agentes responsables por la ejecución de las políticas sociales estatales orientadas para la atención de las secuelas de la llamada “cuestión social”, en el momento histórico en que el Estado comienza a dar respuestas sistemáticas a ésta, esto es, la internaliza en su funcionalidad -con la consolidación del capitalismo monopolista. (Marro, 2005:61)

La división del trabajo en la sociedad, y la consecuente acción de subsumir los individuos a ciertas ramas de actividad profesional, determina la correspondencia de los sujetos con ámbitos profesionales específicos. La división social del trabajo, que vincula a los sujetos con profesiones específicas, que engendra las especialidades y especialistas, solicita al/a la Trabajador/a Social para participar en un proceso colectivo, con otras profesiones (Yamamoto, 2003). Por su parte, Montaña (2000) explica que en la división socio técnica del trabajo podemos identificar diversas profesiones, que se interconectan entre sí, cuyo objetivo es dar respuesta a una parcela determinada de la realidad. Es decir, en tanto las especializaciones son cada vez más grandes, resultan imprescindibles “otros” para el trabajo.

La argumentación de que el profesional de Trabajo Social participa al lado de otras profesiones fundamenta la concepción del/de la trabajador/a como trabajador colectivo. Los hombres no están solos y aislados sino que establecen relaciones entre sí en el proceso de trabajo, relaciones de colaboración. Al decir de Marx (1970:35), “para producir, los hombres contraen determinados vínculos y relaciones, y a través de estos vínculos y relaciones sociales y solo a través de ellos, es como se relacionan con la naturaleza y como se efectúa la producción”.

Dejours (1998), por su parte, también hace sus aportes en torno a la idea de cooperación involucrando el deseo de los sujetos al momento de trabajar con otros. Expone que existe en la persona que trabaja, una “movilización subjetiva” que consiste en el deseo del sujeto de cooperar, involucrándose con la tarea que realizan. La cooperación está basada en relaciones de confianza entre los sujetos, en la libertad de los mismos y la voluntad común para trabajar en conjunto.

La cooperación, característica del trabajo combinado, indisociable del carácter colectivo del trabajo, se impone con la sociedad capitalista. Esto, permite identificar el lugar del asistente social en el proceso colectivo de trabajo, detectando sus posibles contribuciones particulares en la elaboración de un producto común. (Yamamoto, 2003).

## 1.2 Aproximaciones a la categoría trabajo: algunas dimensiones

A partir de las transformaciones operadas en el sistema productivo en las últimas décadas, se comenzó a cuestionar el lugar que el trabajo ocupa en nuestras sociedades. Algunas corrientes teóricas, plantearon una crisis del trabajo, en tanto elemento estructurante de la sociedad; el fin de la centralidad del trabajo en el conjunto de las relaciones sociales. (Rifkin, 1996; Offe, 1996; Gorz 1986).

Contrariamente a los/as autores/as que alegan el “fin del trabajo”, existen otras perspectivas que defienden la centralidad que éste continúa teniendo en nuestra sociedad. Autores como Antunes (2001, 2005) y Neffa (1999), entre otros, si bien reconocen las transformaciones en el mundo del trabajo, exponen que éstas no se traducen en la pérdida de centralidad del trabajo. Como subraya (Antunes ,2001) al contrario de un adiós al proletariado, tenemos un amplio abanico de agrupamientos y segmentos que componen la clase-que-vive-del-trabajo.

Marilda Iamamoto acuerda con esta última idea. El trabajo se convierte para la autora en una noción central en sus producciones teóricas. Sostiene que a pesar de las transformaciones en la categoría trabajo, éste sigue siendo una condición preliminar de supervivencia para la mayoría de la población desprovista de otras formas de propiedad que no sea su capacidad de trabajo.

Marx y Engels desde la concepción materialista de la historia, en su obra “*La Ideología Alemana*”, nos hablan del trabajo como la actividad que caracteriza al hombre y lo distingue de la naturaleza.

Los hombres mismos empiezan a diferenciarse de los animales cuando comienzan a producir sus medios de existencia, paso adelante que viene condicionado por su organización corporal. Al producir sus medios de existencia, los hombres producen indirectamente su vida material efectiva. (Marx y Engels, 1975:19)

Para Iamamoto (2003), en sintonía con las definiciones de Engels y Marx, el trabajo es una actividad fundamental del hombre, que mediatiza la satisfacción de sus necesidades frente a la naturaleza y a los otros hombres. “Se trata de un elemento constitutivo del ser social, que lo distingue como tal, y por tanto, que dispone de una centralidad en la vida de los hombres” (Iamamoto, 2003: 79).

En *El Capital* Marx (2004:49) expone que “el trabajo humano es el empleo de la fuerza de trabajo, que todo hombre común posee en su organismo corpóreo, sin necesitar educación especial”. Define la fuerza de trabajo como, “el conjunto de las facultades

físicas y mentales que existen en la corporeidad, en la personalidad viva de un ser humano y que él pone en movimiento cuando produce valores de uso de cualquier índole”. (Marx, 2004:203)

Para comprender la categoría trabajo en nuestras sociedades capitalistas, se vuelve necesario incorporar la noción de mercancía elaborada por Marx. El filósofo alemán analiza el doble carácter del trabajo representado por las mercancías: el trabajo humano abstracto y magnitud de valor.

La mercancía, es un objeto útil externo, apto para satisfacer necesidades de cualquier tipo. Es valor de uso, objeto útil y valor. Como valores de uso las mercancías representan cualidades distintas, como valores de cambio solo se distinguen por la cantidad. (Marx, 2004)

Todo trabajo es, gasto de la fuerza humana de trabajo en el sentido fisiológico y, como tal, trabajo humano abstracto, forma el valor de la mercancía. Pero también es gasto de la fuerza humana de trabajo bajo una forma especial y encaminada a un fin y, como tal, como trabajo concreto y útil, produce los valores de uso. (Marx, 2004) De acuerdo al autor, la fuerza de trabajo es la única mercancía que cuando se la consume se transforma en fuente creadora de valor y de plusvalía, de más valor del que ésta contiene. Bajo las relaciones sociales capitalista, existen hombres que trabajan y no controlan ni poseen los medios de trabajo, sólo poseen su fuerza de trabajo - o potencialidad de un hombre para trabajar-. Esta potencialidad es vendida en el mercado a cambio de un salario. “Esta mercantilización implica el surgimiento ontológico en el trabajo, adquiriendo la forma de expresión histórica alienada: el trabajo abstracto.” (Mallardi, 2013a:16). Bajo la lógica del trabajo abstracto, una vez adquirida la fuerza de trabajo en el mercado, el trabajador se objetiva mediante un proceso de trabajo que al finalizar hace que el producto se le presente ajeno.

De acuerdo a las producciones del propio Marx, así como el trabajo es actividad creadora de valor, en las sociedades capitalistas, el trabajo también es alienación.

Esta alienación de la que habla Marx es respecto del acto de la producción, alienación de la actividad. En el trabajo alienado, el trabajador no se realiza; inversamente, lo que ocurre es que la realización del trabajo, implica su desposesión. (Marx, 2004). En el proceso del trabajo, el hombre vive su actividad como algo que no le pertenece. El trabajo se vive como algo exterior y forzado. El trabajador ya no se afirma en su trabajo, sino que se niega, y pasa a ser únicamente un medio de subsistencia. No hay

autorrealización. Marx, también refiere a la alienación en relación al producto, es decir, el producto de su trabajo se le presenta al hombre como algo ajeno.

El hombre, al trabajar, se proyecta sobre los productos de su trabajo: pone en cada producto algo de su ser, más en el sistema capitalista, la propiedad privada de los medios de producción forja que los objetos confeccionados por la actividad del obrero no le pertenecen a él, los vive como ajenos, el producto hecho por el obrero no le conciernen más que al capitalista. (Sossa Rojas, 2010:44)

Sostenemos que no sólo es posible definir al trabajo en su dimensión económica, como actividad orientada a satisfacer necesidades, sino también en su dimensión sociológica, como actividad en la que el hombre se afirma como ser social, antropológica, como actividad creadora y transformadora del ser humano, y en su objetivación, en el que el trabajador no se reconoce y su producto se le vuelve ajeno. Valoramos también la dimensión subjetiva, ineludible de incorporar en nuestro trabajo.

Desde los estudios de la psicodinámica del trabajo Dejours (1992) enriquecerá esta última dimensión, indagando acerca del papel del trabajo, en la construcción de la identidad de los sujetos, en los procesos subjetivos e intersubjetivos.

Para Dejours (1998), el trabajo es la actividad coordinada, desplegada por los hombres para enfrentar lo que no puede obtenerse mediante la estricta ejecución de lo prescripto. El trabajo es para Dejours la relación "de uno consigo mismo". A través de la actividad del trabajo el sujeto se pone a prueba con el mundo y su resistencia a su saber hacer, a sus conocimientos. Trabajar es lo que se llama "lo real del trabajo", es decir aquello que se hace conocer al sujeto por su resistencia. (Dejours, 2000).

El trabajo es además y fundamentalmente intersubjetivo. Por esto, el trabajo proyecta al sujeto también, en el vínculo social. El autor expone que el sujeto, en el campo de las relaciones laborales, no busca amor, sino reconocimiento. El reconocimiento en el mundo del trabajo, tiene su significado, en tanto se dirige al hacer.

Además, expone la idea del sufrimiento en el trabajo. "Trabajar es sufrir. Pero el sufrimiento no es solo una consecuencia desgraciada del trabajo, es sólo el final de un proceso que va desde el trabajo hacia el funcionamiento psíquico, en el mejor de los casos para reflejarse en él y transformarse, y eventualmente, acrecentar la subjetividad". (Dejours, 2000:7)

### **1.2.1 Trabajador/a Social como Trabajador/a Asalariado/a**

Transitar el análisis del ejercicio profesional, desde el enfoque teórico que aquí recuperamos, supone entender a la profesión como un tipo de trabajo en la sociedad. Desde esta perspectiva, se establece ya una diferenciación entre actividad profesional y actividad voluntaria. La relación de asalariado del profesional/trabajador, como forma social asumida por el trabajo, es la base sobre la que descansa la actividad profesional, diferenciándose de una actividad voluntaria.

El trabajo del Asistente Social se inserta en una relación de compra y venta de mercancías en que su fuerza de trabajo es mercantilizada. Ahí se establece una de las líneas divisorias entre actividad asistencial voluntaria desencadenada por motivaciones puramente personales e idealistas, y la actividad profesional que se establece mediante una relación contractual que reglamenta las condiciones de obtención de los medios de vida necesarios para la reproducción de ese trabajador especializado. Pasa ese agente a percibir un salario, precio de su mercancía fuerza de trabajo a cambio de servicios prestados, determinado como el precio de cualquier otra mercancía, ingresando a su actividad en el reino del valor” (Iamamoto y Carvalho, 1984: 88).

Así el/la Trabajador/a Social se convierte en un trabajador/a asalariado/a que vende su capacidad de trabajo, entrando en ese momento al universo de la mercantilización, creando valor de uso. El ejercicio profesional, como actividad asalariada, precisa la mediación del mercado de trabajo; una compra y venta de la fuerza de trabajo para su realización.

Cabe mencionar que si bien el Trabajo Social se ha reglamentado como una profesión liberal, no ha tenido un desarrollo predominante en este sentido, al menos en América Latina. Sin embargo, existen características que definen trazos que la enmarcan como profesión liberal. La presencia del Código de Ética; el carácter no rutinario de la intervención, que posibilita cierto margen de maniobra para los/as profesionales; la particular y singular relación en el contacto directo con los sujetos con quienes trabaja; la indefinición profesional que le da la posibilidad de presentar múltiples y diversas propuestas de trabajo, que sobrepasan las demandas institucionales. (Iamamoto, 1997)

### **1.3 Procesos de trabajo en los que se insertan los/as Trabajadores/as Sociales**

El proceso de trabajo es para Marx (2004) la relación de los hombres entre sí y la naturaleza. Es la producción de valores de uso llevada a cabo por la actividad del hombre. Los procesos de trabajo presentan cuatro (4) componentes: la materia prima,

los medios de trabajo, la propia actividad (trabajo vivo) y el producto. “Todo proceso de trabajo implica una materia prima u objeto sobre el cual incide la acción; medios o instrumentos de trabajo que potencializan la acción del sujeto sobre el objeto; y la propia actividad, o sea, el trabajo orientado a un fin que resulta en un producto.” (Iamamoto, 2003:80). Cualquier proceso de trabajo, y por lo tanto sin excluir a aquellos en los que participan los/as Trabajadores/as Sociales presentan estos componentes. Cabe aclarar que no son procesos de trabajo propios del Trabajo Social, sino procesos de trabajo en los que se inscriben los/as trabajadores/as.

Además de los aportes de Iamamoto, que nos permiten pensar la intervención profesional como procesos de trabajo, podemos incorporar aquí, una de las múltiples perspectivas contemporáneas acerca de la intervención en Trabajo Social que será trabajada en el presente estudio, sustentada en Karsz (2007) quien también se ha dedicado a pensar al Trabajo Social. Refiere a éste como un proceso de producción en el cual interviene una materia prima, medios de trabajo, fuerza de trabajo y se obtiene un producto. El autor expone que “estamos en presencia de un proceso, que no se confunde pues con ninguno de sus componentes considerado uno a uno”. (Karsz, 2007:42) El primero de los cuatro componentes es la materia prima, el objeto de trabajo, que para Iamamoto lo constituye la cuestión social. La entiende como:

...[Las] expresiones del proceso de desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad, exigiendo su reconocimiento como clase por parte del empresariado y del Estado. Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de intervención, más allá de la caridad y la represión. (Iamamoto, 1997:91)

Cuestión social, que en sus múltiples expresiones provoca la necesidad de la acción profesional, en el área de la infancia y juventud, en situaciones de violencia contra la mujer, etc. (Iamamoto, 2003). Como totalidad contradictoria debe ser pensada en su doble carácter: como expresión de las desigualdades sociales y al mismo tiempo como expresiones de resistencia y rebeldía.

Muchos/as autores/as, desde las ciencias sociales, se han dedicado a escribir acerca de la “cuestión social”. Algunos/as (Iamamoto,2003; Netto,1997; Montaña,2000), sitúan a ésta en el contexto de la relación capital-trabajo, como resultado de las contradicciones inherentes del sistema capitalista. O como el caso de Castel, quien pone esta noción en los marcos de la relación con el trabajo, pero desde otra perspectiva. La cuestión social para el autor es:

Una aporía fundamental, en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia. (Castel, 1995: 20)

Entiende centralmente que la cuestión social interpela la posibilidad de integración de cualquier orden social. Castel, expone una fuerte relación entre el vínculo de las poblaciones con el trabajo y las protecciones sociales (sociabilidad primaria, sociabilidad secundaria), lo que da origen a lo que llama metafóricamente como “zonas” de mayor o menor cohesión social. El autor, explica que las poblaciones que son objeto de intervenciones sociales, difieren según sean o no capaces de trabajar y es en función de esta condición que se las tratará de manera diversa. Configurándose así, quienes pertenecen al mundo del trabajo por una parte y los que se encuentran en el mundo de lo socio-asistencial por otra. La estabilidad en materia de trabajo e inserción relacional nos habla de la zona de plena integración, mientras que lo contrario, sería la zona que representa la exclusión, o mejor dicho, lo que el autor nombra como la desafiliación. Por último, existen las zonas intermedias. “La vulnerabilidad social es una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad.” (Castel, 1995: 15).

Existe también una discusión susceptible de traer aquí, en torno al debate de la vieja y nueva cuestión social. Están quienes sostienen la emergencia de la “nueva cuestión social”, que surge con la llegada del neoliberalismo, “nueva”, en términos de marcar una diferencia respecto de la cuestión social tal como se planteaba en el siglo XIX. Así, Rosanvallon, expone que:

... desde principios de los años ochenta, el crecimiento de la desocupación y la aparición de nuevas formas de pobreza parecieron, al contrario llevarnos a largo tiempo atrás. Pero a la vez se ve con claridad que no se trata de un simple retorno a los problemas del pasado. Los fenómenos actuales de la exclusión no remiten a las categorías antiguas de explotación. Así ha hecho su aparición una nueva cuestión social. (Rosanvallon, 1995:7)

Otros/as autores/as en cambio, prefieren hablar de diversas manifestaciones de la misma cuestión social, y no de “nueva cuestión social”. Por su parte, José Pablo Netto en su libro *Capitalismo monopolista y Servicio Social* (1997) quien citando a Cerqueira Filho, señala que la cuestión social son las expresiones del múltiple complejo de problemas que son congénitos a la sociedad burguesa moderna, son los problemas políticos, sociales, económicos que se manifiestan en la cotidianidad de la vida social. No se

estaría ante una nueva cuestión social producto de la crisis de la relación salarial, sino ante nuevas manifestaciones de una única “cuestión social” surgida con el desarrollo del capitalismo.

Un segundo componente consiste en los medios de trabajo. Los medios como aquellos que potencializan la acción del sujeto sobre el objeto. En el capítulo V de *El Capital*, Marx (2004) explica que el medio de trabajo es aquel objeto o conjunto de objetos que el obrero interpone entre él y el objeto que trabaja, y que le sirve para encausar su actividad sobre ese objeto.

En el proceso de trabajo, se requieren medios de trabajo, para que la actividad sea efectivamente realizada. El/la trabajador/a, en su condición de asalariado, se encuentra alienado de una parte de los medios y condiciones para concretizar su trabajo. Parte de los medios son brindados por la institución empleadora, la que posibilita que los usuarios accedan a sus servicios, proveen los medios y recursos para su realización. Los/as Trabajadores/as Sociales, dependen de recursos previstos en los programas de la institución que los/as contrata, por medio de los cuales es ejercido el trabajo (Iamamoto, 2003). Además, la autora propone ampliar la noción estricta de instrumentos en Trabajo Social, asumido mayormente como mero conjunto de técnicas. Expone que “las bases teórico- metodológicas son recursos esenciales que el Asistente Social acciona para ejercer su trabajo: contribuyen a iluminar la lectura de la realidad”. (Iamamoto, 2003: 81). Esto quiere decir, el conocimiento, el lenguaje, el pensamiento, la reflexión teórica, son medios de trabajo, que el/la trabajador/a especializado/a requiere para efectuar su actividad.

El tercer componente, es el trabajo en tanto propia actividad del sujeto, el trabajo vivo. Iamamoto (2003:35) expone que “abordar el Servicio Social como trabajo supone aprehender la llamada “práctica profesional” condicionada por (...) las relaciones entre las clases de la sociedad, rompiendo con el endogenismo en el Servicio Social”. De esta forma, la autora, sostiene que lo que se llama práctica profesional corresponde sólo a uno de los elementos del proceso: el propio trabajo, la fuerza de trabajo puesta en acción. Para que exista trabajo son necesarios los medios de trabajo y materia prima u objeto sobre el cual incide la acción transformadora del trabajo.

Una interpretación distinta del ejercicio profesional (...) consiste en enfocar el trabajo profesional como participe de procesos de trabajo que se organizan según las exigencias económicas y sociopolíticas del proceso de acumulación, moldándose en función de las condiciones y relaciones sociales específicas en



que se realiza, las cuales no son idénticas en todos los contextos donde se desarrolla el trabajo del asistente social. (Iamamoto, 2003:117)

El trabajo es una actividad del sujeto. No de la profesión como institución. Los procesos de trabajo en los que se insertan los/as Trabajadores/as Sociales, no son organizados por ellos ni son exclusivos de éstos.

Así como es la institución la que provee los medios de trabajo, también es ésta la que organiza el proceso de trabajo donde participan los/las trabajadores/as. Es decir, para organizar sus actividades el/la Trabajador/a Social depende del Estado. (Iamamoto, 2003). Ahora bien, de la condición de trabajador asalariado, se desprende lo que la autora define como autonomía relativa, en relación al accionar del profesional. “Durante la jornada de trabajo, la acción creadora del asistente social debe someterse a las exigencias por quien compró el derecho de utilizarlas durante un cierto periodo de tiempo (...) dentro de esas condiciones se materializa la autonomía del profesional para conducir sus acciones” (Iamamoto, 2003:119). Autonomía en relación a la forma de conducir sus acciones junto a quienes trabaja, “lo que requiere el compromiso con valores y principios éticos para nortear la acción profesional explicitados en el código de ética.” (Iamamoto, 2003:118).

El Servicio Social desarrolla su intervención en un espacio de contradicción, entre reproducir la lógica del sistema; y responder a las necesidades y defender los derechos y conquistas sociales de la clase trabajadora, lo que le da al ejercicio profesional un carácter esencialmente político. En la medida en que el/la, profesional reoriente sus intervenciones no meramente para la atención de demandas según intereses institucionales, sino como profesional crítico, y que se sustente en un código de ética orientado en valores definidos colectivamente, el Trabajo Social puede reorientar sus intervenciones que, sin eliminar los intereses de sus empleadores, privilegie la garantía de los derechos sociales conquistados. (Montaño, 2007).

A partir de estas conceptualizaciones, podemos afirmar que el Trabajo Social se inscribe en procesos de trabajo dentro de procesos sociales más grandes. Y consecuentemente, que no existe un único proceso de trabajo. Existen múltiples procesos de trabajo, en los que se inscriben los/as trabajadores/as. En las particularidades de los procesos se van redefiniendo las posibilidades del ejercicio profesional.

Finalmente el producto, constituye el último componente. El Servicio Social es un trabajo especializado que se expresa bajo la forma de servicios y que tiene productos. El producto en los procesos de trabajo, adquiere relevancia social, no es individual. Es

resultado de un trabajo cooperativo y colectivo.

El Trabajo Social como trabajo asalariado, se encuentra inscripto en el sistema capitalista de venta de la fuerza de trabajo. Algunos/as autores/es sostienen que como trabajo especializado es demandado para el trabajo en la esfera productiva, otros/as sostienen que lo es para actividades ligadas a la reproducción y unos/as últimos/as para estos dos ámbitos. (Granemann, 1999). Las argumentaciones en torno a si el Trabajo Social produce o no directamente plusvalía, nos llevan a dialogar con los conceptos de trabajo productivo-improductivo del marxismo. Para Marx (2004), el trabajo productivo es aquel que produce no sólo el valor necesario para la reproducción de la fuerza de trabajo del trabajador, sino también plusvalía, sirviendo así a la expansión del capital. El concepto de trabajo productivo, no comprende una relación entre trabajador y producto de trabajo, sino también una relación de producción social, histórica, que convierte al trabajador en un instrumento directo de creación de más valor.

Con esa definición el Trabajo Social opera como trabajo productivo cuando participa en la generación de las condiciones para la extracción de plusvalía. (Granemann, 1999) Ahora, cuando un trabajador asalariado no genera valor en la actividad que realiza, hablamos de trabajo improductivo. Es aquel en el cual el/la trabajador/a cambia sus esfuerzos por dinero para su subsistencia. Cambia un valor de uso (fuerza de trabajo) sin acrecentar el capital por parte de quien lo contrató. Como el caso del Servicio Social en el ámbito de las políticas públicas, que como contratado por el Estado para la aplicación de servicios no agrega valor para éste último.

El/la Trabajador/a Social actúa en procesos relacionados a la reproducción social de la vida, interviene en situaciones que afectan las condiciones concretas en las que viven los sujetos. El trabajo puede producir resultados concretos en las condiciones materiales, sociales y culturales de la vida de la población, en su acceso a políticas sociales, servicios, recursos; en su modo de vivir y de pensar; sus formas de lucha y en sus prácticas de resistencia. (Yazbek, 2003).

Iamamoto (1997:101) explica que “aunque la profesión no se dedique preferentemente al desempeño de funciones directamente productivas, pudiendo ser en general caracterizada como un trabajo improductivo, ella participa al lado de otras profesiones en la tarea de implementar las condiciones necesarias al proceso de reproducción en su conjunto.” Si bien nuestro trabajo no se centra en la generación directa de plusvalía, participamos activamente del proceso de reproducción social, a partir de la pequeñísima parte de la plusvalía generada socialmente, que vuelve en forma de servicios a los

trabajadores (Iamamoto, 1997).

Para Iamamoto, el trabajo del/la Trabajador/a Social se sitúa predominantemente en el campo político ideológico, en que el profesional es requerido para ejercer funciones de control social y de reproducción de la ideología dominante.

El Servicio Social interfiere en la reproducción de la fuerza de trabajo por medio de los servicios sociales previstos en los programas, a partir de los cuales se trabaja en las diversas áreas de salud, educación, habitación y otras. Así el servicio social es socialmente necesario porque actúa sobre cuestiones referidas a la supervivencia social y material de los sectores mayoritarios de la población trabajadora.(Iamamoto, 2003:86)

A partir del despliegue analítico de la perspectiva de Iamamoto, y habiéndonos apoyado en líneas teóricas que dialogan entre sí y amplían las reflexiones expuestas, daremos lugar al segundo capítulo. En éste, intentaremos identificar la materia prima en los procesos de trabajo de los centros de salud del Distrito Noroeste bajo estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **ENTRE LA PRODUCCIÓN DE DESIGUALDAD Y REBELDÍA: TRABAJO SOCIAL Y CUESTIÓN SOCIAL**

Todo proceso de trabajo, tiene un objeto sobre el cual el trabajo actúa, una materia prima. Según Iamamoto (2003), la materia prima del Trabajo Social, es la cuestión social, en sus múltiples manifestaciones, que provoca la necesidad de la acción profesional en el área de la infancia y juventud, de la tercera edad, en situaciones de violencia contra la mujer, en la lucha por la tierra, entre otras. La autora entiende a la cuestión social como:

el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad. Iamamoto (2003:41)

Esa contradicción fundamental de la sociedad capitalista, está articulada con el hecho de que el desarrollo en la sociedad, se encuentra, por una parte, en la posibilidad del acceso por parte del hombre a la cultura, la naturaleza y por otra y simultáneamente, que aumente la distancia entre la concentración/acumulación del capital y la producción de la miseria. (Iamamoto, 2003). Asimismo, la autora expone que siendo desigualdad (la cuestión social), también es rebeldía, por involucrar sujetos que viven las desigualdades, que las resisten y se oponen. Según Iamamoto, dar cuenta de las múltiples expresiones de la cuestión social, implica descifrar las desigualdades sociales y al mismo tiempo las formas de resistencia que llevan adelante los sujetos que sufren las consecuencias de las desigualdades. En la tensión entre la producción de desigualdad y rebeldía trabajan los/as Trabajadores/as Sociales.

Conocer y descifrar la cuestión social, es conocer la realidad e impulsar un proceso de cambio. Permite construir un proyecto político profesional, acorde a las situaciones de la coyuntura, ya que es bien sabido, que en las distintas épocas, la cuestión social adquiere distintas apariencias. El análisis de la cuestión social, para la autora, evita los reduccionismos (de tipo político, económico o ideológico).

Por lo que para la comprensión/aprehensión de la cuestión social, en el marco de los objetivos de nuestro estudio, se vuelve necesario identificar el escenario en el que se insertan las Trabajadoras Sociales, es decir, “las nuevas bases de producción de la cuestión social, cuyas múltiples expresiones son objeto de trabajo cotidiano del asistente social” (Iamamoto, 2003:42) y recuperar las voces de las entrevistadas en sus ámbitos cotidianos de trabajo.

## 2.1 El Estado local y la cuestión social

Rosario, es la tercera ciudad más poblada de nuestro país, con 948.312 habitantes según el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en 2010.<sup>8</sup> El territorio local se encuentra organizado, como resultado de los procesos de planificación y descentralización municipal, en 6 distritos (Norte- Noroeste-Centro-Oeste-Sudoeste-Sur).<sup>9</sup>

Hoy, la ciudad se halla entre una coyuntura económica en crecimiento y una realidad social cada vez más compleja y sumamente desigual. Rosario refleja la imagen de una ciudad con aires progresistas, cuya ubicación geográfica, al margen del Río Paraná, la decora y la constituye como un importante centro cultural y gran atractivo turístico, convirtiéndose en el destino provincial principal. Rosario está situada en un lugar estratégico respecto al MERCOSUR, con un fuerte potencial industrial, y un creciente desarrollo económico como resultado de su actividad portuaria. Es responsable del 50% del total del Producto Bruto provincial y del 5% del PBI a nivel nacional. En el informe de gestión de la municipalidad presentado en el 2013<sup>10</sup>, se muestran los ejes y algunos resultados sobre lo realizado en materia de: Rosario + inclusiva, + empleo, + participativa, + cultural, + saludable, + obras, + espacios públicos, + infraestructura, + limpia, + hábitat, + sustentable, + urbana, + convivencia, + seguridad vial, + seguridad, + innovación, + productiva, + turística, + accesible, + metropolitana, y + internacional. Algunos territorios de la ciudad muestran el espectáculo del dinero a través de grandes emprendimientos inmobiliarios con complejos habitaciones de lujo en zonas que se hipervalorizan inmobiliariamente. Crecen zonas que muestran la concentración de la riqueza y al mismo tiempo, otras que expresan su exclusión. Detrás de esa ciudad, de los “+”, se encuentra la misma, con territorios signados de violencia, muertes de jóvenes captados por redes de narcotráfico, corrupción policial, población que no tiene acceso a los servicios públicos básicos, como agua, luz, recolección de residuos, precariedad habitacional, informalidad laboral, desempleo en el ámbito local, analfabetismo, problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psico-activas, violencia de género.

A partir de la década del 90 comenzaron a gestarse en Rosario cambios notorios en la estructuración del espacio urbano (...) las diversas gestiones socialistas impulsaron una serie de intervenciones urbanas (...) Estas obras e

---

<sup>8</sup> A la fecha no se encuentra disponible información oficialmente procesada sobre el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010) a nivel de localidades, más que en algunas dimensiones. Por lo que para el presente estudio decidimos utilizar las estadísticas más actualizadas que se encuentran disponibles.

<sup>9</sup> VER ANEXO III: Mapa distritos ciudad de Rosario

<sup>10</sup> Disponible en: [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)

intervenciones urbanas permitieron que la ciudad se constituyera, a partir de 2003, en un importante polo de atracción de inversiones (...) de los agrogocios (...) como de grandes firmas comerciales. Sin embargo, el crecimiento no fue homogéneo para toda la ciudad. (Brizuela, 2014: 2)

Las ciudades se expresan cada vez más como territorios fragmentados que agudizan la exclusión social. Los barrios de las ciudades encarnan la exclusión, la pauperización, la marginación urbana y social. Wacquant (2007) nos habla de una nueva marginalidad urbana como resultado de un proceso creciente de desigualdad, que provoca un proceso de invisibilidad de los pobres, que lleva a la creación de espacios excluyentes. Resulta de suma importancia analítica incorporar una cita textual de Svampa, que aunque extensa, es fundamental para fortalecer los análisis que siguen nuestras reflexiones:

En los últimos veinte años, la multiplicación de las desigualdades sociales ha generado nuevas modalidades de relación con el otro. Así, en un marco de polarización y fragmentación social, el aumento de las distancias sociales dio paso a nuevas representaciones sociales gestadas en función del miedo al otro (...) Las denuncias sobre actos de «violencia urbana» se multiplican, lo cual moviliza los servicios policiales en torno a una intensa vigilancia de los sectores populares (...) El avance de dicha política de selectividad penal aparece ilustrado por la tendencia a la militarización de los barrios carenciados. Esta nueva escalada de la criminalización, naturaliza la asociación entre pobreza y delito, a través de la categorización de las poblaciones pobres como clases peligrosas, distinguiéndolas del resto de la sociedad y señalando sus núcleos habitacionales como mera fuente del delito. (Svampa, 2008b:151)

Consideramos pertinente mencionar, en este mismo sentido, la noción de territorios “abyectos” que propone Murillo (2011) para definir los territorios urbanos actuales, en nuestra ciudad, como espacios invisibles. Aquellas zonas inhabitables que, sin embargo, están densamente pobladas. Murillo (2011:23) refiere que “se caracterizan porque en ellos la ley puede ser suspendida y la violencia ejercida en silencio; son lugares en los que la existencia humana queda en suspenso, zonas sólo pobladas por fantasmas, por figuras invisibles para los ojos del nosotros”. La llamada cuestión urbana, es expresión de la contradicción capital-trabajo, que se hace carne en los sujetos.

Existen en la ciudad de Rosario, colectivos de investigadores que se unen, y contribuyen a pensar y comprender la situación social local, como el caso del Club de Investigaciones Urbanas, que discuten específicamente sobre lo urbano. Realizan fuertes críticas al desarrollo y crecimiento excluyente de la ciudad de Rosario que “profundiza las asimetrías sociales y la desigualdad en el derecho al acceso y disfrute de

la ciudad.”<sup>11</sup> Sus desarrollos también refieren a problemáticas como el narcotráfico y la violencia que impera y domina los territorios de nuestra ciudad, que agudizan las situaciones sociales de las familias que viven en los barrios.

En los últimos años se padece en Rosario una aceleración vertiginosa de dinámicas violentas que en sus múltiples modalidades y entrecruzamientos (narcocriminalidad, conflictos sangrientos entre personas que viven en radios geográficos cercanos, robos menores y mayores, gatillo fácil y represión policial, entre las principales) transforman modos de vida históricos que todavía cuesta elaborar y dimensionar en toda su magnitud (Club de Investigadores Urbanos, 2014:1)

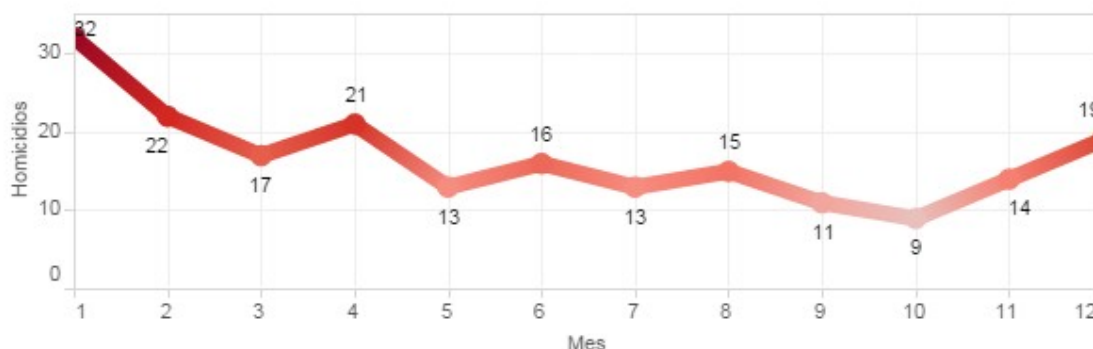
En sintonía con estas producciones, el documental “Calles Perdidas” (2013), material elaborado por el equipo de la Dirección de Comunicación Multimedial de la Universidad Nacional de Rosario –DocuMedia-<sup>12</sup>, muestra el avance del narcotráfico en la ciudad de Rosario, y señalan que éste genera ganancias millonarias y opera en la ciudad con redes cada vez más profundas y con mayor capacidad financiera y operativa. Para ello existe, también, un dispositivo policial que se ocupa de proteger y permitir la reproducción del circuito de la droga. Y agregan que el rostro más doloroso de este sistema productivo y delictivo es, quizás, el de los adolescentes reclutados como “soldaditos” y trabajadores de búnkers y kioscos. Sobre ellos descarga su violencia represiva, excluyente y criminalizadora el aparato que pretende combatir el narcotráfico. Según el informe elaborado por Documedia, en 2013 el departamento Rosario alcanzó 264 asesinatos. Las muertes en ese año junto a los 55 homicidios ocurridos en los dos primeros meses de 2014 -casi uno por día-, provocaron, entre otros factores, el arribo de fuerzas federales de seguridad - Gendarmería y Prefectura - a Rosario. De los 250 homicidios ocurridos en 2014 a nivel departamental, 202 corresponden a la ciudad de Rosario. (Ver Gráfico 1). A partir de un análisis cualitativo de estos números tomando como base rango etario y género de las víctimas, se observa que dentro de los límites de Rosario, el 42 % de las víctimas tenían entre 16 y 25 años. El 94 % del total de homicidios registrados en 2014 corresponde a hombres, registrándose 11 casos de mujeres asesinadas.

---

<sup>11</sup> Entrevista realizada al Club de Investigaciones Urbanas, 2012. En Boletín digital EnRedando: [www.enredando.org.ar/club-de-investigaciones-urbanas](http://www.enredando.org.ar/club-de-investigaciones-urbanas)

<sup>12</sup> [www.documedia.com.ar](http://www.documedia.com.ar)

Grafico 1: Homicidios en Rosario durante 2014

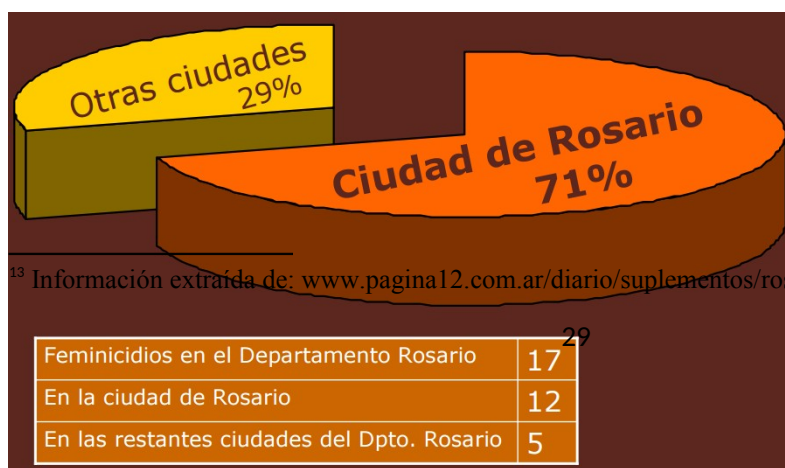


Fuente: Dirección de Comunicación Multimedial de la Universidad Nacional de Rosario. DocuMedia Periodismo Social Multimedia

De las múltiples expresiones y dimensiones que adquiere la violencia, nos referimos aquí a la violencia de género y al porcentaje de feminicidios. Violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado. (Convención de Belém do Pará, 1994). Se le llama feminicidio a los asesinatos de mujeres por su condición de género. Según el estudio realizado en el año 2009 por el Indeso-Mujer - Instituto de Estudios Jurídico-Sociales de la Mujer-, se expone que en la ciudad de Rosario se sucedieron 12 feminicidios, de los 17 que se contabilizaron en el Departamento Rosario. (Ver Gráfico 2).

Mientras que en el año 2011, sólo durante los primeros 5 meses, se registraron 15 feminicidios en el Departamento, de cuales 9, se produjeron en nuestra ciudad.<sup>13</sup>

Grafico 2: Porcentaje de Feminicidios en Rosario



<sup>13</sup> Información extraída de: [www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario](http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario)

Feminicidios en el Departamento Rosario	17
En la ciudad de Rosario	12
En las restantes ciudades del Dpto. Rosario	5



Fuente: Indeso Mujer. Rosario. 2009

Para el estudio del contexto social de la ciudad, en sus múltiples manifestaciones, incorporamos algunos aspectos a los ya trabajados, expresados en diversas dimensiones de análisis.<sup>14</sup> Una primera dimensión, es la económica, que será tratada en su variable nivel de ingreso. De acuerdo a los datos obtenidos en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), en el segundo semestre de 2010, el Gran Rosario<sup>15</sup> contaba con un porcentaje de hogares pobres del 9,4 % y un 14,7 % de personas pobres. Mientras que en el segundo semestre del año 2012, notamos un descenso de los porcentajes, teniendo valores del 3,6% y 4,5 % respectivamente. Esto significa que el 3,6 % de los hogares son pobres, según la línea de pobreza, es decir que los ingresos totales de dichos hogares no alcanzan a cubrir el valor monetario de la Canasta Básica Total (CBT). En lo que respecta a los niveles de indigencia, del segundo semestre del año 2010, el 3,9 % de los hogares son indigentes, según la línea de indigencia. Es decir que los ingresos totales de dichos hogares no alcanzan a cubrir el valor monetario de la Canasta Básica Alimentaria (CBA). Mientras que el 6,2 % de las personas son indigentes. En relación al segundo semestre del año 2012, también notamos un descenso, llegando a valores del 2,3 % y 2,6 % respectivamente.

Otra dimensión a analizar, es la laboral, de acuerdo a los niveles de participación en el mercado laboral. Según la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC), la tasa de desocupación<sup>16</sup> en el Gran

---

<sup>14</sup> Las dimensiones seleccionadas, se incorporaron de acuerdo a las establecidas por el Observatorio Social de Rosario. Como explica esta entidad municipal, para dar cuenta de las dimensiones, hay que determinar variables, que son las que describen los aspectos más relevantes de la dimensión a la que pertenecen. A su vez para la operacionalización de las variables consideradas precedentemente es necesario establecer una serie de indicadores.

<sup>15</sup> El Gran Rosario abarca la localidad de Rosario y diez localidades más englobadas en la conurbación de dicha ciudad (Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Granadero Baigorria, Capitán Bermúdez, Pérez, Funes, Fray Luis Beltrán, Roldán, Puerto Gral. San Martín y Soldini).

<sup>16</sup> Se considera población desocupada a las personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo. Corresponde a desocupación abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, los desocupados que han suspendido la búsqueda por falta de oportunidades visibles de empleo, los ocupados en puestos por debajo de la remuneración mínima o en puestos por debajo de su calificación, etc. Estas modalidades son también relevadas por la EPH, como indicadores separados.

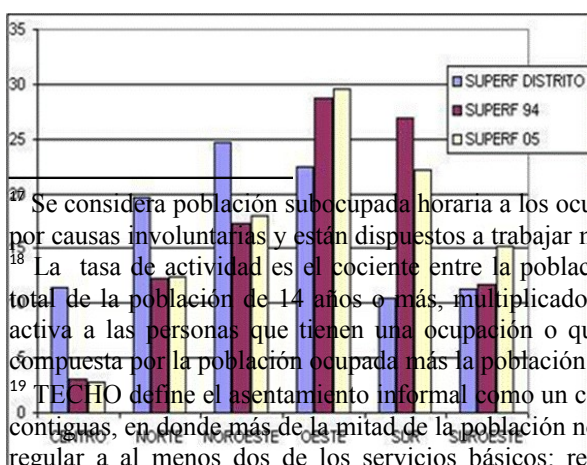
Rosario es del 7,9 % en el cuarto trimestre de 2013. La misma fue del 7,7 % en el trimestre anterior, correspondiente al año 2012.

Un dato que llama poderosamente la atención es que el 44,4 % de la población desocupada del Gran Rosario son jóvenes de entre 20 y 29 años y el 51,1 % del total, son mujeres. La tasa de subocupación<sup>17</sup> para el aglomerado Rosario fue del 7,8 % en el cuarto trimestre de 2013, siendo el 7,7 % en el cuarto trimestre del año 2012. La tasa de actividad para el Gran Rosario en el cuarto trimestre de 2013 fue del 47,6 %. Es decir, similar a la de los trimestres anteriores.<sup>18</sup>

En tercer lugar, podemos considerar los aspectos relacionados a hábitat y vivienda. Según Castagna y otros (2010) los asentamientos irregulares en Rosario se encuentran dispersos en toda la trama de la Ciudad, observándose una mayor concentración en los distritos oeste y noroeste. En el gráfico 3 puede observarse la relación entre el porcentaje de superficie de cada distrito y los porcentajes de la superficie ocupada por los asentamientos que se encuentran localizados en cada uno de ellos en los años 1996 y 2005. (Ver Gráfico 3)

De acuerdo a información más reciente, según el Relevamiento de asentamientos informales del Centro de Investigación Social de la organización no gubernamental TECHO, llevado adelante durante el primer semestre de 2013, muestra que en el Gran Rosario, se encuentran un total de 172 asentamientos informales<sup>19</sup>, lo que representa un total de 50.500 familias. Según el informe realizado, en prácticamente todos (94,1%) los asentamientos informales existentes en el Gran Rosario predominan las conexiones irregulares a la red pública de energía eléctrica. Se entiende por conexión irregular lo que comúnmente se denomina como hogares "enganchados" al servicio formal.

**Gráfico 3:** Superficie de los asentamientos irregulares de Rosario.



<sup>17</sup> Se considera población subocupada horaria a los ocupados que trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y están dispuestos a trabajar más horas.

<sup>18</sup> La tasa de actividad es el cociente entre la población de 14 años o más económicamente activa y el total de la población de 14 años o más, multiplicado por 100. Se considera población económicamente activa a las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

<sup>19</sup> TECHO define el asentamiento informal como un conjunto de un mínimo de ocho familias agrupadas o contiguas, en donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo, ni acceso regular a al menos dos de los servicios básicos: red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal.

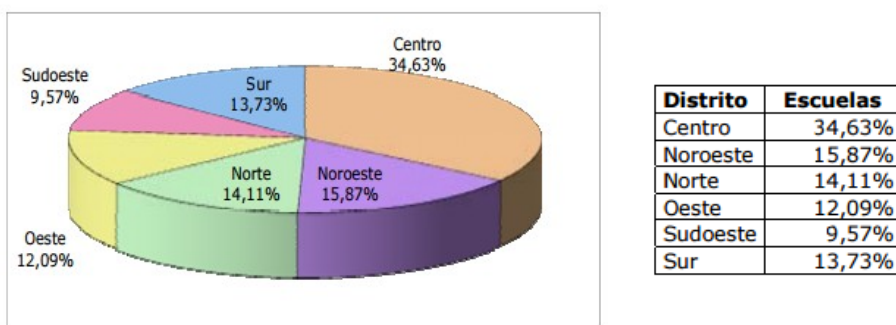
Fuente: elaboración en base a datos Municipalidad de Rosario.

Tres cuartas partes (75,3%) de los asentamientos informales cuentan con una conexión irregular a la red pública de agua en la mayoría de sus hogares. Casi un cuarto (24%) de los asentamientos informales del Gran Rosario no cuenta con servicio de recolección de residuos. En la mayoría (74,3%) de los asentamientos informales la eliminación de excretas se realiza primordialmente por desagüe sólo a pozo ciego (es decir, excavación a tierra sin cámara séptica). Más de la mitad de los asentamientos informales del Gran Rosario (51,7%) no cuenta con asfalto en ninguna de las calles del barrio.

Una siguiente dimensión, es la educación, en cuanto al nivel de acceso al sistema educativo. En el año 2013, del total de escuelas de nivel inicial, primario y secundario y escuelas especiales (públicas y privadas) de la ciudad de Rosario, el mayor porcentaje (34,63%) se encuentra en el distrito centro, siendo el Distrito Noroeste con un 15,87%, el que continúa con el mayor porcentaje. (Ver Gráfico 4).

La tabla 1, muestra la variable referida al nivel de capital formativo, expresada en niveles de analfabetismo<sup>20</sup> en la ciudad de Rosario, de acuerdo al Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda de 2010.

Gráfico 4: Porcentaje de escuelas por distrito. Rosario. Año 2013



<sup>20</sup> Se considera analfabeta la persona que no sabe leer ni escribir.

Fuente: Elaboración del Observatorio Social de Rosario, a partir de datos extraídos de <http://educacion.santafe.gov.ar/escuelas/> (septiembre 2013)

Tabla 1: Población según sepan leer y escribir por grupo etario

Población según sepan leer y escribir por grupo etario.			
Rosario 2010			
Población según grupo etario	SI	NO	TOTAL
Ciudad de Rosario			
Población de 3 años y + según sepan leer y escribir	94,7 %	5,3 %	908.262
Población de 15 años y + que saben leer/escribir o tienen primario completo	95,05 %	4,95 %	743.116

Fuente: Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda 2010. INDEC-IPEC

Finalmente haremos referencia a la dimensión salud. De acuerdo a las estadísticas vitales que expone la Dirección General de Estadísticas de Rosario, referidos al año 2010 y calculados sobre residentes rosarinos, la ciudad posee una tasa bruta de natalidad

de 16.98 por mil y una tasa bruta de mortalidad: 10.66 por mil. A demás, la tasa de mortalidad infantil es del 10.62 por mil. En este mismo año, en el distrito noroeste la tasa de mortalidad infantil alcanzó un valor de 9, 2‰, es decir, durante ese año fallecieron 9,2 niños menores de un año por cada mil niños nacidos vivos. El distrito oeste presenta la mayor tasa de mortalidad infantil, siendo de un 15%.

La siguiente Tabla refiere al porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer, en el periodo que va desde 2010 – 2013 en la ciudad de Rosario.

Tabla 2: Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer

	AÑO			
	2010	2011	2012	2013
<b>Ciudad de Rosario (en %)</b>	8,09	8,47	8,29	-

Fuente: Dirección General de Estadística. Municipalidad de Rosario.

Por último, en relación a la dimensión salud, encontramos que según un estudio realizado por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico- SEDRONAR -, en la investigación “estudios nacionales sobre magnitud y tipos de consumo de sustancias psicoactivas en población general de 16-65 años y en estudiantes de escuelas de nivel medio”, entre los años 2004 y 2010, se incrementó la proporción de personas que probaron drogas ilícitas en casi dos puntos porcentuales en marihuana, medio punto porcentual en cocaína y de casi tres puntos porcentuales para cualquier droga ilícita. En ese mismo período, el porcentaje de personas que reconocieron haber consumido marihuana creció del 1,9 al 3,5 % y en relación a la cocaína se incrementó del 0,3 al 0,9 %.<sup>21</sup>

## 2.2 Sobre la materia solvente

*«Toda materia prima es objeto de trabajo, pero no todo objeto de trabajo es materia prima».* (Marx, 2004)

Iamamoto, sostiene que el Servicio Social tiene en la “cuestión social” la base de su fundación como especialización del trabajo. Siguiendo a la autora, decimos que el Trabajo Social, se constituye como profesión respondiendo a necesidades sociales derivadas de la práctica de las clases sociales en el proceso de producción y

<sup>21</sup> Información extraída de: [www.lacapital.com.ar/la-ciudad](http://www.lacapital.com.ar/la-ciudad)

reproducción de sus medios de vida y de trabajo, de forma socialmente determinada. De esta forma, el Trabajo Social surge como responsable por la ejecución de las políticas estatales orientadas a atender las manifestaciones de la cuestión social. (Marro, 2005). Las respuestas del Estado a las múltiples manifestaciones de la cuestión social, se realizan fragmentando y sectorizando las necesidades y problemáticas sociales. Quedan así determinados campos de intervención: la salud, salud mental, desempleo, pobreza. Al respecto, Netto (1997) señala que la intervención estatal sobre la ‘cuestión social’ se realiza, fragmentándola y parcializándola. En donde la política social debe constituirse necesariamente en políticas sociales: las secuelas de la cuestión social son recortadas como problemáticas particulares. Por su parte, Karsz (2007) explica que:

La intervención social se encontraría desde el comienzo con un material, una cosa dotada de una realidad consistente, un motivo, una oportunidad para ejercerse (...) La materia desde la cual parte la intervención social, calificaría de prima, como resultante de procesos anteriores: por ejemplo situaciones escolares, familiares, de empleo, de salud física y/o mental, de vivienda. (Karsz, 2007: 43)

En este sentido, nos parece interesante el aporte de Mallardi (2013b) quien sostiene que el profesional del Trabajo Social desarrolla su intervención en organizaciones que implementan políticas y servicios sociales que abordan distintas situaciones problemáticas, como, por ejemplo, educación, salud, desempleo, precarización, habitacional, etc. Entonces, el profesional desarrolla sus intervenciones en el marco de la vida cotidiana de los usuarios, pero con el ‘mandato’ de abordar sólo aquellas cuestiones que la institución reconoce como legítimas y susceptibles de intervención. Lo que el autor argumenta, puede ser interpretado, desde otro autor, como la “materia solvente” en Trabajo Social. Karsz, expresa que es solvente:

...aquel que padece de hecho o que se sospecha que en algún momento podría padecer determinados problemas para los que existen instituciones adecuadamente pertrechadas en términos de medios y orientaciones y gracias a las cuales, al ocuparse de él, confirmarán la pertinencia de sus equipamientos, de sus equipos, de sus profesionales. (Karsz, 2007:48)

### 2.3.1 Trabajo Social y las manifestaciones de la Cuestión Social

Por parte de las entrevistadas, advertimos que no fue tarea fácil definir las problemáticas sociales con las que trabajan. Existe un nuevo Sistema de Información de Salud en la ciudad de Rosario, que tiene por objetivo simplificar los procesos administrativos de los efectores del primer nivel de atención, mantener un registro de las consultas médicas y

de toda actividad que se desarrolle en estos efectores y poder contar con información oportuna y confiable. En este marco, entre los años 2008-2009 la Secretaria de Salud junto con el Departamento de Trabajo Social, trabajaron en la construcción de registros estadísticos de Trabajo Social con el objetivo de dar cuenta de las problemáticas sociales que se trabajan cotidianamente, y posibilitar la construcción de una información sistematizada e integrada al sistema de información de la red de salud. Para eso, se adaptaron de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) diagnósticos que se re-definieron en función de la profesión.

Así, de acuerdo a cada efector de salud, es posible observar los motivos de consultas y la cantidad. A los centros de salud, se acercan sujetos demandando la gestión del DNI, de una pensión por discapacidad, solicitando un tratamiento y acceso a determinados medicamentos frente a enfermedades de transmisión sexual como el HIV SIDA, problemáticas de violencia de género, violencia familiar, angina, fiebre, vacunación, problemas respiratorios, mujeres que se realizan controles de PAP y de embarazo, abuso sexual, acceso a alimentos, ayuda social, asignación universal por hijo, se acercan por problemas en las condiciones de vivienda, de las condiciones del medio ambiente, relaciones problemáticas con el consumo por parte de jóvenes, problemáticas de salud mental, entre otras. Como se puede leer, son de las más variadas y múltiples.

Bibiana, Trabajadora Social del Centro Juana Azurduy, expone desde su trabajo cotidiano, la magnitud y diversidad de demandas que llegan al efector. Además, interpretando los aportes de Karsz (2007), la entrevistada señala que no todo lo que llega al centro de salud se convierte en “solvente”.

La población concurre por múltiples motivos, como primer lugar de llegada (...) hay muchísima población circulando en la sala de espera permanentemente, haciendo consultas múltiples, por muchas cuestiones que no todas se resuelven en el centro de salud y bueno en la medida que podemos vamos orientando, asesorando y acompañando. (Bibiana- Trabajadora Social- CS N°3)

Las Trabajadoras Sociales parten del neoliberalismo de los 90, para contextualizar histórica y socialmente las problemáticas sociales, como marco de análisis para comprender las desigualdades sociales existentes en la realidad social actual. Señalan cómo las consecuencias de las políticas aplicadas en esos años, fueron profundizando dichas desigualdades y hoy explican los contextos sociales locales.

... la complejización de las realidades, viene de la mano con lo que deja el neoliberalismo... (Carla- TS- CS N° 2)

...se ha avanzado mucho en la concreción de los algunos derechos sociales y esto ha limitado el avance neoliberal o las consecuencias de los '90. En ese sentido, yo veo algunas medidas, como la Asignación Universal por Hijo, como la principal medida y otras que impactan en términos de reducir un poco los efectos de las políticas neoliberales, del desempleo masivo... (Victoria-TS-CS N° 1)

Esta misma entrevistada, expresa, en relación a las principales problemáticas que atraviesan el contexto local:

hay núcleos muy duros de pobreza, que son los que no se han tocado, que son los que vienen más de una historia también, de trayectorias de vida, de que sus abuelos eran pobres, sus padres, y bueno y los hijos. Estos son los núcleos más difíciles. Gente que está al margen de cualquier tipo de inclusión, no? Y bueno lo que acarrea esas situaciones, de alcoholismo, analfabetismo. (Victoria-TS-CS N° 1)

Todas las entrevistadas hacen referencia a problemáticas como la inexistencia de servicios básicos, como agua y luz, la ausencia de un desarrollo de la infraestructura urbana, las condiciones habitacionales deficitarias, empleos precarios, informales. Problemáticas, como manifestaciones de la desigualdad que atraviesan a las poblaciones con las que trabajan, más allá de dónde se encuentre territorialmente situado el efector en el que trabajan.

Hay servicios básicos inexistentes, como el acceso al agua, a la luz... (Bibiana-TS-CS N° 3)

...la que tiene alguna inserción en el mercado de trabajo de estas mujeres es haciendo más que nada un trabajo doméstico, cuidado de enfermeros, algunas entran en esas cooperativas de limpieza. (Victoria-TS-CS N° 1)

Permea también una cuestión que reincide todo el tiempo en los discursos de las entrevistadas, que agudiza las problemáticas enunciadas, como la presencia del narcotráfico en la ciudad, la connivencia policial, el enfrentamiento de bandas y las disputas por espacios territoriales simbólicos y materiales, la violencia en sus múltiples expresiones. Expresan cómo eso va formando parte de la vida cotidiana de las familias, de su trabajo, ingresos, de su entramado relacional.

Yo te decía algo complejo... que tiene que ver con las estrategias de supervivencia, tienen que ver con las economías delictivas, con la instalación de bunker y de quioscos de venta de droga, y con la cantidad de circuitos de narcotráfico y de niños menores trabajando ahí. Esos ingresos están formando parte de la mayoría de las economías familias de esa zona (...) Y por otro lado, porque tenemos información, de que el ingreso económico al que se accede a través de... a partir de formar parte de estas economías, es mucho



mayor de lo que puede provenir del trabajo, de algún oficio, ejercido como cuentapropista, o un trabajo formal o informal, o incluso desde algún recurso que provenga de algún plan asistencial del estado. (Bibiana-TS-CS N° 3)

La violencia es otra característica. Pero la violencia en todas sus formas. La violencia como forma de relacionamiento entre la gente. (Victoria-TS-CS N°1)

...las problemáticas que uno puede enumerar, violencia de género, maltrato, consumo de sustancias, adicciones, hoy se entrecruzan con otras como el narcotráfico (...) y aparte bueno la connivencia con la policía, la comisaria del barrio, es nefasta. (Carla- TS- CS N°2)

Para el caso de la violencia, aunque ésta ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente. En 1996, en la Asamblea Mundial de la Salud los Estados Miembros acuerdan que la violencia es una prioridad de Salud Pública. La violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no solo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales. Hoy podemos aprehender la complejidad de la violencia como problema de salud pública sin reducirla a la condición de enfermedad. (Pellegrini Filho; 1999)

En las descripciones de las entrevistas, comienza a hacerse presente la población, y sus características. La cuestión social, según Iamamoto (2003) así como es desigualdad también es rebeldía, por involucrar a sujetos que viven esas desigualdades, que las resisten y se oponen. Que en el intento de descifrar la materia prima, incorporen a la población, responde a considerar que los sujetos forman parte de las problemáticas. El proceso de trabajo en salud, se funda en una relación con el sujeto, donde el sujeto no solo usa ese servicio de salud, sino que participa de ese proceso en la medida en que hace cosas por su salud.

A pesar de su desempeño como profesionales en instituciones ubicadas geográficamente en diversos barrios del distrito - el n° 1 y el n° 2 se encuentran en el barrio Ludueña y el n° 3 en el barrio Empalme Graneros- todas acuerdan una primera definición poblacional, relacionada a dos grandes sectores, a quienes georreferencian en el territorio muy particularmente. Se diferencia entre esa clase empobrecida a partir del neoliberalismo (clase media) y los sectores más estructuralmente pobres, los “núcleos duros de pobreza”.

La población es bastante heterogénea. Hay todo un sector de clase media (...) y después toda otra población que pertenece más a los sectores pobres, muy

pobres, incluso se pueden ubicar geográficamente cercanos a las vías... Se ve bien como los asentamientos y las zonas más precarias están ubicados a los costados de la vía. Y ahí si son sectores pobres, empobrecidos, de pobreza estructural... (Carla-TS- CS N° 2)

Nosotros también tenemos una población que es más de clase media, que se ha venido abajo en los 90 y ha quedado ahí, que tienen otra trayectoria. Tenemos así como dos poblaciones, una es de pobreza más estructural y la otra que tiene alguna historia de vida en relación con el mercado de trabajo en donde están más calificados, que han terminado muchos la escuela secundaria, donde han finalizado la primaria, y geográficamente es de Provincias Unidas para el otro lado, todo lo que es Bolivia... (Victoria- TS- CS N° 1)

Hay un reconocimiento de clases sociales, que la ponen en juego en la distribución de la población en el territorio, tanto geográfica como simbólica. Las clases son interpretadas según Bourdieu, (2000:110) -incorporando dimensiones importantes a la clásica definición marxista del concepto de clase social definida en función de la relación entre los diferentes grupos de individuos con los medios de producción- y las explica "como conjuntos de agentes que, por el hecho de ocupar posiciones similares en el espacio social (esto es, en la distribución de poderes), están sujetos a similares condiciones de existencia y factores condicionantes y, como resultado, están dotados de disposiciones similares que les llevan a desarrollar prácticas similares." Así, el autor incorpora un elemento importante para pensar las clases, que es el de trayectorias, como la "serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio, él mismo en devenir y sometido a incesantes transformaciones" (Bourdieu, 1977:82).

Se presenta también en el análisis de la población, la dimensión cultural. La Trabajadora Social del centro de salud Juana Azurduy, es quien principalmente la aborda. Hace referencia a la población Qom, que habita en un sector del barrio, conocido como Los Pumitas, reconociendo pautas culturales, formas de vida propia de esa población. Además destaca las dificultades a la hora de intervenir, cuando aparecen cuestiones culturales que sostiene la población Qom que son reprobadas, sancionadas socialmente.

Tenemos un importante sector que nosotros le llamamos de criollos como en contraposición a lo que es el sector más específico de población Qom, dentro del barrio Los Pumitas, (...) que la mayor cantidad de pobladores son pobladores que pertenecen a la comunidad Toba... (Bibiana-TS- CS N°3)

Sabemos que culturalmente hay unas prácticas donde hay una iniciación en la adolescencia de algún integrante de la familia por parte del padre de la familia o de algún adulto, de algún tío y demás... (Bibiana-TS-CS N°3)

(...) si hay una alerta que son bueno, la cantidad de situaciones de abuso de niños, que aparecen con un importante nivel de naturalización, algunas producidas en las comunidades Tobas, hay algunas cuestiones que tienen que ver con algunos elementos culturales y demás, pero hay situaciones que los niños la vivencian como traumática (...) esas son situaciones que detectamos con un nivel de naturalización importante por parte de la población y bueno ahí intentamos armar y construir alguna intervención, no es fácil, porque entran estos componentes culturales. (Bibiana-TS-CS N°3)

Si bien hay un esfuerzo por aprehender las múltiples expresiones de la cuestión social, notamos que las definiciones a las que llegan las entrevistadas, son más bien abstractas, generales, es decir, que no leemos en sus entrevistas, situaciones concretas, de cómo sujetos y familias con quienes están trabajando viven y atraviesan hoy esas problemáticas. Solo en algunas ocasiones, algunas de ellas expresan situaciones que hablan de la relación del sujeto o la familia con las problemáticas, de cómo se vive y se resiste la desigualdad.

...un chico que vino por una pensión, y con un sufrimiento subjetivo, que no puede hablar con nadie, bueno, ya lo vio la psicóloga... él venía por una pensión... ya tiene su médico. Él está más tranquilo. (Victoria-TS-CS N°1)

Ayer había recibido un llamado de una coordinadora de un centro de salud porque posiblemente se estuviera atendiendo una nena de 12 años embarazada, donde se presupone abuso. (Carla-TS-CS N°2)

Siguiendo las reflexiones, las profesionales refieren a la “materia solvente”, expresada en la demanda que llega a los efectores. Hacen alusión a las demandas que llegan como tales, explícitas y las que existen implícitamente pero no son enunciadas por los sujetos (como situaciones de violencia).

Estoy tratando de hacer un análisis de lo que la gente mayormente demanda y por otro lado, de las cuestiones que como equipo vamos relevando a partir de lo que escuchamos como problemática compleja que quizás no siempre coincida con lo que se demanda y a veces sí... (Bibiana-TS-CS N° 3)

Lo que está siempre atravesado, lo cual no implica que para la gente sea un problema, y no implica que uno tenga que trabajar sobre eso porque a veces no hay demanda sobre eso, pero la mayoría está atravesado por situaciones de violencia, mucha violencia. (Victoria-TS-CS N°1)

Asimismo, se diferencian aquellas demandas que son abordadas por la profesión, como aquellas sobre las que más interviene Trabajo Social, primordialmente, y aquellas otras que tienen que ver con el orden de lo biológico-medico, con las que no tienen contacto directo. Las primeras las conforman las problemáticas como dificultades en los ingresos socios económicos familiares, violencia de género, consumo de sustancias, dificultades

en el acceso a servicios y/o Políticas Públicas, problemas relacionados con la situación legal y/o jurídica, problemas en la crianza de los niños/as, maltrato infantil, abuso de niños/as. Las segundas aparecen referidas a situaciones de salud de diverso orden: angina, fiebre, cáncer, hidrocefalia, entre otras.

Y son las cuestiones que más interviene el Trabajo Social...después hay otras cuestiones, pero que la resuelven los médicos, donde no te convocan, donde son otros problemas que ellos pueden llegar a nombrar, que no dejan de ser importantes... más problemas, si se quiere, a nivel biológico, cáncer u otro tipo de enfermedades. Ahí, yo ya esas no te las podría nombrar muy bien. Pero es importante... (Victoria-TS-CS N°1)

Y por otro lado, lo que yo estoy viendo son situaciones de niños que tienen que ver con la primera infancia, o sea de niños muy pequeños con patologías orgánicas sumamente complejas en un contexto de pobreza estructural, donde hay cuestiones de índole orgánico eh? Parálisis cerebral, secuelas de meningitis, situaciones de hidrocefalia... (Bibiana-TS- CS N°3)

En este sentido, la configuración que adquiere la “materia solvente”, en cada proceso de trabajo, tiene algo del propio trabajo de las profesionales y está también relacionada con el trabajo de los otros, con el componente cooperativo del trabajo. Es decir, cómo la demanda finalmente es tomada por las profesionales, no siempre tiene los mismos circuitos ni llega de la misma forma a Trabajo Social. ¿Cuándo llega la demanda a Trabajo Social?, ¿Por qué llega?, ¿De dónde proviene?

...Generalmente en las pediatras cuando ven un problema familiar en esos niños, y que ellos ya saben que yo trabajo con las familias de ellas, vienen y consultan conmigo. Para gestiones de algunos recursos puntuales también, en el caso de las pediatras. Y después los otros médicos, cuando hay cuestiones de violencia familiar..., es más un ida y vuelta como que yo también estoy continuamente poniéndoles, haciendo que prioricen a pacientes que ellas no sabían que estaban teniendo tal problema... (Victoria-TS-CS N°1)

Hay muchísima atención desde Trabajo Social con la modalidad de consultorio conjunto, donde el médico está atendiendo algunas cuestiones y pesquisa, también desde psicología o de fonoaudiología también, pesquisa algunas cuestiones que le hacen ruido o que considera que tiene que escuchar con otro y ahí me convoca...(Bibiana-TS-CS N°3)

Principalmente, la necesidad del trabajo con el “otro”, aparece por la complejidad de una problemática. Es decir, recurren a otro profesional cuando con su saber disciplinar ya no pueden abordarlo. Si bien, siempre se busca entender la intervención en el marco de un proyecto terapéutico, sucede mucho el trabajo de derivación, el trabajo fragmentado según las problemáticas y las disciplinas y no como una construcción de

estrategia conjunta.

No obstante, reconocemos distintas formas de trabajo en equipo. Algunos tienden a pensar más estrategias interdisciplinarias de abordaje de las situaciones, como el centro de salud Juana Azurduy y en situaciones el Débora Ferrandini, mientras otros incurrir rápidamente a la derivación, como límites disciplinarios, como también se ve en éste último y en el Coulin.

Ellos derivan a Trabajo Social cuando creen que hay alguna cuestión participar que yo me pueda sumar, sino es mucha atención que hacen ellos, lo cual ¡está bien! (Victoria-TS-CS N°1)

En realidad lo que sucede es que cuando hay que darle lugar, tanto a psicología como trabajo social se hace una derivación. Que trabajas sobre las dificultades o en función de planificar un proyecto. (Sandra-PSICÓLOGA-CS N°1)

No hay espacios de encuentro hay todavía una conceptualización de la derivación, así como a la psicóloga, al traumatólogo... (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N2)

Se observa que la interdisciplina se da mucho más fluidamente entre algunas profesiones como Psicología y Trabajo Social que entre éste último y el resto de las profesiones.

Así llegamos, a través de las sucesivas aproximaciones, a identificar algunas particularidades de las manifestaciones de la cuestión social en los procesos de trabajo estudiados. Veíamos a través de los aportes de las estadísticas, y en congruencia con el relato de las entrevistadas, que los niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), de desocupación, de infraestructura urbana, de saneamiento, son expresiones de desigualdad, problemáticas sociales que atraviesan a toda la población con la que trabajan. Los contextos de precariedad, de infraestructura, de déficit habitacional, y del acceso a servicios, están presentes en todas las descripciones. Asimismo la totalidad de las profesionales hacen hincapié en que las problemáticas con las que trabajan, como dificultades en los ingresos socio económicos, violencia, violencia de género, consumo de sustancias, maltrato infantil, problemas relacionados con la situación legal y/o jurídica, se ven agravadas por entrecruzamientos como el narcotráfico o la violencia de forma muy cruda, que complejizan aún más los abordajes. Y aquí empiezan a esbozarse las particularidades en la definición de la materia solvente en cada proceso de trabajo. Es decir, aquellos criterios que se toman en las definiciones de las intervenciones en lo social, sin olvidar, el ‘mandato’ de abordar sólo aquellas cuestiones que la institución de

salud reconoce como legítimas y susceptibles de intervención. La Trabajadora Social del centro de salud nº3, expresa tener una población en su área de referencia de origen Qom, y destaca problemáticas puntuales en relación al entrecruzamiento de pautas culturales que ellos sostienen y su inserción en el contexto urbano local. Plantea las dificultades a la hora de intervenir, cuando aparecen cuestiones culturales que sostiene la población Qom que son reprobadas, sancionadas socialmente. La Trabajadora Social del centro de salud nº 1, en cambio define las problemáticas de salud mental, como aquellas que fuertemente forman parte de la materia solvente en el proceso de trabajo en el que se inserta. La última entrevistada, expone problemáticas a nivel de ingreso socio económico familiar. También es importante mencionar las expresiones de las profesionales, en tanto marcan un corrimiento en la agenda de salud. Esto es, cómo la cuestión social adquiere distintas apariencias en nuestra coyuntura, lo que implica una diversificación en las demandas y re definición de las intervenciones en salud, de constitución de la materia solvente.

En el año 2010, hicimos entrevistas a algunos profesionales del equipo del centro de salud Débora Ferrandini, en el marco de un trabajo realizado para una materia desarrollada en el tercer año de la carrera. Una de las preguntas que hacíamos, era acerca de las principales problemáticas que se debían afrontar desde la institución. Fueron señaladas, la desnutrición infantil, la tuberculosis, los déficits en los controles de embarazado, mujeres que llegaban después de las 20 semanas de embarazo sin haberse realizado aún ningún control.

Dos años después, volvimos a realizar la misma pregunta (principales problemáticas que se debían afrontar desde la institución) al coordinador del mismo centro de Salud, y nos expresaba:

... Lo que más problematiza al momento de pensar las problemáticas de salud más complejas, no tiene que ver con el motivo de consulta más recurrente con lo que se puede resolver en el consultorio médico. La problemática no es la angina, lo que tiene resolución clínica desde una disciplina determinada eso es muy rápido, eso no es un problema, eso se resuelve. El problema es la articulación de problemáticas que vienen articuladas con las condiciones de vida de la población que produce que algunas cosas simples se complejicen y hay algunas de esas problemáticas que ponen en jaque al sistema de salud. (Coordinador Centro de Salud N°1).

Emerge en las problemáticas, otros atravesamientos como el narcotráfico, la connivencia con la policía, la violencia en sus múltiples formas, la muerte de jóvenes, el enfrentamiento de bandas. Y cómo esos entramados se entrecruzan y permean la vida de

los sujetos que viven cotidianamente con esas situaciones y llegan a los centros de salud. Esto va redefiniendo las demandas, las determinaciones de cuáles son consideradas hoy “problemáticas de salud”; lo que exige complejizar la mirada desde la profesión para su aprehensión. Por último, con lo que nos encontramos aquí, es con problemáticas sociales que adquieren nuevas y diferentes expresiones que nos ofrecen nuevos desafíos en el campo de la salud pública, y el Trabajo Social, como la violencia, las problemáticas de salud vinculadas a condiciones ambientales, y de saneamiento básico deficitarias.

### CAPÍTULO III

#### EL ESTADO LOCAL Y LAS RECONFIGURACIONES TERRITORIALES: LOS MEDIOS EN EL PROCESO DE TRABAJO

En el proceso de trabajo, se requieren medios de trabajo, para que la actividad sea efectivamente efectuada. Los medios, son aquellos que potencializan la acción del sujeto sobre el objeto. Los/as Trabajadores/as Asalariados/as se encuentran desprovistos de los medios y condiciones de producción para concretar el trabajo, sólo son propietarios de la fuerza de trabajo. Siguiendo las ideas de Iamamoto, el/la profesional de Trabajo Social se incorpora al mercado de trabajo por medio de un contrato que instituye con el empleador. Es decir, que no determina por sí mismo las condiciones de su trabajo. “El Asistente Social no dispone de las condiciones materiales y técnicas para el ejercicio de su trabajo sea en lo que se refiere a la manera de ejercerlo, al establecimiento de la jornada de trabajo, al nivel de remuneración y, aun, al establecimiento del 'público o clientela a ser atendida”’. (Iamamoto y Carvalho, 1984: 85). Los/as Trabajadores/as Sociales, “dependen de recursos previstos en los programas y proyectos de la institución que lo requisita y lo contrata, por medio de los cuales es ejercido ese trabajo especializado.” (Iamamoto, 2003:81).

La condición de trabajador/a asalariado/a, según Iamamoto (2003) no solamente encuadra al/ a la Trabajador/a Social en la relación salarial, sino que también moldea su inserción socio-institucional en la sociedad.

#### **3.1 Estado local: Intervenciones territorializadas**

En la década de los 90, en un contexto de crisis económica, de aumento de las desigualdades sociales, de niveles de desempleo elevados, de desmantelamiento del Estado, el escenario y las modalidades de gestión de los municipios se vieron modificados. Según Campana (2010: 177) los ámbitos locales “funcionaron como una especie de amortiguadores de los procesos de ajuste económico, dado que el nivel



nacional les delegó responsabilidades sin la correspondiente transferencia de recursos humanos y materiales, por un lado, y de autonomía decisoria, por otro.” Y agrega que:

Este “repliegue a lo local” puede reflejar la búsqueda de soportes de reafiliación, pero también responde a la “reforma del Estado” y al consecuente redireccionamiento de las políticas públicas, dirigidas a focalizar su acción sobre poblaciones o sectores identificados como “de riesgo”, al tiempo que la descentralización delegaba responsabilidades hacia la escala local. (Campana, 2010:177)

En este sentido, Svampa sostiene que el territorio “...se ha venido erigiendo en el lugar privilegiado de disputa (...) a partir de la implementación de las nuevas políticas sociales, de carácter focalizado, diseñadas con vistas al control y la contención de la pobreza” (Svampa, 2008a:77).

En este contexto, Rosario iniciaba un proceso inverso al resto de los municipios, en relación a la paulatina pero creciente intervención estatal. Mientras que se volvía necesario “achicar” el Estado, Rosario proponía mayor injerencia estatal. Se iniciaba en la ciudad, un proceso de planificación y descentralización municipal, cuyos argumentos radicaban en que sería una estrategia orientada a transferir la capacidad de toma de decisiones a los contextos locales, y eso generaría un gobierno más eficaz, eficiente y cercano a las vecinas y vecinos, promoviendo un desarrollo más democrático de la ciudad. “Con Hermes Binner a la cabeza, pretendía que Rosario marcara la diferencia: (...) hablaba de la construcción de ciudadanía, enarbolaba la bandera de la participación social y planteaba que la descentralización podía adquirir nuevas connotaciones, si tenía en cuenta las particularidades geográficas, poblacionales e institucionales de los territorios.” (Campana, 2010:178).

La descentralización fue “la respuesta a un diagnóstico claro: una ciudad con graves desequilibrios económicos y sociales en su territorio; una ciudad que crecía en forma vertiginosa extendiéndose y alejados del área central; una ciudad que desbordaba la infraestructura edilicia y de servicios; y una ciudad que producía un acelerado deterioro de las condiciones ambientales del micro centro” (Programa de Descentralización y Modernización, 1996). Con la descentralización, vinieron fuertes apuestas de trabajo e intervención por parte del gobierno socialista, que en ese momento conducía la gestión, focalizados en las ideas de territorio, y participación. El documento, *Planificación estratégica, descentralización y Presupuesto Participativo*, refiere al eje territorial como apuesta de gestión local “...la creciente visibilidad de los gobiernos locales está en gran parte vinculada a la función importante que éstos cumplen en relación a los problemas

del territorio. El territorio es el espacio donde se producen específicas relaciones sociales y del cual el municipio es un actor clave” (2008:11).

Recuperamos en congruencia con estas ideas a Campana (2010), quien, por su parte, expone la vinculación territorio-pobreza, territorio-desigualdad, territorio-políticas públicas que este mismo documento permite vislumbrar:

...la exclusión creciente tiene sin dudas su expresión en el territorio (...) Existe un consenso sobre la insuficiencia de las políticas sociales y las limitaciones de la escala local para terminar con la desigualdad. Sin embargo, si bien desde la ciudad no vamos a terminar con la desigualdad, podemos transformar algunas prácticas de protección social que no sólo no terminan con la desigualdad, sino que además la refuerzan. (Planificación estratégica, descentralización y Presupuesto Participativo, 2008:12).

La autora, hace también su análisis, respecto de la apuesta participativa de la gestión: “La estrategia de descentralización fue presentada como una vía de redistribución del poder que buscaba crear un mayor grado de autonomía decisoria por parte de los ciudadanos, apuntando a acercar a escala barrial la planificación y evaluación de las políticas públicas.” (Campana, 2010:186)

En esta década y en este escenario local, las desigualdades sociales se comienzan a leer y trabajar desde el eje/apuesta territorial que asume la gestión socialista, acompañada de las ideas de participación y descentralización. El territorio se configura como referencia de políticas y de intervenciones sociales. Éste es tomado como espacio privilegiado de intervenciones sociales y al mismo tiempo conceptualizado como lugar en donde se viven y producen las problemáticas sociales. “El espacio local se revaloriza por ser el espacio de proximidad geográfica y simbólica-identitaria.” (Pinillos y Signorelli, 2014:1).

En cuanto a la política de salud específicamente, la Secretaría de Salud Pública acompañó el proceso de descentralización (administrativa) que se concretó en la ciudad, iniciando una reorganización de los servicios públicos de salud y constituyéndose esta política en uno de los pilares de gestión del socialismo. Esta reorganización se apoyó en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En el documento de la Secretaría de Salud Pública Municipal, *Equipos Responsables* se expone que “la estrategia de APS, adquiere un papel central en tanto los centros de salud existentes se ubican en los lugares más necesitados de la ciudad” (2003:2). Se produjo un viraje en la forma en que la salud era concebida- como ausencia de enfermedad- ampliando medios y fines para su comprensión, desde una concepción de la salud como derecho humano. En el

momento en que la APS se constituía en la estrategia a desarrollar para el municipio de Rosario, en el PER (1998:72) se definía a la salud “como aquéllas condiciones que permiten potenciar y desarrollar la capacidad de lucha individual y social contra las determinantes que limitan la vida. Implica también la posibilidad de que grupos sociales puedan realizar el diagnóstico de su propia realidad y encarar la solución de los problemas. Esta concepción integral requiere la incorporación del trabajo multidisciplinario, no centrado en el médico, sino en todos los integrantes del equipo de salud y en la propia comunidad. Es preciso además un abordaje intersectorial de las acciones públicas: éstas se deben coordinar con las distintas instituciones de la comunidad vinculadas a educación, vivienda, saneamiento ambiental y esparcimiento.” La Atención Primaria de la Salud, trajo consigo, principios comunes a las que el municipio pretendía instalar en sus intervenciones, descentralización, participación, territorio. Así, en la Declaración de Alma-Ata (1978), se expone el derecho a participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de salud, y se define como una asistencia sanitaria llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.

En primer lugar, la Atención Primaria operó como vía principal de territorialización, a partir del emplazamiento de centros de salud en barrios periféricos, en los que paulatinamente fueron conformándose equipos multidisciplinarios. (...) Esto produjo una tendencia al tratamiento localizado de los problemas y esa localización de las intervenciones recobró la relación de proximidad entre los habitantes de cada barrio. (Campana, 2010:267)

### **3.1.1 Las instituciones en el territorio**

Se problematiza en todas las entrevistas, la relación entre estado y territorio, en términos de presencia y ausencia de instituciones con anclaje territorial. Repetto (2014:22) define a la ‘institucionalidad social’ “como el conjunto de reglas de juego formales e informales (incluyendo las rutinas y costumbres organizacionales) que se ponen en funcionamiento para procesar y priorizar los problemas sociales, a la vez de enmarcar el contenido y la dinámica administrativa y política de las políticas sociales.” En el distrito noroeste, existen algunas instituciones ancladas en el territorio tales como escuelas, clubes, vecinales, Centros de Convivencia Barrial (CCB), Centros de Acción Familiar (CAF), Centros de día, vecinales, el Centro Cultural Martínez de Estrada y el Centro Municipal de Distrito Noroeste Olga y Leticia Cossettini que disponen de espacios de recreación, talleres y actividades abiertas a la comunidad, e innumerables

organizaciones comunitarias y organizaciones sociales que tiene sus bases en el territorio.

La lectura que realizan las entrevistadas respecto de la institucionalidad en el territorio, como su ámbito de trabajo cotidiano es que hoy, esencialmente, los centros de salud son sino la única institución anclada en el territorio, la principal. Sostienen que es el sector salud, y en eso el primer nivel de la red, el que da respuestas a múltiples problemáticas sociales. Es la institución que permanece abierta la mayor cantidad de tiempo durante el día, y una de las políticas públicas con mayor desarrollo en la ciudad.

Yo hoy siento que los efectores de atención primaria son prácticamente los únicos actores que han quedado en proximidad de las comunidades de los vecinos y de los territorios. Superpoblados y planteando una serie de cuestiones y de demanda, de situaciones complejas donde hay otros actores del estado que tiene que estar a la par de los actores y efectores de atención primaria. (Bibiana-TS-CS N°3)

...través de la salud (...) se da respuesta a otros problemas, estoy totalmente en desacuerdo con eso, pero en la práctica y en lo real sucede eso, de hecho es la Secretaria que tiene mayor inversión, pero si no invertís en aguas, en cloacas... (Victoria- TS- CS N°1)

La localización de lo social en lo territorial, que supone estar más cerca de donde los problemas surgen y más cerca de su resolución, pierde algunos sentidos de explicaciones más estructurales, para pensar la cuestión social, relacionada con el cuestionamiento de los grandes paradigmas teóricos de los años sesenta y setenta. La comunidad, que ha sido un actor tan significativo en la historia de nuestra profesión, que ha caracterizado al Trabajo Social, principalmente durante los 60, hoy no tiene para las entrevistadas el mismo reconocimiento o peso en el abordaje de sus intervenciones, para el trabajo. O al menos no se expone cierta crítica a los procesos socio-políticos, que arrasaron con este sujeto colectivo, fragmentándolo, excluyéndolo, profundizando la ruptura de lazos de solidaridad.

Mencionan a otras instituciones como CCB, CAF, Secretaria de Cultura, de Promoción Social, Dirección de Deportes, clubes, escuelas. Sin embargo, no aparecen actores del barrio para pensar estrategias, referentes barriales u organizaciones comunitarias. Excepto una de ellas que cuenta experiencias de articulación y trabajo en conjunto con organizaciones no gubernamentales.

Hay muchísimas organizaciones políticas que están insertas, trabajando y motorizadas por el tema de la tierra y del acceso a los servicios, está Giros, está Movimiento Evita, Barrios de Pie (...) Nosotros tuvimos algunas experiencias recientes, muy interesantes. (Bibiana-TS-CS N°3)

Sobre la institucionalidad en los territorios, las profesionales sostienen que hay instituciones, pero no son suficientes para abordar determinadas problemáticas sociales que definen como complejas. Es decir, estas problemáticas que interpelan la fragmentación bajo las cuales son abordadas desde las instituciones, que trascienden un sector exclusivo de la política pública. Situación, que denominan como “soledad en el territorio”. Convirtiéndose estos límites en fuentes de malestar en el ejercicio profesional de los equipos, fuertemente expresado por la voz de las Trabajadoras Sociales. Asimismo, refieren a la falta de coordinación y articulación entre las instituciones que sí están presentes en el territorio.

En primer lugar, la ausencia de la que hablan las entrevistadas, se expone en relación al abordaje de situaciones complejas, principalmente en el campo de niñez y juventud, y problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas, que aparecen atravesadas por otras problemáticas estructurales sobre las que difícilmente un/a trabajador/a de un efector pueda hacer frente, como las redes de narcotráfico.

Me parece que no hay políticas reales de inclusión, para el problema por ejemplo de los adolescentes a través del consumo y de la cantidad de muertos que hay por cuestiones que tienen que ver con el narcotráfico. (Victoria-TS-CS N°1)

La idea de la soledad, de no sentir la presencia de otros, está principalmente relacionada con la intersectorialidad. De no encontrar otras políticas sociales que estén operando en los territorios, materializadas éstas en las instituciones, diferentes a las de la red de salud. Soledad, que es sentida no sólo por las Trabajadoras Sociales, sino también por otros miembros del equipo, como lo expone la psicóloga del Débora Ferrandini.

A mí no me parece que [el estado local] proponga institucionalidad. Más que la política de salud. (Victoria-TS- CS N°1)

Yo no lo palpo. Antes articulabas, era otra cosa, ahora no hay. (...) Se dificulta la intersectorialidad. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

Hubo un vaciamiento y una retirada por parte del estado abismal (...) no encontramos otros actores pateando el territorio, y no encontramos, por ejemplo, yo no encuentro, a los compañeros que históricamente trabajaban en el Área de la Niñez (...) hay situaciones en la uno dice tendríamos que articular con ellos, pero sabemos que no están. (Bibiana-TS-CS N°3)

Las entrevistadas mencionan algunas políticas que existen pero que no llegan a toda la población, porque hay problemáticas barriales en el territorio que ponen límites simbólicos a la población, impidiendo que se pueda circular por los espacios en donde

están presentes las instituciones, o la situación de que las que existen más cercanas corresponden a otro distrito, o no hay equipos para trabajar. Exponen que las instituciones no contienen el entramado de conflictos sociales.

En cuanto a las políticas públicas que podemos encontrar en el territorio, principalmente es el efector de atención primaria, los dos CTR<sup>22</sup>, uno pertenece a un distrito diferente y el otro no coincide con la población con la que estamos... (Bibiana-TS-CS N°3)

Pero después hay un montón de población, de familias, de jóvenes que no llegan, (...) y esta gente no está ni siquiera excluida, nunca llegó. Lo que pasa que no son políticas universales. Es para poblaciones reducidas. (Carla-TS-CS N°2)

Leemos en las entrevistadas cómo estas “institucionalidades”, estas formas de presencia del Estado, hace que sea dificultoso pensar en intervenciones continuadas, sostenidas en el tiempo, teniendo en cuenta de que estamos hablando de problemáticas que no se “resuelven” de un día para otro. Este formato de abordajes en el campo, deja en deuda a los sectores más postergados que están sujetos a transitar mediaciones (informales e institucionales) hasta llegar a los recursos. (Clemente, 2014).

En segundo lugar, identificamos la siguiente idea que emerge en las entrevistadas acerca del contexto institucional desarticulado. Exponen que la falta de coordinación entre las instituciones tiene que ver con la falta de claridad en las responsabilidades de los diferentes sectores e instituciones estatales, lo que lleva a un desconocimiento en relación a cómo proceder ante situaciones complejas. Sumado a esto, señalan, cómo los cambios sistemáticos en los nombres de las instituciones, da cuenta de un vacío de contenido, quedándose en la mera forma.

No han definido algunas lógicas para poder intervenir, y que todavía no sabemos para que nos podemos convocar y para que no. (Bibiana-TS-CS N°3)

... los Crecer que ahora se llaman CCB, no se sabe bien cuál es la función... (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

En resumen, a partir de lo expuesto, decimos que hay institucionalidad -reglas de juego y normas- sólo que no logran sostener y soportar el trabajo con las competencias que se requieren en función de la complejidad de las problemáticas sociales que existen. Y aquí, incorporamos un nuevo análisis. Hacemos una diferenciación con la idea de ausencia o retirada del Estado que predominó durante los años 90, a la que refieren las

---

<sup>22</sup> Los Centros Territoriales de Referencia, hoy pasaron a llamarse, Centros de Convivencia Barrial (CCB).

entrevistadas. No hablamos de ausencia, sino de una forma particular de presencia-ausencia del Estado.

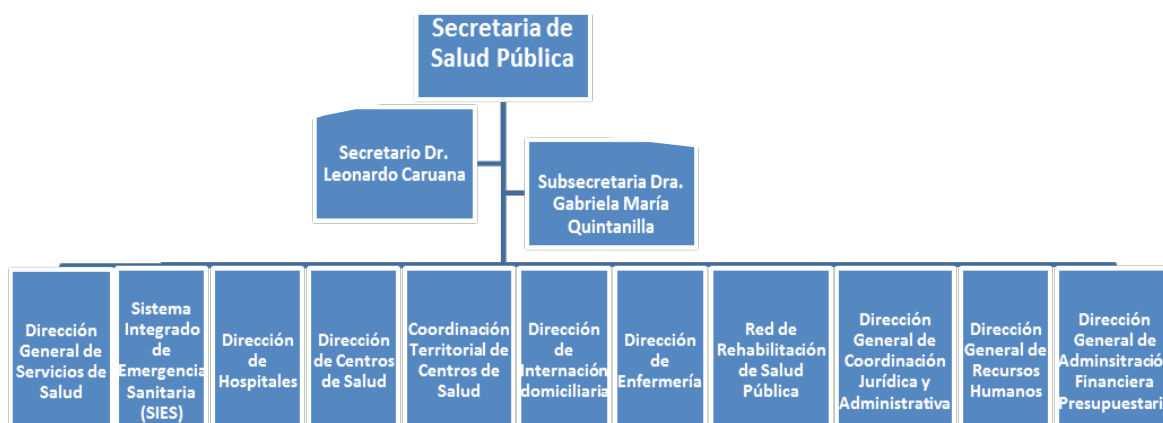
Son interesantes los aportes que Auyero y Berti (2013:122) realizan, en relación a la particularidad del Estado, que define como “intermitente, selectivo y contradictorio”. Afirman que es un Estado, que se encuentra en el barrio, pero cuyas manifestaciones son intermitentes, contradictorias e insuficientes.

### **3.2 El Centro de Salud como eje de la red de salud pública municipal**

Rosario cuenta con más de 50 centros de salud distribuidos en los 6 distritos que conforman la ciudad en el marco de las políticas de promoción y prevención de la salud que guían la gestión municipal. El centro de salud se define como el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. El sub-sistema público de salud es concebido como red. La red es pensada como la organización de los servicios de salud, que comprende tres niveles de complejidad. Así el centro de salud es pensado como el primer nivel de atención dentro de una red más amplia organizada en niveles, que sustenta la Atención Primaria de la Salud como estrategia. El centro de salud es concebido como eje del sistema. El primer nivel, está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente. El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Los centros de salud, dependen administrativamente de la Dirección de Centros de Salud.

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Alvarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias. También es interesante destacar la presencia del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) y del instituto Lazarte. A continuación presentamos el organigrama de la Secretaría de Salud Pública Municipal con sus diferentes áreas.

## Organigrama: Secretaría de Salud Pública Municipal



Fuente: Elaboración propia.

### **3.3 Condiciones y medio ambiente de trabajo**

El sector de la política de salud local fue absorbiendo paulatinamente cada vez más cantidad de profesionales en los diferentes niveles de la red. Este sector, primordialmente, se vio re significado como espacio socio ocupacional del Trabajo Social. Se fueron configurando nuevas dinámicas de trabajo que exigieron y exigen profesionales que respondan con requerimientos profesionales/técnicos específicos (división social del trabajo), con un perfil profesional que sea capaz de responder y cumplimentar las lógicas de trabajo impuestas desde el sector.

“El campo de trabajo del asistente social, en el mercado de trabajo, se establece por medio de relaciones contractuales, que irán a definir las condiciones concretas del ejercicio profesional.” (Yazbek, 2003: 46). Hallamos algunas legislaciones fundamentales de distinto orden que rigen el trabajo profesional en el ámbito de la salud pública local, como la Ley Provincial 9282 Profesionales Universitarios de la Sanidad, Ley 8525 Personal de la Provincia de Santa Fe, Ley 9286 Personal de Municipalidades y Comunas y Ley 24185 Empleados Públicos Nacionales. Además debemos considerar, para el caso del Trabajo Social, el Código de Ética regido por el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la 2º Circunscripción de la Provincia de Santa Fe. Las condiciones materiales en que se realiza el trabajo profesional, no son condicionantes externos al trabajo, muy por el contrario, “son condiciones y vehículos para su realización, indispensables como elementos constitutivos de ese trabajo (...) Aquellos elementos conforman el ‘terreno’ que posibilita realizar el trabajo” (Iamamoto, 2003: 122).

Por su parte, Neffa (1987) desde la Sociología del Trabajo, contribuye a complejizar la



lectura acerca de las condiciones y medio ambiente de trabajo en que se desarrolla el trabajo profesional de las Trabajadoras Sociales. En palabras del autor:

Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) están constituidas por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo) y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Ambos grupos de factores constituyen las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación sinérgica o combinada da lugar a la carga global del trabajo prescrito, la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera inmediata o mediata, efectos directos o indirectos, positivos o negativos, sobre la vida y la salud física, síquica y/o mental de los trabajadores. Dichos efectos están en función de la actividad o trabajo efectivamente realizado, de las características personales, de las respectivas capacidades de adaptación y resistencia de los trabajadores ante los dos grupos de factores antes mencionados. (Neffa, 1987:37)

Para referirse al medio ambiente de trabajo, Neffa, propone una clasificación de los riesgos según su naturaleza. Y explica cómo el medio ambiente de trabajo puede terminar siendo nocivo para los trabajadores. Hace alusión a cinco (5) grupos de riesgos: físicos (ruido, vibraciones, temperatura, iluminación, humedad, radiaciones), químicos y biológicos del medio ambiente de trabajo así como a los factores tecnológicos y de seguridad (la disposición de la fábrica, el riesgo eléctrico, de incendio, el buen o mal funcionamiento de las maquinarias, equipos y herramientas, el trabajo en altura, entre otros) y a los derivados de catástrofes naturales y desequilibrios ecológicos (las inundaciones, los temblores, las descargas provocadas por tormentas eléctricas, las tempestades, ciclones y maremotos, etc.). Para explicar las condiciones de trabajo, expone otra clasificación:

1-*Organización del trabajo*: ligada a la división social y técnica del trabajo

- *Contenido del trabajo*:

- la descripción del puesto: la naturaleza misma de la tarea prescrita por la dirección.
- las calificaciones profesionales requeridas por el puesto de trabajo: incluyen los conocimientos adquiridos en el sistema educativo formal, la formación profesional específica recibida, las habilidades, la experiencia.
- las mayores o menores posibilidades que tienen los trabajadores que ocupan el puesto, para utilizar y desarrollar en el mismo las calificaciones profesionales de que disponen

- el grado de responsabilidad que tienen los trabajadores que ocupan el puesto: responsabilidad que puede referirse a las materias primas, medios y productos
- el carácter individual o colectivo del puesto de trabajo,
- el grado de autonomía, de interdependencia o de subordinación del trabajador que ocupa el puesto respecto de los demás, que incluye tanto las relaciones horizontales como verticales (con supervisores y la dirección), que condicionan, limitan o promueven el margen para organizar de manera autónoma el proceso de trabajo y los tiempos a asignar. las posibilidades de promoción profesional.

2- *Duración y configuración del tiempo de trabajo*: El trabajo debe permitir al trabajador disponer de tiempo libre para su descanso y recreación, tal como lo establece la Organización Internacional del Trabajo.

3- *Sistema de remuneración*: Existen diferentes sistemas de remuneración, por rendimiento, por tiempo de trabajo. La remuneración por tiempo de trabajo consiste en una suma predeterminada por cada unidad de tiempo que se acuerde, cualquiera sea el rendimiento, mientras que la remuneración según el rendimiento puede fijarse en una suma de dinero por cada tarea completada, la cual se determina después que finalizan las tareas y ha sido debidamente registrada, dependiendo del rendimiento alcanzado.

4- *Ergonomía*: La ergonomía ha contribuido esencialmente a distinguir entre las tareas prescritas y la actividad del hombre en situación de trabajo, poniendo el acento en las funciones fisiológicas y psicológicas que cada persona particular actualiza en un momento histórico determinado.

5- *La transferencia de tecnologías*: Con frecuencia en los países semi-industrializados o en vías de desarrollo se importan tecnologías que no son adecuadas ni convenientes a la dotación de recursos ni a la cultura de sus habitantes. El resultado es, la mayor parte de las veces, una débil eficiencia de la producción dentro de las fábricas compradas "llave en mano" y también, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, puesto que hay una inadecuación entre los medios de trabajo concebidos en función de las características antropométricas del país fabricante y no del país importador.

6- *Modo de gestión de la fuerza de trabajo*:

- a) estabilidad o precariedad: El carácter permanente o estable del puesto de trabajo o por el contrario su naturaleza temporaria, precaria, inestable, insegura o estacional, forma parte de las condiciones de trabajo

- b) El sistema y los niveles de autoridad jerárquica: Según sean las características, las dimensiones y la organización de la existe un empresa así como el proceso de trabajo predominante, sistema de mando, de supervisión, de control de los trabajadores por parte de la dirección de la empresa.
- c) El estilo de gestión: La gestión de la fuera de trabajo puede llevarse a cabo de muchas maneras: autoritaria, despótico, paternalista, discrecional, democrática, participativa, etc.
- d) El sistema de incorporación y desarrollo del personal: También forman parte del modo de gestión de la fuerza de trabajo los criterios y procedimientos en cuanto a la selección y reclutamiento del personal, la inducción del mismo, la capacitación y entrenamiento, la movilidad interna -obligada o voluntaria- para ocupar otros puestos, la evaluación del desempeño siguiendo ciertos criterios, así como las sanciones y promociones que puedan resultar.

7- *Servicios sociales y asistenciales*: los servicios sociales y asistenciales de las empresas u organizaciones destinadas al bienestar de sus trabajadores y familiares pueden contribuir de manera decisiva para asegurar en mejores condiciones la reproducción de la fuerza de trabajo y al mejoramiento de las condiciones generales de vida.

8-*Participación de los trabajadores*: El ejercicio del derecho a participar implica también el reconocimiento de la dimensión subjetiva acerca de las CYMAT, así como de los conocimientos, experiencia, aptitudes y saberes productivos de los trabajadores.

Estos aspectos descriptos por Neffa nos posibilitan profundizar la lectura del trabajo profesional de las Trabajadoras Sociales y su inserción en los centros de salud. Los aspectos que se han considerado pertinentes y relevantes para este trabajo, con las mediaciones necesarias, serán analizados en: A). Trayectoria laboral y modalidad de contratación B). Jornada laboral C). Remuneración D). Medio ambiente de trabajo. Por esta razón no asumimos en el presente desarrollo, un análisis acabado de las condiciones de trabajo.

#### A). Trayectoria laboral y modalidad de contratación

Los años de ejercicio profesional, varían entre los 8 y 14 años. Victoria (TS-CS N°1) comenzó a desempeñarse como asalariada, hace 9 años, y 8 ejerciendo como Trabajadora Social asalariada. Bibiana (TS- CS N°3) tuvo un proceso similar, de 14 años trabajando y 13 de ejercicio profesional. Carla (TS-CS N°2), lleva 14 años de

ejercicio profesional con algunas interrupciones aleatorias a lo largo de su trayectoria. En cuanto a las trayectorias laborales de cada una de las entrevistadas, la mayoría de ellas comenzó a trabajar siendo aún estudiante de la carrera, en condiciones de contratación definidas como precarias, como inestables en términos de relación salarial y de contratación.

Neffa y otros (2010) exponen que el trabajo precario, puede adoptar varias modalidades cuando el propósito buscado es el de flexibilizar el uso de la fuerza de trabajo y reducir los costos laborales. Exponen algunas como, los contratos de duración determinada, temporarios, el trabajo a tiempo parcial con una reducción proporcional del salario mensual o diario, las pasantías por un tiempo prolongado que no desembocan en un empleo estable y que se renuevan sucesivamente así como los empleos instaurados por las “formas promovidas”, sin estabilidad, en contrapartida de bajos salarios y una reducción de los aportes patronales, etc. Estas modalidades que los autores señalan, hacen eco en los discursos de las trayectorias profesionales de las entrevistadas, en torno a la precariedad laboral. Con sus singularidades, en su mayoría reconocen algunas dificultades a lo largo de sus trayectorias en relación a la regulación contractual como garantía de estabilidad y derechos laborales. Reconocen las figuras de becarias, pasantes, hablan de contratos basura, de contraprestación y monotributo; como contratos por tiempo determinado, trabajos sin estabilidad, de corto plazo, acotados en el tiempo, con salarios mínimos. Lo que les implicó asumir más de un trabajo para la producción y reproducción de su existencia, es decir, trabajo simultáneo, multiempleo, para llegar a obtener cierta estabilidad.

...la mayoría de los Trabajadores Sociales, ahora no se bien como es, pero se empieza así, aceptando esos trabajos precarios, multiempleo. A penas me había recibido, trabajaba en tres lugares. (Victoria-TS- CS N°1)

Notamos que predomina un elemento común en las trayectorias profesionales de las Trabajadoras Sociales. Todas, transitaron por organismos estatales, pasando por programas e instituciones de campos diversos antes de comenzar a trabajar en salud. Además, son las prácticas profesionales, incorporadas en los discursos de las profesionales, como espacios que le permitieron el primer acercamiento e ingreso al mercado laboral. Es muy discutida en nuestra profesión la relación entre el mundo académico y laboral, concretamente, en qué medida las prácticas profesionales que se realizan durante la formación, habilitan (o no) un puesto laboral. Las entrevistadas exponen que en su inicio, en el mundo del trabajo profesional, las experiencias vividas

producto de las prácticas profesionales, fueron valoradas y reconocidas en las entrevistas de trabajo.

Yo me presenté al concurso y me favoreció porque hice continuado los años de práctica, que eran cuatro (4) en aquel momento. Esas referencias favorecieron porque varias de las que hicimos las prácticas pudimos entrar... (Carla-TS-CS N°2)

Las Trabajadoras Sociales hoy día, se encuentran en planta permanente.<sup>23</sup> Esto significó un proceso que llevó un reconocimiento de entre 5 y 6 años, según particularidades de cada una, pasando antes por una figura intermedia, la de planta transitoria. Tiempo que estiman como aceptable, en relación a la regulación de la figura de planta permanente. No obstante, señalan que el “pase a planta permanente” en salud se da mucho más rápido y en mejores condiciones, que en relación a otras áreas del estado municipal.

En salud, es distinto. Yo porque tengo compañeros que trabajan en otras secretarías. Comparado con otros, el tiempo es poco. Yo empecé en planta transitoria en el 2007 y pase a permanente hará una año, y si, son 5 años, si, generalmente es eso, pero en otros lugares pueden estar más, con contratos precarios, con contratos de locación. (Victoria-TS-CS N°1)

Dos de las Trabajadoras Sociales tuvieron trayectorias muy similares al momento de ingresar a la Secretaría de Salud (en los años 2011-2012 respectivamente). Ellas desarrollaban su tarea profesional en la Secretaría de Promoción Social, en lo que era el Área de la Niñez, hasta que tomaron la decisión de concursar para pasar a otra secretaría municipal. Su pase a salud, además de las razones personales de cada trabajadora, lo relacionan, con dos motivos. Uno, de mayor goce salarial. Y otro, referidos a los nuevos rumbos y crisis institucionales que afrontó promoción social, lo que dificultó el propio ejercicio profesional. En relación a esto, ellas relatan:

(...) cuando planteé que me iba de promoción, planteé que no sólo era lo económico (...) ya no podíamos trabajar, ni siquiera desplegar nuestro ejercicio profesional. (Bibiana-TS-CS N°3)

(...) cuando se dio el concurso [se refiere al concurso de la Secretaría de Salud Municipal en el año 2011] era tal la situación crítica de institucionalidad que se vivía en Promoción Social en lo que era la Dirección de Infancias... había mucho malestar, no sólo por lo económico, sino por el trato, por la falta de

---

<sup>23</sup> La Ley Marco del Empleo Público Nacional (25.164/1999) comprende varias formas de incorporación del personal. Se considera personal de planta permanente al empleado contratado para satisfacer necesidades permanentes y en virtud de ello, goza de los derechos a la estabilidad en el empleo y al progreso en la carrera administrativa. Los empleados afectados a la prestación de servicios transitorios desempeñan funciones que no pueda cumplir el personal de la planta permanente.

marco de trabajo, indefiniciones, por la falta de cuidado del recurso humano.  
(Carla-TS-CS N°2)

El ingreso a la Secretaría de Salud Pública, para todas las profesionales, fue el mismo: a través de concurso, incorporándose según orden de mérito.

En el concurso pasamos una instancia de antecedentes y oposición, tuvimos que presentar muy detalladamente un curriculum, pasamos una instancia donde hubo una evaluación en que se nos presentó una situación problemática y como intervendríamos, por escrito, luego otra instancia en que hubo que defender ese escrito y después hubo otra instancia de entrevista personal. (Bibiana-TS-CS N°3)

Si bien, todas ingresaron a través de concurso, éstos no tuvieron las mismas condiciones y hubo diferencias en ambas disposiciones. Comenzando, por su definición como abierto e interno. Las profesionales que ingresaron mediante el concurso interno del año 2011, Carla y Bibiana, hace uno, y un año y medio respectivamente que trabajan en salud. Las incorporaciones a sus puestos de trabajo se realizaron en diferentes meses del año 2012. Victoria, en cambio hace 6 años que trabaja en el efector de salud, ingresando en el año 2007, por concurso abierto realizado el año anterior<sup>24</sup>.

En el concurso del año 2006 (Resolución s/n), se resuelve llamar a inscripción abierta de Trabajadores/as Sociales a fin de establecer una nómina para cubrir licencias y ausencias transitorias, con funciones en los servicios de la red asistencial dependiente de la Secretaria de Salud Pública de Rosario. En 2011, se dispone, llamar a selección interna de antecedentes y oposición a licenciado/as en Trabajo Social para cubrir función en los efectores de la red de salud pública municipal. (Decreto 2421/11).

Debemos destacar dos puntos importantes. Un primer punto que se desprende de aquí, es el carácter de los concursos, internos y abiertos. Hoy ya no hay concursos abiertos para ingresar como licenciados en Trabajo Social a la red de salud, ha cambiado la política de concursos, teniendo una dirección que se encarga específicamente de estas tareas, para darle mayor transparencia e institucionalidad a los procesos de selección y a la política de concurso en sí misma, que dispone el ingreso de los trabajadores/as al ámbito estatal local. Ahora se deben inscribir al Registro Único Municipal, y de allí son tomados los/as trabajadores/as, que al momento de originarse un concurso interno en salud, serán los que podrán presentarse a dicho concurso.

Un segundo punto importante, es la forma legal de instituir los llamados a concursos. Antes de disponían a través de resoluciones, hoy son decretos.

---

<sup>24</sup> Estas descripciones son consideradas al momento de la entrevista.

## B). Jornada laboral

Las profesionales desarrollan sus tareas en el centro de salud, de lunes a viernes, con una carga horaria de 36 horas semanales. La mayoría acuerda, o al menos hace alguna referencia, al hecho de que 36 horas de trabajo es mucho para un efector de salud, reconociendo la necesidad de reducción a 30 horas.

La verdad que para mí 36 hs es mucho...Yo ya pedí una reducción horaria que no la están otorgando en este momento (...) Estoy pidiendo trabajar en vez de 36, 30 aunque gane menos dinero, pero me puedo preservar y puedo seguir manteniendo el entusiasmo y la apuesta acá. (Bibiana-TS-CS N°3)

La configuración de las jornadas laborales, no sólo aparece como problemática para el Trabajo Social, sino también para otros trabajadores y profesionales de la salud, parte de los equipos de los diferentes efectores.

...me parece que es una cuestión re taylorista la cuestión del horario hay también una paranoia en los últimos tiempos con el tema de los horarios (...) todas estas cuestiones persecutorias a un adulto, es cansador. (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N° 2)

La organización de las actividades de las profesionales en relación a sus placeres, acorde a sus deseos y necesidades se dice llevar con algunas dificultades, consumiendo la jornada laboral mucho tiempo del día, dejando el cuerpo allí, con poco tiempo y energías para poner en otra actividad, finalizada la jornada de trabajo.

...Esto [se refiere a su trabajo] es una parte de la vida, tengo una hija, y hay otras cosas que las puse entre paréntesis, que las quiero hacer pero no puedo hacer, que también nos equilibran, nos nutren. Estaba estudiando música, no lo puedo hacer ahora, esas cuestiones. Pesan. (Bibiana-TS-CS N°3)

## C). Remuneración

En cuanto al salario que obtienen como retribución de su trabajo, se expone un punto fundamental. Es importante situar que hoy día, las profesionales de Trabajo Social entrevistadas, manifiestan obtener una buena retribución salarial. Hablan de la diferencia en términos económicos, de un trabajo mucho mejor reconocido y remunerado en el campo de la salud con respecto a otros ámbitos de intervención de la profesión, como la Secretaría de Promoción Social y la consecuente mejor calidad de vida que eso conlleva para sus vidas familiares.

La verdad que es notable, y cambia la calidad de vida, es un sueldo mucho mejor. (Carla-TS-CS N°2)

Es significativo mencionar aquí, que las mejores condiciones salariales a la que hacen referencia las entrevistadas, en el campo de salud, se obtuvieron producto de luchas colectivas, en que finalmente se reconoce en el año 2010 a los/as Trabajadores/as Sociales como profesionales de la salud, incorporándose al ámbito de la aplicación de la Ley Provincial 9282. Se incorpora al ámbito de aplicación de la Ley N° 9282 -Estatuto Escalafón para los Profesionales Universitarios de la Sanidad- a los Profesionales Universitarios Licenciados en Trabajo Social.

#### D). Medio ambiente de trabajo

El espacio físico, el mantenimiento (limpieza) de los centros de salud, las condiciones edilicias, los ruidos, la distribución del espacio, la temperatura, afectan el medio ambiente de trabajo donde se desenvuelven los profesionales, impactando sobre su salud y su trabajo. El primer elemento tiene que ver con la disponibilidad de espacios físicos en los efectores para la realización del trabajo profesional. Las Trabajadoras Sociales, en su mayoría no tienen un espacio exclusivo para su atención. Van rotando en las oficinas según el consultorio que esté libre. Y hasta señalan la situación de trabajar en otra institución como el Centro de Convivencia Barrial (CCB), cuando no es posible hacerlo en el centro de salud.

Respecto al espacio físico te cuento que no tengo uno de uso exclusivo. Soy bastante nómada o itinerante (...) Otra opción es irme a trabajar al CCB que está a la vuelta. (Carla-TS-CS N°2)

Las profesionales de Trabajo Social, realizan entrevistas a las familias y a los sujetos con los que trabajan. La entrevista, implica una relación entre la profesional y los sujetos, implica confianza y la construcción de un espacio en que la intimidad de la vida de un sujeto se respeta y se valore. ¿Cómo podemos pensar que una mujer víctima de violencia puede poner en palabras su historia, si debe hacerlo en un consultorio, que entran y salen personas, o en la farmacia, a la que acuden permanentemente profesionales y la población del centro de salud?.

El espacio físico, no sólo aparece como problemático en términos de disponibilidad sino también de distribución y como organizador de la circulación de la población. Estas ideas, tienen que ver con lo mucho o poco que puede favorecer en los procesos de trabajo una correcta y organizada distribución de espacios.

La organización del espacio físico también, cuando llega un paciente e ingresa, ¿quién lo recepciona? Porque una cosa es que las personas puedan transitar con



autonomía por las instituciones públicas y otra cosa es que haya un deambular desorientado porque no hay un otro que recepcione, son dos cosas distintas y acá se da un poco de las dos (...) de qué manera organizamos el espacio físico, de qué manera recepcionamos, ese es un obstáculo. (Bibiana-TS-CS N°3)

Vemos como también sumado a los problemas de espacio físico en la institución, emergen las condiciones edilicias de un centro de salud, paradójicamente, calificadas como poco saludables. Esto refiere particularmente a la situación de uno de los efectores. Incorporamos palabras de las entrevistadas.

La verdad es que la estructura es solo una casa que se ha refaccionado como la mayoría de los centros de salud...tiene una estructura edilicia muy fea, estructuralmente fea, (...) me parece que la estructura del lugar es absolutamente contraproducente. (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N°2)

El Centro de Salud es una casa reciclada, poco funcional y poco saludable, para ser un espacio de salud. (Carla- TS-CS N°2)

En relación al mantenimiento y limpieza de los efectores, también se caracterizan como deficitarias:

Me parece súper valido el reclamo de las condiciones edilicias, de limpieza, es de es un déficit enorme, estas cuestiones que no son pensadas, no son pensadas para los centros de salud (...) Esta diferenciación en la práctica del discurso, salud para todos, pero no importa si el centro de salud tiene cortinas, y esas cosas que te dan bronca. (...) Vos no podés tener tres personas, para todos los centros de salud, para que se ocupen de la luz. Ese es un pensamiento de clase. (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N°2)

### **3.4 Sobre los medios de trabajo**

Iamamoto (2003) sostiene que el/la Trabajador/a Social se encuentra alienado de una parte de los medios y condiciones para concretizar su trabajo. Parte de los medios son brindados por la institución empleadora, provee los medios y recursos y es la que posibilita que los usuarios accedan a sus servicios. Desde otros marcos explicativos, Karsz (2007:58) también propone la noción de medios como “el conjunto de herramientas, dispositivos y referencias –manuales e intelectuales- necesarios para intervenir sobre la materia prima.”

Las profesionales refieren a la no-poseción de todos los medios, por lo que sostienen su trabajo en los recursos previstos en diversos programas y políticas. Describen recursos disponibles en la red de salud, en sus distintos niveles, como de otros programas que no pertenecen al área salud y que provienen tanto del ámbito municipal, provincial y

nacional. Mencionan el “Volver a la Escuela”, la Tarjeta de Ciudadanía, Ayudas Económicas Urgentes, Subsidios por única vez, Teléfono Verde, Asignación Universal por Hijo. Pensándolo en términos de Iamamoto, esas políticas son medios de trabajo.

Con los recursos que se cuentan dentro de los efectores de salud en los distintos niveles, en tanto servicios, en lo es un traslado urgente con una ambulancia, con lo que es la gestión a la tarjeta de ciudadanía, el nutrir más, el volver a la escuela, ayudas urgentes económicas.” (Bibiana-TS- CS N°3)

Bueno la AUH, y las que tienen que ver con salud. Programas específicos, Nacer, Remediar, Promusida, Procreación Responsable... (Victoria-TS-CS N°1)

A continuación presentaremos los programas enunciados por las entrevistadas según su dependencia administrativa seguidos de un detalle de los bienes y/o servicios que vehiculizan.

En la órbita nacional, existen bajo la intervención de diversos ministerios diferentes programas en vigencia. La Asignación Universal por Hijo, se instituye como un subsistema no contributivo, por parte del ejecutivo Nacional que consiste en el pago de un monto mensual por hijo. Este monto se paga el 80% en forma directa y el 20% restante es retirado una vez al año, cuando se demuestre que el/la niño/a concurrió a la escuela y que cumplió con los controles de salud a través de la libreta nacional de seguridad social, salud y educación. Los programas que dependen del Ministerio de Salud de la nación son: REMEDIAR y Plan NACER. El primero está enmarcado en la Política Nacional de Medicamentos y define sus acciones sobre las cuatro fases del ciclo de gestión: selección, aprovisionamiento, distribución y uso de los medicamentos, con el fin de asegurar el acceso en el Sistema Público de Salud. El segundo, invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Dentro del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación se desarrolla el programa “Jóvenes con más y mejor trabajo” que dispone de un conjunto de prestaciones integradas de apoyo a la construcción e implementación de un proyecto formativo y ocupacional destinado a los jóvenes con el objetivo de proporcionarles oportunidades laborales vinculadas con sus perfiles, sus expectativas y sus entornos. El programa “Volver a la Escuela”, depende del Ministerio de Educación de la nación, dirigido a las niñas y niños en edad de cursar la educación obligatoria. Esta línea se propone dar respuesta al problema de la exclusión educativa y social de chicos de 6 a 14 años que se encuentran fuera del sistema escolar.

Bajo el marco de la administración provincial, implementado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, encontramos el programa alimenticio de Tarjeta Única de Ciudadanía, que consiste en la entrega de un monto mensual para la compra de alimentos básicos. Dentro del mismo ministerio, también se halla el Nutrir más, que tiene como objetivo la asistencia alimentaria de niños menores de 6 años que, de acuerdo a un control médico realizado en un Centro de Salud, presenten niveles de desnutrición.

Por último, en el ámbito municipal, y dentro de la Secretaria de Salud Pública, podemos enunciar al Programa Municipal de Sida (PROMUSIDA) que planifica acciones y desarrolla estrategias de comunicación para quebrar los mitos, el temor, el rechazo y la indiferencia en forma articulada con organizaciones de la sociedad civil que abordan la temática del Sida. El programa de Procreación Responsable. Por medio del mismo se pondrá a disposición de la comunidad la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios pertinentes que garanticen el derecho humano de decidir libre y responsablemente sus pautas reproductivas. Así como información y orientación que posibiliten encarar la sexualidad de manera positiva, segura y autónoma para la adopción de decisiones libres de coerción y un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales que posibiliten a todas y todos obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. (Art. 1, Ordenanza 6244/1996). Y el Teléfono Verde: es una línea telefónica gratuita en que se pueden realizar denuncias por violencia hacia la mujer. Realizan atención psicológica, orientan y acompañan esas denuncias. Este dispositivo depende del Área de la Mujer de la municipalidad de Rosario, y está en permanente articulación con los efectores de salud.

Otro elemento fundamental en el proceso de trabajo, que actúa como medio de trabajo, es la legislación. Existe un abanico de leyes, nacionales y provinciales, resoluciones y ordenanzas municipales que las profesionales nombran, como aquellas con las que trabajan y sostienen sus intervenciones y les dan legitimidad en su trabajo. Hay entre las entrevistadas un común reconocimiento de algunas legislaciones. Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010); Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, discapacidad; Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; Ley Nacional 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002); Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (2009); Interpretación de la Corte

Suprema de Justicia sobre el Artículo 86 del Código Penal (2012) ; Ley 26.743 de Identidad de Género (2012) y la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

La última ley de Salud Mental, la última de Niñez de Protección Integral del Niño, las declaraciones de Alma Ata, la declaración de los Derechos Humanos, pero las más específicas son esas. (Victoria-TS-CS N°1)

Todo lo que tiene que ver con la legislación, trabajo mucho, infancia, discapacidad, salud mental... (Carla-TS-CS N°2)

Las legislaciones en el campo, permiten caminos, ofrecen posibilidades, demarcan actuaciones, respaldan intervenciones. La impronta en los marcos legislativos que hace algunos años se viene fortaleciendo en torno al enfoque de derechos, instituyen y disponen nuevas/otras relaciones de poder entre los actores sociales intervinientes. Leyes que recuperan un sujeto de derecho, que participa en su situación, establece relaciones más horizontales entre los integrantes de los equipos, con los usuarios. Se observa una distribución de poder entre todos los actores, que exige a los profesionales pensar en nuevas estrategias que respeten al sujeto, otras lógicas diferentes a las tradicionales.

Las modificaciones de los marcos normativos, como la ley 26.061 de protección integral de la infancia, la nueva ley de salud mental, por solo nombrar algunas de las importantes reformas legislativas, son claros avances en tanto mejoran el reconocimiento de derechos de las poblaciones, dejándonos el desafío de construir una estatalidad que pueda efectivizar derechos, que logre fundar nuevas formas de relación con nuestros problemas. (Arias, 2014).

Cuando se piensa en legislación, se está pensando en derechos. Darle institucionalidad, contenido y materialidad a esa legislación, garantizar el/los derecho /s que trae consigo, implica un despliegue de estrategias de colectivos para exigir su cumplimiento. La ley se concibe como “un sistema normativo abstracto si no penetra en la conciencia y el comportamiento de las personas” (Galende, 2014:49). Ninguna ley construye por sí misma una realidad. Esa realidad por la que se lucha, se construye con el trabajo cotidiano. Y para ello, es fundamental conocer cuáles son esas legislaciones, que dicen, y no dicen, que permiten y que prohíben. Y qué cuota de poder, en términos positivos tiene nuestra profesión.

Por último, es posible considerar medios de trabajo, a los propios de cada profesional. Y

esto se torna posible de acuerdo a los desarrollos de Yamamoto. La noción estricta de instrumentos como mero conjunto de técnicas se amplía de forma que el conocimiento se configura como “un medio a través del cual es posible descifrar la realidad y clarificar la conducción del trabajo a ser realizado”. (Yamamoto, 1997:63). Lo que nos permite situar a la producción teórica, a la investigación, en tanto síntesis dialéctica de la práctica y la teoría, como medio, que contribuye a complejizar los análisis sobre la realidad social, necesarios para intervenir en las diversas coyunturas socio-políticas, en tanto totalidad. Éste no es uno de los más enfatizados por las entrevistadas. Expresan esta vieja e inacabada discusión de la relación entre la práctica y la teoría, sintiéndose, la mayoría, más cerca de la “empiría”. No obstante se reconoce la necesidad del trabajo de investigación y de la teoría en nuestra profesión.

Para mí es fundamental la formación teórica. Justamente para dar otro resultado en la intervención. Porque si no, haces una cosa intuitiva vaya a saber por qué mandato divino, porque algunos piensan que hay una cuestión religiosa, otros solamente política, y se deja de lado lo profesional no?. (Victoria-TS-CS N°1)

La verdad que de hace unos años a esta parte te diría que lo mío es pura empiria. No estuve revisando mucho en este último tiempo líneas teóricas, como que hubo un desarrollo del oficio sin lectura, y lo hago como crítica, que bueno, que entiendo que en algún momento es algo que lo voy a retomar, es como que vine desarrollando más el hacer... (Carla-TS-CS N°2)

## **CAPÍTULO IV**

### **TRABAJO PROFESIONAL Y SALUD PÚBLICA.**

#### **LA PROPIA ACTIVIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD**

Aprehender la profesión como resultante de la historia implica la ruptura con lógicas conservadoras de pensar al Trabajo Social, y en eso a la “práctica profesional”, alejándose de concepciones que la interpretan y explican en sí misma. En su trabajo, *El*

*Servicio Social en la división del trabajo*, Iamamoto (1997) declara que la profesión se consolida como parte integrante del aparato estatal, y el/la profesional como un/a asalariado/a al servicio de las mismas. De esa forma, no se puede pensar la profesión en el proceso de reproducción de las relaciones sociales independientemente de las organizaciones institucionales a las que se vincula, como si su actividad dependiera sólo del profesional.

Siguiendo las ideas de Montaña (2000), decimos que existen algunas características históricas que le atribuyen a la profesión cierta identidad, particularidad, como el reconocimiento del estado como empleador privilegiado de los/as Trabajadores/as Sociales.

La institución se configura no como un condicionante sino como organizador del proceso de trabajo, en que los/las profesionales que se inscriben, participan en forma peculiar con autonomía ética y técnica. Iamamoto expone que “como trabajador asalariado, depende de una relación de compra venta de su fuerza de trabajo especializada a cambio de un salario pagado por las instituciones que demandan o requieren el trabajo profesional” (Iamamoto, 2003:83). No obstante, no debemos pensar la institución como obstáculo. La autora propone la noción de autonomía relativa, para referirse a las posibilidades de los/las profesionales de reorientar y organizar el trabajo para direcciones diversas a las que establece la institución.

La consolidación de la profesión en ámbitos estatales, y la condición de asalariado/a que asume el trabajador/a, mediante la relación contractual que establece con el empleador, implica, necesariamente, incorporar en el análisis de la “práctica profesional” el estudio del espacio institucional en que se desempeña el Trabajo Social. Asimismo, la autonomía relativa, como la define la autora, debe ser comprendida en relación al entramado institucional en el que los/as trabajadores/as desarrollan su ejercicio.

#### **4.1 Trabajo profesional en los centros de salud: sobre lo prescripto**

El trabajo en salud, supone algunos ejes organizadores en los procesos de atención, que los encontramos expresados en diversos documentos, producciones y publicaciones oficiales. Éstos son: la adscripción, la clínica ampliada, el equipo de referencia y apoyo matricial, el trabajo intersectorial en salud. Sumado a estos ejes organizadores del trabajo, que sitúan/delimitan/demarcán las actividades y tareas del/ de la Trabajador/a Social en la institución, incorporamos al Departamento de Trabajo Social, que tiene injerencia sobre la definición de las tareas profesionales, específicamente. Dentro de la

Secretaría de Salud se encuentra el Departamento de Trabajo Social, que aglutina a la disciplina de Trabajo Social del sector salud municipal. Comprende a todos los/as Trabajadores/as Sociales que trabajan en la red, en sus diferentes niveles. Asimismo, quien coordina el departamento, depende de la Dirección General de Servicios de Salud. Según palabras de la coordinadora del departamento, “el objetivo de un Trabajador Social en un equipo de salud, es poder trabajar con el equipo de salud, con el resto de sus compañeros, en relación a las problemáticas, que surjan en el equipo o que el equipo priorice, con la población que se atiende y que trabaja todo el equipo.”

Conjuntamente entre la Secretaría de Salud Pública y el Departamento de Trabajo Social se elaboró un documento en que se exponen las principales funciones de los/as Trabajadores/as Sociales en el ámbito de la salud pública local. Estas funciones son: Intervenciones de asesoramiento, de abordaje de situaciones problemáticas de lo individual/familiar, grupal y/o comunitario, fortalecimiento de la dimensión interdisciplinaria de las intervenciones, de trabajo interinstitucional e intersectorial y desarrollo de la actividad docente y de investigación. Estamos en condiciones de afirmar que estas actividades forman parte del deber ser profesional. Podemos también referirnos a las Incumbencias de Trabajo Social de acuerdo a la Resolución N° 579/86 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación, como tareas y competencias a tener en cuenta a la hora de caracterizar el propio trabajo. Entre éstas, se encuentran: promover la participación de personas, para mejorar su calidad de vida, realizar acciones de promoción, asistencia, realizar acciones a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, brindar orientación y asesoramiento, organizar, administrar, dirigir, supervisar y evaluar planes y proyectos de acción social, realizar estudios y diagnósticos de la realidad social sobre la que deberá actuar, participar en la investigación y en la elaboración, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas.

Cuando indagamos en las entrevistas, acerca de la definición de las tareas como Trabajadoras Sociales en los centros de salud, la mayoría, expresan que estuvieron descriptas y claramente detalladas, “las funciones y el perfil profesional”, tal como detallábamos más arriba de acuerdo al documento elaborado por la Secretaría de Salud. Si bien solo en pocas ocasiones mencionan su condición de asalariadas, reconocen la relación contractual con un órgano estatal, diferenciando su actividad profesional de una práctica voluntaria.

Estamos ejerciendo una profesión, en un ámbito público, que es un ámbito del estado, que debe ser garante de derechos (...) uno puede estar trabajando en un ámbito del estado, como una profesión rentada y también por otro lado, ejercer una práctica militante, ad honorem, voluntaria, y está bueno poder jugar todo el tiempo con las diferencias de un contexto y el otro. (...) Pero me parece que lo importante es tener claridad en qué contexto uno se ubica. (Bibiana-TS-CS N°3)

Aluden a las dificultades que se presentan en la institución para desarrollar su trabajo tal como aparece prescripto y definido. Estas ideas, no sólo son expresadas por las Trabajadoras Sociales sino también por el resto de las entrevistadas, que forman parte de los equipos de salud. Es decir, las directrices político-sanitarias, que supone el trabajo cotidiano en los efectores de salud, parece plantear algunas dificultades que preocupan a los equipos, en términos de poner en tensión los mismos principios rectores que se intentan sostener, y las prácticas que actualmente tienen lugar en el ámbito de salud. Las profesionales manifiestan que la forma en que se organiza y piensa a la salud en relación al primer nivel de atención, concretamente en los centros de salud, tiene ciertas incongruencias con la práctica real.

Entre lo que se pregona que se hace y lo que sucede en realidad es una distancia muy grande, es un “como si”. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

Por lo que para el análisis de lo que emerge en las entrevistadas en relación a su propio trabajo, debemos sumar en nuestro estudio, las contribuciones que Dejours (1998) y la psicodinámica del trabajo hacen en relación al trabajo prescripto y el trabajo real, o entre lo “se debe hacer”, las “tareas” que se deben desarrollar y la actividad concreta. Dejours (1998) sostiene que a partir de tomar conocimiento de la tarea prescripta, de lo que se “debe hacer”, los trabajadores deben salir y moverse de ese lugar para poder ejecutar su trabajo. Esto es lo que el autor denomina como trabajo real. “Lo real se define como aquello que resiste a los conocimientos, los saberes, los saberes-hacer y, globalmente, al control (...) básicamente se da a conocer al sujeto por un desfase irreductible entre la organización prescripta del trabajo y la organización real del trabajo”. (Dejours, 1998:25) Lo “real”, referido a la vivencia de los seres humanos en situación de trabajo, es lo que hace que la tarea nunca ocurra como estaba prevista. Las Trabajadoras Sociales se encuentran desarrollando sus actividades en el primer nivel de atención, que dentro de la red de salud, tiene sus lógicas y dinámicas específicas. Las detallamos a continuación:

## I. Clínica ampliada



La actual gestión de la ciudad de Rosario sostiene un proyecto sanitario que reconoce a la salud como Derecho Humano. En el documento *Hacia un proyecto Sanitario Integral*<sup>25</sup> (2011) se expone que, “trabajar en salud significa en primera instancia trabajar para la construcción de ciudadanía y para que este derecho se haga efectivo.” En este documento, el municipio define el compromiso asumido, como política pública, a los principios esenciales que definen la construcción de un proyecto sanitario que parte de entender a la salud como derecho. Entre ellos, definen a la clínica ampliada. “La transformación de la clínica, basada en relaciones terapéuticas a través de un vínculo continuo y técnicamente resolutivo, que permita contextualizar el proceso terapéutico en la vida cotidiana, asegurar la autonomía en la decisión de lo que necesitan las personas y no tener que renunciar a la dignidad para recibir atención.” (2011:1).

La clínica ampliada es la que tiene en cuenta las dimensiones subjetiva y social y no sólo la biológica para pensar al sujeto. Se refiere a la clínica capaz de evaluar la producción de salud rescatando los riesgos biológicos de enfermar o morir y los riesgos subjetivos y sociales de los sujetos, que incluye no sólo la dolencia, sino el contexto y el propio sujeto. Sousa Campos (2001) sostiene que la clínica ampliada es una herramienta para que los procesos de trabajo en salud se dirijan hacia la producción del cuidado centrado en los usuarios, incluyendo, además de la enfermedad, el sujeto en su contexto. Son ampliados el objeto de atención, los medios y las finalidades. Tiene por objetivo la cura y el alivio del sufrimiento, así como el desarrollo de la autonomía de las personas para lidiar con sus problemas y condiciones concretas de vida.

Este concepto es problematizado por los equipos. Es la contradicción de concebir desde un marco amplio a la salud y en esto a los sujetos, y exponer que se realiza un trabajo meramente clínico-médico del sujeto. Lo amplio en esta concepción, como dice Sousa Campos (2001), también es el objeto de atención, los medios y las finalidades.

... terminamos pensando al otro como un sujeto sólo portador de un cuerpo que enferma, terminamos construyendo una práctica que no tiene que ver con los lineamientos. (Bibiana-TS- CS N°3)

Y ahí, se involucran fuertemente, porque en lo “amplio” de la salud, hay espacio para lo social, para el sujeto, para su historia, sus relaciones, hay lugar para el Trabajo Social. Al no cumplirse eso, se analiza que se convierte en un trabajo que recae solo en lo biológico, en el cuerpo que enferma, y requiere atención médica, anulando el resto de

---

<sup>25</sup> Este documento fue elaborado con el consenso de todos los responsables de gestión, municipales y provinciales de la Región Rosario (directores de hospitales, coordinadores de centros de salud, coordinadores y directores generales).

las dimensiones de un concepto amplio de salud, y devaluando el trabajo de las diversas disciplinas que trabajan en la garantía de este derecho.

## II. Equipo de referencia y apoyo matricial

En el mismo documento *Hacia un proyecto sanitario integral* (2011: 3), se explica esta propuesta de trabajo en salud, que se basa en:

Reestructurar la modalidad de trabajo de los profesionales de especialidades básicas que atienden hoy en consultorios externos (...) médicos (pediatras, clínicos, generalistas) y enfermeros con población a cargo interactuando con otras disciplinas como soporte a sus intervenciones, (psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, toco-ginecólogos), trabajando interdisciplinariamente y contextualizando sus prácticas.

Se constituyen en los centros de salud equipos de referencia (clínico, pediatra, generalista y un enfermero), abandonando la idea de médico de cabecera. Los equipos tienen población a cargo, que se va fundando mediante un proceso de adscripción, construido desde el vínculo. Éste es un recurso terapéutico<sup>26</sup>. En este sentido, se trata de instituir un nuevo Sistema de Referencias entre profesionales y usuarios.

El equipo de referencia refiere a que todo sujeto, tiene un profesional de referencia, responsable por su tratamiento, que él conoce. El equipo de referencia contribuye a resignificar el vínculo entre los profesionales y los sujetos que asisten al efector de salud. A partir del reconocimiento de que un sujeto, tiene nombre e historia, es posible el establecimiento de un vínculo que haga de éstos los protagonistas de su tratamiento en el proyecto terapéutico.

La construcción del vínculo depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del usuario, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir en él, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. (Sousa Campos, 2002).

Los equipos de referencia cuentan con el apoyo matricial de otros profesionales del equipo interdisciplinario local. “Es decir, estos profesionales integrarían el trabajo de un determinado número de equipos de referencia siempre que su trabajo fuere considerado prioritario o necesario” (Sousa Campos, 2001: 148). Los/as psicólogos/as, los/as trabajadores/as sociales, odontólogos/as y tocoginecólogos/as operan desde una

---

<sup>26</sup>La terapia es una parte esencial de la clínica que estudia y pone en práctica los medios adecuados para curar, aliviar el sufrimiento y prevenir posibles daños a personas vulnerables o enfermas.

organización matricial. “El apoyo técnico matricial es esencial para mitigar la angustia de desilusión, en la medida que proporciona un estímulo permanente de la identidad amenazada por el desenvolvimiento del espacio del equipo multiprofesional.” (Onocko Campos; 2004: 115) El Equipo de Referencia desarrolla una práctica lo más integral posible, considerando la biología, lo subjetivo y lo social imbricado en cada caso. Ningún profesional sabría sobre todo y ningún Equipo completaría toda la potencialidad de un trabajo interdisciplinario. “Por esta razón, se utilizará el recurso de apoyo especializado matricial el cual posibilitaría, teóricamente, un enriquecimiento de los Proyectos Terapéuticos.” (Sousa Campos, 2001:150). Lo que lleva a una legitimación de las profesiones que pueden intervenir en el campo de la salud, como es el caso del Trabajo Social. El apoyo matricial amplía las posibilidades de composición interdisciplinaria de los proyectos terapéuticos.

Cada equipo de referencia, en el centro de salud, dispone de profesionales en la línea de apoyo matricial. Es decir, estos profesionales apoyan el trabajo del equipo. No obstante, la responsabilidad en el proyecto terapéutico, es de todos los profesionales del equipo. Tal como leemos en la página oficial de la municipalidad<sup>27</sup>, encontramos que la atención médica que se brinda en los centros de salud, de acuerdo a cada centro en particular, comprende medicina general y clínica, pediatría, odontología, tocoginecología, psicología, enfermería, entre otras. Entre esas otras, se encuentra el Trabajo Social. Y aquí aparece la tensión, en palabras de las entrevistadas.

...se espera de quienes somos matriciales, Trabajo Social, abordar ciertas problemáticas, como si eso se pudiera revertir en una consulta. Cuando en realidad si la persona viene por años viviendo situaciones de maltrato en donde de generación en generación lo que se transmite es una forma de vida, que va más allá del maltrato físico, difícilmente uno pueda incidir, siempre en algo mínimo, sí, pero revertir esa situación de violencia que tiene que ver con otras cosas, es complicado. (Carla-TS-CS N°2)

...en realidad lo que sucede, es que esto de la matricialidad de las disciplinas, para trabajar un proyecto terapéutico de una persona, vos lo trabajas con otros profesionales pero vos no lo llevas adelante. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

No son de apoyo, sino que se convierten en quienes conducen los proyectos terapéuticos esperando respuestas de transformación de una situación solo a través de su intervención. En donde la matricialidad se convierte en un profesional que actúa sólo. Vemos entonces, que la tensión, se refleja en lo que sugiere a la matricialidad en los equipos, y cómo es sostenida por los profesionales de los efectores esa noción. Exponen que se

---

<sup>27</sup> [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)

recurre a Trabajo Social, en términos de derivación y no de construcción de proyecto terapéutico. No aparece clara la figura de lo matricial. Al mismo tiempo, esta tensión, trae aparejada inherentemente otra, que tiene que ver con la interdisciplina. El equipo de referencia y apoyo matricial, supone interdisciplinariedad de los saberes y practicas (Sousa Campos, 2001). Entendemos que formar un equipo interdisciplinario no es tarea fácil para los equipos de trabajo de los centros de salud.

Y ahora todas las vicisitudes que atraviesa todo el personal del centro de salud, hace que también este bastante dificultado lo que es trabajo en equipo o esto de reunirse con otros para poder pensar en la situación particular, por ahí es bastante como informal, en función de la necesidad que hablas con el otro profesional, de acuerdo a la posibilidad que el otro tiene, que también, es cada vez más escasa. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

No obstante, todas las entrevistadas lo sostienen como necesario y fundamental en su trabajo.

No es una oficina de Trabajo Social aislada de lo que pasa en el centro de salud entonces acuerdo mucho con ellos y que yo algunas cosas las pueda hacer con mayor o menor libertad, también depende de la relación con ellos, con mis compañeros. (Victoria-TS-CS N°1)

Es interesante pensar cómo muchas veces la dificultad de renunciar al poder disciplinario resulta ser un obstáculo para el trabajo con otras disciplinas. Ya que aparece en las entrevistas, la formación profesional como un obstáculo en el trabajo interdisciplinario. Entre otros, aparece el tiempo para juntarse entre los distintos profesionales, y la gran demanda espontánea en los efectores que impide concretar los espacios interdisciplinarios. Las profesionales establecen charlas ocasionales, en el pasillo cuando no hay demasiada gente circulando por allí, para discutir sobre alguna situación. Se detalla que lo real se aleja tanto de lo prescripto, que la interdisciplina deja de serlo, convirtiéndose en otra cosa que nada tiene que ver con los fundamentos de ésta.

La cotidianeidad del trabajo en equipo hace que lo interdisciplinario baje de nivel y termine siendo un chismerío. Eso no es trabajo en equipo, eso no es interdisciplina. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

### III. Área de responsabilidad y Adscripción

La adscripción aparece definida en el documento oficial titulado “*La adscripción*” como un contrato entre el Estado y los ciudadanos, que suscribe a través de los trabajadores de salud (equipo de referencia). Cada equipo de referencia de los centros

municipales, asume en su relación con la población adscripta, la responsabilidad por el cuidado de su salud y actúa como su agente en la red de servicios a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales.

La ubicación de cada centro de salud en el distrito, tiene a su vez, una delimitación aún más definida, al decir de Fein y Ferrandini (2005) un espacio tejido en el contexto de la cotidianeidad. Esa área ha recibido varios nombramientos, zona de referencia, zona de influencia, área de responsabilidad del centro de salud.

Se trata del área de influencia de cada centro de salud, definida como el ámbito de interacción posible entre el equipo de salud y la población de un territorio. Según Fein y Ferrandini, el diseño de estas áreas se realiza a partir de la constatación de la procedencia de las consultas del centro de salud. Todo establecimiento de salud, tiene que tener un área de responsabilidad, en donde tenga que responder por la salud de la población. Interpretando las ideas de Fein y Ferrandini (2005:224-225), estamos hablando de que la asignación de responsabilidades territorialmente delimitadas a los equipos, permite que se desarrolle un vínculo estable con un determinado número de población, y colabore efectivamente en la resolución de problemas “a través del asesoramiento, la capacitación o la interconsulta, según en cada situación se defina el mejor modo de conjugar el saber específico con el saber en contexto.” Esto explica la idea de que en salud, las intervenciones en donde la gente vive, la proximidad en este sentido a las problemáticas, conlleva a intervenciones más eficientes y eficaces. Estar cerca de donde se producen los problemas parecería dar más posibilidades para resolverlo. Solo un centro de salud pudo definir de modo más preciso su zona de referencia, reconociendo flexibilidades.

Hay como un acuerdo medio implícito (...) como que se fue transmitiendo que los centros de salud cubren 10 cuadras, 10 x10 a la redonda, 10 para el norte, 10 para el sur, así. (Victoria-TS- CS N°1)

Cuando se les pregunta a las entrevistadas por los requisitos para la adscripción, inmediatamente, no hay, es la respuesta. Pero destacan la importancia del domicilio de la familia; se intenta que vivan cerca y/o que no posean obra social, aunque aluden que ninguna de estas condiciones se cumple siempre. Y así, se van constituyendo las excepciones. Lo geográfico aparece en la escena. El domicilio, es decir, lo cerca o lo lejos que vive una familia del centro de salud, surgen como criterios importantes para conocer y llevar adelante proyectos terapéuticos con la población.

Nos ha pasado un chico con cuestiones muy complicadas con relación a un circuito delictivo que realmente no podía ir a su centro de salud a ser atendido, porque corría riesgo su vida... (Bibiana-TS-CS N°3)

A veces hay cuestiones que juegan en los territorios y la gente no se puede mover, por una zona y por la otra, por problemas que tiene con los vecinos, por zonas que hay muy marcadas en los barrios, que no depende sólo del centro de salud, capaz que es lo más abierto, pero bueno, hay familias que no pueden ir porque son de otra banda narco. Esas cuestiones entran en juego. (Victoria-TS-CS N°1)

Por otro lado, estas delimitaciones se sostienen para evitar que se superpongan poblaciones y sobreintervenciones de los equipos. A demás expresan que la relación entre los equipos y la población sea acorde al número de profesionales y las necesidades de ésta última. Sin embargo, o mejor dicho, como consecuencia de las aisladas y diversas definiciones institucionales de cada centro de salud, reconocen la superposición de población. Y la gran cantidad de históricas clínicas familiares que los centros poseen, superando la capacidad resolutoria de los equipos, afectando la calidad de las atenciones.

Este desfase que hablamos que sucede en la realidad, que implica que no haya la cantidad de profesionales, administrativos, enfermeros, de todo, para atender esa cantidad de población, hace que haya una disminución en la calidad. (Sandra-PSICÓLOGA-CS N°1)

El efector n° 1 cuenta con 3500, el 2° con 7300 y el 3 con 9500 historias clínicas familiares. El primer efector está constituido por una Trabajadora Social, una psicóloga, un psiquiatra (matriciales), un pediatra, tres enfermeros, tres administrativos, una odontóloga, una farmacéutica y una pasante de farmacia, cuatro médicos/as generalistas y una ginecóloga, además del coordinador centro de salud. El segundo está conformado por la jefa del centro, que es médica generalista, una médica generalista, una pediatra, hay dos generalista que son tutores de residentes, una fonoaudióloga, dos psicólogos, trabajadora social, una farmacéutica, dos odontólogos, y también un obstetra. En el último hay una psicóloga, la trabajadora social, una fonoaudióloga, el psiquiatra que va una vez a la semana, dos odontólogos y el kinesiólogo. Además cuenta con tres administrativos, cuatro enfermeros, tres pediatras, cuatro médicos generalistas, un obstetra, una farmacéutica, una pasante de farmacia y la jefa del centro de salud.

#### IV. Trabajo Intersectorial en salud

Como leemos en el sitio oficial de la municipalidad de Rosario, en el nivel local, el trabajo en los distritos se piensa de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud.

El tema de la intersectorialidad en el campo de las políticas sociales mantiene su vigencia por lo menos desde la década de 1980, impulsado originalmente por el sector de la salud. La preocupación por la intersectorialidad emerge:

Cerca de mediados de la década de los noventa (...) pero aún de modo incipiente, comienza a cobrar fuerza el argumento de que la intersectorialidad es necesaria no sólo por razones de eficiencia, sino también porque las características de los problemas sociales se manifiestan cada vez más complejos e interrelacionados. (Repetto, 2010:47)

Actualmente observamos una invocación recurrente a la intersectorialidad como eje central de las nuevas políticas sociales. La intersectorialidad adopta diversos significados:

Uno de ellos remite a lógicas de acción colectiva, distinguiéndose así entre el sector público, el sector mercantil, el sector privado no mercantil o las comunidades. En ese marco, la intersectorialidad alude a las relaciones entre tales sectores. Otro significado de sector remite más bien a especialidades del conocimiento que se expresan en el aparato gubernamental a través de la organización funcional por sectores, tales como educación, salud, agricultura, etc. La intersectorialidad, en este caso, se refiere en primera instancia a la relación entre diversos sectores gubernamentales. (Cunill-Grau,2014:6)

Hoy, las ideas de la intersectorialidad junto a la de integralidad aparecen como dos categorías eminentemente relacionadas. La intersectorialidad se ha articulado con base en dos premisas fundamentales. Así lo explicita el autor:

La primera de ellas, como advertíamos, es que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. (...) La segunda premisa es que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan usarse productivamente para resolver problemas sociales. La integración, en principio, remite a que los sectores trabajan juntos para resolver un problema que definen y asumen como común. Así definida, la integración es el resultado y a la vez la expresión de la acción intersectorial. (Cunill-Grau,2014:19)

También, desde nuestra profesión, las problemáticas sociales, no parecen ser enfrentadas con intervenciones de un solo sector. Karsz, (2007) sostiene que los trabajadores sociales intervienen sobre problemas que nunca son simples, ni exclusivamente financieros, ni exclusivamente familiares, ni exclusivamente de empleo,

ni exclusivamente de abandono, ni exclusivamente sexuales. El Trabajo Social se inserta en el proceso de trabajo en salud, en el marco de las ideas de intersectorialidad que guía la política de salud, situándose como trabajador/a que articula necesariamente con los diversos niveles de la red y las demás políticas sectoriales. Y las profesionales exponen dificultades para encontrarse con otras políticas sectoriales en su trabajo frente a problemáticas definidas como complejas.

Vemos de esta forma, cómo estos ejes de trabajo en los centros de salud, se configuran, según interpretamos a Yamamoto, como organizadores del trabajo y son interpretados, por las entrevistadas. Las profesionales ponen en tensión estos lineamientos, evidenciando una distancia entre lo que se dice y se hace, y develando cómo eso repercute en su trabajo cotidiano.

Así, llegamos a un desenlace parcial. En las tareas, que el Estado como empleador, le asigna al/ a la Trabajador/a Social, encontramos que el Trabajo Social, trabaja en un equipo, como apoyo matricial en el que debe trabajar junto a otros, profesionales y sujetos en la elaboración de un proyecto terapéutico trabajando en la garantía del derecho a la salud. Al mismo tiempo, como profesión, debe realizar tareas de asesoramiento, gestión, investigación, abordajes de situaciones, articulación entre instituciones de diversos sectores estatales.

## **4.2 La propia actividad : sobre lo real y la autonomía relativa en el trabajo**

A pesar de que la institución organiza el proceso de trabajo, ésta no puede ser pensada como un obstáculo en el trabajo, que limita la acción profesional, por el contrario allí está el desafío de imprimir el norte en el propio trabajo. Debemos reconocer el lugar de contradicción en el que se encuentran como profesionales y cómo se pueden resolver esas lógicas contrapuestas, mediante la relativa autonomía que presentan. En el marco capitalista de intereses contradictorios en juego, el/la Trabajador/a Social es capaz de reorientar sus acciones en sentidos diversos a los que prescribe el órgano empleador. En ese papel, pone de relieve los intereses clasistas, y agenda y construye respuestas en términos de políticas y derechos sociales. La actuación profesional es necesariamente polarizada por los intereses de clases. Como sostienen Carvalho y Yamamoto (1984), el profesional participa tanto de los mecanismos de dominación en tanto debe responder a las exigencias del empleador y al mismo tiempo y por la misma actividad, da respuestas



a las necesidades de sobrevivencia de la clase trabajadora.

“La fracción hegemónica de la clase burguesa creó las profesiones según los modelos de racionalidad y manipulación que la beneficiaban, sin embargo no crea enteramente a todos y cada uno de los profesionales, su razón, orientación ideológica y práctico profesional” (Montaño, 2000:146). Es por el propio carácter contradictorio que se asume la relativa autonomía, siendo posible el redireccionamiento del ejercicio profesional hacia fines emancipatorios (o conservadores) de los sujetos con quienes se trabaja. En las particularidades de los procesos se va redefiniendo las posibilidades del ejercicio profesional. No existe un único e idéntico proceso de trabajo del asistente social, sino que existen múltiples procesos de trabajo en los que se insertan.

La posibilidad de lo “relativo” que nos brinda la autonomía materializa el carácter político del trabajo del/de la Trabajador/a Social. En palabras de Iamamoto, es la dimensión política la que abre la posibilidad de neutralizar la alienación de la actividad para el sujeto que la realiza, a pesar de no eliminar la existencia de procesos de alienación que envuelven el trabajo asalariado.

Yo disfruto mucho de la autonomía que tengo acá (Carla-TS-CS N°2)

Para definir su propia actividad, todas, parten de explicar que organizan su trabajo en días de atención fijos ya que su trabajo implica circular por otros espacios por fuera de la institución. De modo que tanto el equipo como la población sabe cuándo pueden encontrarlas en el efector. Por esto, sostienen que su trabajo no tiene una rutina determinada, sino que van armando su agenda día a día, flexibilizando horarios y espacios de trabajo. A demás señalan con respecto a sus actividades:

...gestión de recursos, inclusión en algunos lugares de determinadas personas, acompañar a algunas personas, para que accedan ya sea a alguna practica de salud que no llegan solos o para el acceso a algún derecho (...) reuniones, bastantes, con otras instituciones que tienen otros niveles de responsabilidad en el tratamiento de los problemas por ejemplo de la infancia, de la salud mental...Y después bueno organizar algunas acciones de prevención también. (Victoria-TS-CS N°1)

Entrevistas con los pacientes, re trabajo con el equipo, entrevistas con los pacientes junto con otros del equipo, gestiones e indagaciones telefónicas permanentes, elaboración de informes para gestión de recursos... (Bibiana-TS-CS N°3)

A partir de los extractos de las entrevistas notamos cómo respetando cada una su efector de trabajo, el ejercicio se circunscribe en torno a actividades comunes. Entre las que

nombran, se halla la gestión de recursos, asesoramiento, acompañamiento, trabajo de coordinación, realización de entrevistas, informes, visitas domiciliarias. Estas actividades coinciden con las incumbencias profesionales que detallamos más arriba, como el “deber ser”. Aquí se nombran bajo la idea de: realizar acciones de promoción, asistencia, brindar orientación y asesoramiento.

Asimismo, tienen congruencia con las actividades delimitadas por la Secretaria de Salud. Presentadas como: intervenciones de asesoramiento, de abordaje de situaciones problemáticas, desarrollar estrategias que posibiliten construir interdisciplinariamente un proyecto terapéutico en el abordaje de situaciones problemáticas, articular con instituciones , dentro de la red de salud y de otras dependencias municipales, provinciales o nacionales, fortalecer las intervenciones profesionales desde una dimensión interdisciplinaria.

No obstante, ponen en discusión algunas de las actividades prescriptas. Muchas ponen refieren fundamentalmente la entrega de leche, y la búsqueda de los pacientes cuando estos no recurren a sus atenciones con los diversos servicios.

...mi lucha eterna ha sido la cuestión de la leche (...) ¡No! la Trabajadora Social no va a entregar la leche, porque nunca la entregó y ¿por qué lo tiene que entregar un Trabajador Social? (Victoria- TS-CS N°1)

Una de las actividades que mencionan es el acompañamiento, como actividad enmarcada en proyectos terapéuticos.

El acompañamiento tendría que ver con acompañar, estar con, estar en compañía de (...) Aunque con las particularidades propias de cada situación, el denominador común del acompañamiento terapéutico es, precisamente acompañar a estas personas en la constitución de lazos vitales. Vínculos con un espacio, con una actividad, o con otras personas que pasado un tiempo en el que no están pudiendo hacerlo solas sean ellas mismas capaces de sostener autónomamente. (Marani y Sodo, 2010:116)

Ayer acompañé a un chico a hacerse un tratamiento de conducto, tenía la boca hecha un desastre y había perdido muchísimos turnos y era una prioridad para la odontóloga que pueda empezar a cuidar su boca . (Victoria- TS- CS N°1)

También refieren a la realización de entrevistas y visitas domiciliarias como parte de sus actividades.

A las 10 había quedado con una terapeuta ocupacional, hicimos una visita a una paciente que por un accidente de tránsito esta cuadripléjica, así que no se traslada, e hicimos una entrevista ahí. (Carla-TS-CS N°2)

Igualmente encontramos la gestión como una fuerte actividad de las profesionales. “La gestión involucra la consecución, y administración de distintos tipos de recursos ya sean prestaciones, de funcionamiento, visuales, profesionales, los vínculos y el tiempo” (Oliva, 2001:93). En el caso de las entrevistadas, la gestión aparece asociada a la garantía en el acceso de la población a programas y políticas sociales. Es decir, realizar un trámite de pensión por invalidez, AUH, turnos DNI, gestión de trámites en ANSES, pensiones por discapacidad, una ayuda económica, la tarjeta de ciudadanía, como ejemplos de gestión. En todas las entrevistas emerge la gestión de recursos, en el marco de intervenciones, como actividad ligada a garantizar derechos.

Esto es, que “la obtención de determinado recurso es un medio para el fin de modificar una situación de vulnerabilidad y no el fin en sí mismo, y a partir de la trayectoria que el sujeto junto al profesional desarrolla para la obtención de tal o cual recurso se pueden ir trabajando, visualizando, problematizando otras cuestiones de fondo que le permitan a la persona o familia modificar su situación” (Almada y Frau, 2011:642).

La garantía del acceso a recursos, por parte de las Trabajadoras Sociales, se reconoce como una de las principales tareas tanto por las profesionales como por las entrevistas del equipo. No obstante, por parte del equipo es dificultoso ver la lógica reivindicativa que sostienen las Trabajadores Sociales, y exponen que el trabajo queda en la asistencia, como asistencialismo, en los espontáneo, en lo particular, en el caso.

El asistencialismo es la forma de asistencia que se caracteriza por “atender” las demandas con respuestas inmediatas a las denominadas “situaciones de carencia”. Desde esta perspectiva, el profesional se ubica en una posición de superioridad en relación a los usuarios, con una acción profesional que es entendida como ayuda a un necesitado. El considerar al campo de la asistencia como una ayuda, se presenta como un no derecho, en tanto que para ser reconocido como posible usuario, la necesidad presentada deber tener el mérito de ser atendida. (Almada y Frau, 2011:639).

Creo que en el laburo del centro de salud la mirada del Trabajo Social es imprescindible, pero cuando está bien conceptualizado. Yo estuve discutiendo 9 años. Porque el Trabajador Social era siempre necesario, se pedía se pedí se pedía... siempre la discusión era que era un trabajador social dentro de un equipo de salud, porque la primera es de la chapa, del asistencialismo puro, la pensión, esto, lo otro. Bueno, vos crees que el trabajador social es para llenar un papel, entonces vamos a hacerlo nosotros. Bueno a ver que tenemos que hacer, listo, ah somos todos trabajadores sociales? Bueno no... [...]Y lo que me

parece que pasa en la mayoría de los lugares, es que quedan en ese lugar de la asistencia. (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N°2)

Se ve reflejado también, el trabajo realizado y la legitimidad construida a lo largo de la historia del Trabajo Social, en relación al conocimiento del entramado institucional y su funcionamiento. Y aquí, vemos la relación entre la gestión y la articulación institucional como actividades profesionales. La gestión, como articulación con distintos actores para la construcción de estrategias que posibiliten el acceso a recursos y servicios. La articulación no sólo con otros profesionales, sino también con otras instituciones y otros sectores estatales y no gubernamentales. Esta tarea posibilita, la formalización de canales de comunicación continuados que aseguran el trabajo de las situaciones. Emerge con fuerza por parte de todas las entrevistadas el trabajo de articulación interinstitucional e intersectorial: la inclusión de la población a instituciones, el asesoramiento sobre circuitos institucionales, asesoramientos legales, cómo proceder, o cuáles son los circuitos ante situaciones de violencia de género, por ejemplo.

En congruencias con estas ideas, la entrevista de la psicóloga del centro de salud Débora Ferrandini expone:

Si pienso en algo que tiene que intervenir trabajo social, mucho en lo que tiene que ver con articulación interinstitucional, y posibilidades de recursos de otro tipo, para hacer cursos, enseguida pienso en trabajo social, en eso. Con las escuelas también, hay ahí un apoyo. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

Yo creo que no sería lo mismo [refiere a la presencia de los Trabajadores Sociales en los equipos de salud] (...) Poder tener una visión de lo social. Es necesario. Política, institucional, me parece que tiene muchas herramientas para eso. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

La actividad ligada a trabajos prevención y promoción de la salud, se consigue exponer sólo en pocas ocasiones en las entrevistas. Mientras que Victoria, Trabajadora Social del centro n° 1, explica eventuales actividades por fuera del centro, Bibiana, Trabajadora Social del centro n°3, destaca la importancia de realizar recorridos en el territorio y trabajar desde otros lugares con la comunidad. Carla, no hace demasiada mención a estas actividades.

Trato de priorizar un día a la semana para lo que nosotros llamamos recorridos fuera del centro de salud, que son recorridos (...) por algunas zonas más críticas del barrio, que tenemos relevadas como sectores de mayor prioridad, por el nivel de vulnerabilidad y la idea es ir encontrándonos con la gente ahí, acercándonos, viendo en las condiciones en las que están... (Bibiana-TS- CS N°3)

Si bien no mencionan en un primer momento al seguimiento de una situación como actividad, avanzada la entrevista, todas enuncian la importancia de esta tarea. En relación a las situaciones con las que trabajan, el seguimiento de éstas resulta fundamental y es también parte del trabajo profesional. Aunque la mayoría no acuerda con la categoría seguimiento.

Seguimiento, seguimos a quien, perseguimos, si es seguimiento si es acompañamiento. Me parece que seguimiento en el sentido de lograr cierta continuidad en el lazo con el otro [...] En una continuidad en el objetivo de la intervención y en lo que uno pretende que se genere de movimiento en la situación del otro. En ese sentido si, para no tener intervenciones espasmódicas o fuera de cualquier marco de trabajo. (Bibiana-TS-CS N°3)

Ninguna profesional expresa trabajar con protocolos, (según el diccionario: Conjunto de reglas y ceremoniales que deben seguirse en ciertos actos o con ciertas personalidades) como métodos de intervención, en el sentido más tecnicista. Hablan de requisitos que algunas instituciones proponen para su ingreso, haciendo referencia a ciertos informes o circuitos que uno si o si tiene que hacer, pero no son protocolos. Algo similar expone Bibiana, cuando habla de circuitos institucionales que recorren los Trabajadores Sociales, frente a situaciones semejantes, pero no como acciones protocolizadas. Que tiene que ver con parte de su trabajo, en el conocimiento de los circuitos institucionales y las actividades de gestión.

Sí, hay ciertos circuitos, institucional, de recorrido, que son los circuitos que recorremos los trabajadores sociales frente a situaciones semejantes, más allá de la particularidad de cada una. Hay determinados circuitos cuando hay una situación de abuso, de violencia, cuando hay que gestionar algún recurso alimentario, van adquiriendo la particularidad de cada territorio y de cada situación, pero a veces los recorridos institucionales son semejantes.... (Bibiana-TS-CS N°3)

#### **4.2.1 Planificación y trabajo en la emergencia**

Dentro de la autonomía para la organización de su trabajo, y en el orden de sus actividades, la planificación del trabajo profesional también es tratado. Cuando leemos las entrevistas, podemos interpretar que algunas de sus actividades como las reuniones y entrevistas pautadas con los sujetos que demandan al Trabajo Social, reuniones con el resto de los profesionales del equipo y con otras instituciones, el trabajo de agenda, la organización de su trabajo en días y horarios de atención fijos, son signos de la planificación de las profesionales.

La planificación surge también asociada a los plazos, es decir a la variable tiempo, en que se sostiene y se piensa una intervención, con una población, objetivos y metas determinadas. Esto sólo resuena principalmente en una de las profesionales perteneciente al Débora Ferrandini.

Ahora hay un trabajo con salud mental que está siendo planificado. Intervenciones más a mediano plazo, con un grupo de gente, con otros resultados que no lo tiene el trabajo individual... (Victoria-TS-CS N°1)

Según Matus (2001:33) la planificación se refiere “al cálculo que precede y preside la acción”. El autor sostiene que planificar significa explicar posibilidades, proponerse objetivos, proyectarse hacia el futuro. La planificación es la herramienta para pensar y crear el futuro. No obstante, irrumpe esta planificación, las situaciones que ellas señalan como urgencias (como aquella problemática de un alto nivel de gravedad que deben abordarse en el mismo momento en que se presentan, ante cualquier profesional) o las demandas espontáneas que requieren cierta prioridad.

Habría que pensar cada día. A veces alguna urgencia o alguna demanda espontánea que después resulta que hay priorizarla por algo aunque no sea una urgencia hace que lo que tenés planificado cambie. (Carla-TS- CS N°2)

Asimismo otra entrevistada expone que organiza su trabajo por urgencias:

Lo que es más urgente, se hace primero (...) Hay cuestiones que implican que suspendas cosas que ya tenías agendado...porque aconteció algo, en alguna persona que puede ser grave, por una sobredosis (...) y hay que pensar que se hace... (Victoria-TS-CS N°1)

Si lo que ellas denominan como “urgente”, se vuelve cotidiano en la organización de su trabajo, no sucede esto sin consecuencias. Valentino y Lagiu (2006) realizan un análisis sobre el malestar en los/las trabajadores/as estatales de las instituciones de minoridad y plantean la idea de la gestión del trabajo en la emergencia, entendida como urgencia cotidiana, en una función que ellas llaman de ‘bombero’. Idea que recuperamos, permitiéndonos realizar reflexiones en torno a las Trabajadoras Sociales.

Esto es, “<a lo que venga con lo que se tiene> (y lo que se tiene siempre es insuficiente). Aclararemos que lo de ‘bomberos’ no es una decisión consciente y sistemática, sino una reacción promovida por la inmediatez, lo precario y lo urgente, que hace que los trabajadores se sientan con ‘pedidos a hacer’, o sea, sin un instante de reflexión. (Valentino y Lagiu, 2006:63)

Nos apoyamos también en Cazzaniga, que entiende por emergencia:

lo que sucede en forma imprevista (según el diccionario “...Lo que acontece cuando en la combinación de los factores conocidos, surge un fenómeno que no se esperaba”) que, al producirse, altera condiciones previas provocando daños significativos tanto en las personas como en los bienes y servicios y que da lugar a una respuesta en consecuencia. (2007:146)

A la luz de estas argumentaciones, podemos interpretar que para la mayoría de las Trabajadoras Sociales, lo inesperado, lo espontáneo, se convierte en habitual. Siguiendo las ideas de Cazzaniga, nos aporta, en sus análisis, una idea interesante en relación a lo urgente y lo inesperado en nuestra profesión:

Sostengo que lo urgente es lo imprevisto e inesperado, y para Trabajo Social las situaciones que atendemos no son inesperadas, excepto algunas cuestiones particulares. Más esta premisa es sostenible en tanto y en cuanto “tengamos el pulso” de lo que está pasando en la realidad, en otras palabras contar con las herramientas conceptuales que nos permitan comprender la realidad para dar cuenta de los conflictos, las desubjetivaciones y resubjetivaciones. (2009:1)

Al pensar en clave de lo urgente, como aquello inaplazable, estimamos, se borran algunos elementos importantes de las intervenciones y se dificultan otros horizontes y proyectos de más largo plazo en el tiempo. Desde sus marcos explicativos, Montaña (2007) explica que:

Así, al partir de la idea de que la realidad que interesa al asistente social es apenas aquella que cerca su práctica profesional directa, se privilegian las concepciones de “poder local”, del “empoderamiento”, rechazando las teorías universales, de las relaciones entre clases (explotación, dominación, luchas de clases). Aquí subyace un desdoblamiento de aquel conservadurismo: el corto-plazo, lo local y singular y lo inmediato, hipotecando y dejando en segundo plano cualquier estrategia que tenga un horizonte de largo-alcance, universal y mediato. El conservadurismo aquí asume el nuevo ropaje postmoderno. (Montaña, 2007: 12)

“Con relación al tiempo, es destacable la aceleración que se manifiesta en múltiples situaciones y que nos empujan a un “respuestismo” que nos agota subjetivamente, pero que también agota (en el sentido que empobrece) la propia práctica.” (Cazzaniga, 2009:6). Efectivamente, la dinámica de las demandas emergentes e inmediatas parece colocar al asistente social en un círculo de respuestas inmediatas. La reproducción de esta relación demanda-emergente / respuesta-inmediata, lleva al profesional (y a la profesión como un todo) a una lógica pragmática. (Montaña, 2007). Que recae en la mera empiria, y atención de actividades inmediatas. De allí, que es interesante pensar en la posibilidad de sobrepasar la mirada inmediata. Esto nos lleva a pensar cómo

comenzar una intervención que permita desplazarnos del difuso rol de contenedor de emergencias.

En resumen, notamos que no realizan una crítica a lo prescripto, en términos de sus tareas. Sino que lo que produce la tensión entre lo prescripto y lo real, es no poder cumplir con las tareas asignadas, tal como aparecen asignadas. No emerge en las entrevistas la crítica a la realización de tareas de gestión de DNI desde un centro de salud, por una Trabajadora Social. Muchas ponen en discusión fundamentalmente la entrega de leche, y la búsqueda de los pacientes cuando estos no recurren a sus atenciones con los diversos servicios, pero no así con otras actividades.

Podemos decir que el trabajo profesional está organizado entorno a ejes comunes, como proponer días de atención fijos en los centros de salud, ya que su trabajo implica circular por otros espacios por fuera de la institución. Los procesos de trabajo en los que se insertan las Trabajadoras Sociales, son flexibles, como contraposición a lo estructurado. El trabajo profesional está lejos de ser rutinario. Domina la variable del “día a día” sobre el que se va organizando y regulando el trabajo cotidiano. La planificación de intervenciones aparece más dificultosa, por la vorágine cotidiana de la vida de los centros de salud.

Las actividades, vemos en los diferentes procesos de trabajo, que también tienen aspectos comunes. Algunas ponen más énfasis en unas que en otras actividades como primordiales, y ahí se van visualizando las particularidades de la propia actividad en los diversos procesos de trabajo. Algunas sostienen que la asistencia es la actividad principal, mientras otras realizan fuertes tareas en torno a la promoción y prevención de la salud, siendo prioritario la relación con el territorio y los recorridos de los equipos por fuera del centro de salud. El hecho de que algunas orienten su trabajo hacia horizontes reivindicativos, otras con tendencia asistencialista, otras trabajen más la planificación y el trabajo a metas de largo plazo, otras sobre la urgencia, tiene que ver con el grado de autonomía del que disponen como trabajadoras, en su ejercicio profesional y colectivo en los centros de salud. Observamos que los abordajes son principalmente individuales o con el grupo familiar primario. Favoreciendo así a lógicas de trabajo más individuales. El fortalecimiento con la comunidad, el acercarse a la comunidad, aparece fuertemente sólo en uno de los procesos de trabajo, que corresponde al centro de salud Juana Azurduy.



...hay tantas formas, siempre va a ser muy personal la profesión, y como uno le imprime (...) yo veo que hay tantas formas de ejercer la profesión, que a veces yo me comparo, y digo 'yo eso jamás lo haría'. (Victoria-TS-CS N°1)

Yo creo que en el desarrollo de la profesión confluyen muchos factores, la propia historia, nuestra subjetividad, nuestra posición, nuestra pertenencia a determinado sector social, todo esto entra en juego de la mirada que tenemos de la realidad. Y las valoraciones que hacemos. (Bibiana-TS-CS N°3)

En esta línea de pensamiento, recuperamos el concepto de ideología, que nos trae Karsz (2007) para pensar la autonomía relativa. Citando al autor, las ideologías “son actos, las ideologías están actuadas. Concepto transdisciplinario: estos conjuntos colectivos tanto como individuales conciernen a la vida pública y a la vida privada, a opiniones conscientes e inconscientes y a modelos de vida familiar, de orientación sexual, etcétera.” (Karsz, 2007:50). Y continúa explicando que ideológico quiere decir imperantemente no neutro: “ciertas maneras de hablar y de vivir, determinados arquetipos son puestos en primer plano, defendidos con más o menos empeño, considerados como normales e intangibles o, por el contrario, fuertemente objetados, puestos en duda, yugulados y reemplazados, parcial o completamente por otros”. (Karsz, 2007: 50). El autor plantea que las ideologías adoptan formas conscientes e inconscientes. Ambas lógicas, tanto la ideológica como la del inconsciente funcionan al unísono, la una bajo y sobre la otra, cada una en el seno de la otra, gracias a la otra, contra la otra.

### **4.3 Ética Profesional y Trabajo Social**

La relativa autonomía que indica Iamamoto, esa que dispone el/la profesional de Trabajo Social, en relación a la forma de conducir sus acciones junto a quienes trabaja, requiere el compromiso con principios éticos que norlean la acción profesional. La responsabilidad en el ejercicio de nuestra profesión, ante las situaciones que se presentan están regladas por principios éticos.

Quando vos estas con la gente solo, nadie sabe lo que vos le decís, lo que haces con la gente. Por eso se hacen desastres también (Victoria)

Por su parte, Cazzaniga (2006) señala la relación entre ética, política e ideología, susceptible de recuperar aquí. La autora expone que se hace preciso realizar una distinción entre ética e ideología; “esta última está referida en estas reflexiones a la concepción o cosmovisión que sostenemos sobre el mundo, y particularmente sobre un determinado ordenamiento social, tanto el lugar de los sujetos en él, como el modo en

que en ese mismo ordenamiento se distribuye la riqueza, el poder y el saber.” (Cazzaniga, 2006: 223). Y continúa explicitando que la ética como reflexión intersubjetiva que se pone en acto en la praxis, “revisa críticamente y en la propia praxis esa cosmovisión otorgándonos esa necesaria actitud crítica —valga aquí la redundancia— que guía el proceder”. (Cazzaniga, 2006: 223). De esta manera señala que la “palabra” ideología debe incorporarse dentro del debate. Por último refiere a la relación entre ética y política, expresando que “la ética queda vinculada a la acción, acción que por otra parte es política, en tanto propone una expectativa de realización de una sociedad en determinado sentido.” (Cazzaniga, 2006: 220)

En este marco, el ejercicio profesional está regulado por el Colegio Profesional. La disposición de principios éticos para el caso de nuestro estudio, se hayan en el Código de Ética que “determina los principios éticos necesarios para actuar de acuerdo con los fines de la profesión, obligando a todos los miembros del Colegio de Trabajadores Sociales de la 2º circunscripción a respetarlo.” (Art 2). Los principios éticos básicos a los que hace referencia son: dignidad del ser humano que por su naturaleza tiene el derecho de su realización en justicia, solidaridad y libertad, respeto por las posiciones filosóficas, políticas y religiosas de aquellos con quienes trabaja, teniendo en cuenta el principio de autodeterminación. El/la Trabajador Social debe asimismo reconocer que todo ser humano posee un valor único, con independencia de su origen, edad, creencias, etnicidad, condición socioeconómica. Al Trabajador Social le corresponde tratar de promover la legislación social necesaria, de acuerdo con las necesidades del usuario, y de una mejor calidad de vida, reconociendo el derecho del mismo a participar y debe colaborar con los poderes públicos en la preservación de los derechos individuales y colectivos, dentro de los principios democráticos, participando en la construcción de una sociedad justa y solidaria.

Leemos en las entrevistas cómo la ética está presente en sus intervenciones, rescatando fuertemente el principio de autonomía de los sujetos.

(...) lo político siempre está muy presente para mí, la dimensión ética y política están [presentes en la intervención profesional]... (Victoria- TS- CS N°1)

Me parece que el timón tiene que ser la autonomía del sujeto. (Bibiana- TS- CS N°3)

Para continuar en la línea de nuestras reflexiones, vuelven a ser necesarios los aportes de Karsz (2007) en torno a la ideología en Trabajo Social. Expone que una posibilidad para detectar las tendencias moralizantes en la práctica, sería a partir de reconocer que si

bien es imposible acceder a la objetividad de manera absoluta, impecable o acabada, se puede pensar en modos de nombrar, de categorizar, de crear conceptos como una alternativa diferente a la de zambullirse por completo en la ideología. Es decir, si bien no es posible divorciarnos por completo de la ideología, si podemos analizar como ella se materializa en nuestras prácticas profesionales, desde nuestros propios ideales, representaciones, fantasmas, miedos e historias personales.

Pensamos que la vigilancia epistemológica constituye una herramienta a la que es indispensable recurrir para que no se reproduzcan idealizaciones subjetivas. Según el autor, “se trata, en efecto, de identificar de manera tan rigurosa como sea posible los criterios educativos, morales y afectivos, jamás ideológicamente neutros ni neutrales, que se han implementado en el quehacer cotidiano del servicio... aunque no estén subjetivamente al corriente... inventario razonado de los criterios existentes ya” (Karsz, 2007:53). Porque uno puede querer transformar situaciones, pero éstas no son sin direcciones, ni unidireccionales, es decir, hay múltiples orientaciones que pueden definir cómo uno cree que es “mejor el mundo”.

## **CAPITULO V**

### **LOS RESULTADOS DE LOS PROCESOS DE TRABAJO**

El Servicio Social es un trabajo especializado que se expresa bajo la forma de servicios y que tiene productos. El producto en los procesos de trabajo, adquiere relevancia social, no es individual. Es resultado de un trabajo cooperativo y colectivo.

Iamamoto (2003) sostiene que los resultados de los procesos de trabajo donde participan los asistentes sociales se sitúan en el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo, prestaciones de servicios públicos, de educación sociopolítica, afectando hábitos, prácticas sociales de los individuos.

El Servicio Social interfiere en la reproducción de la fuerza de trabajo por medio de los servicios sociales previstos en los programas, a partir de los

cuales trabaja en las áreas de salud, educación, y otras. Así el Servicio Social es socialmente necesario porque actúa sobre cuestiones referidas a la supervivencia social y material de los sectores mayoritarios de esa población. Viabiliza el acceso no solamente a los recursos materiales, sino que las acciones implementadas inciden sobre las condiciones de supervivencia social de esa población. (Iamamoto, 2003:86)

Iamamoto (1997:101) explica que “aunque la profesión no se dedique preferentemente al desempeño de funciones directamente productivas, pudiendo ser en general caracterizada como un trabajo improductivo”, ella participa junto a diferentes profesiones en la implementación de las condiciones necesarias al proceso de reproducción en su conjunto. Hablamos de trabajo improductivo cuando el/la trabajador/a asalariado/a no genera valor en la actividad que realiza. El trabajador cambia sus esfuerzos por dinero para su subsistencia. Cambia un valor de uso (fuerza de trabajo) sin acrecentar el capital por parte de quien lo contrato. Como el caso del Servicio Social en el ámbito de las políticas públicas, que como contratado por el estado para su aplicación de estos servicios no agrega valor para el Estado.

## **5.1 Sobre el producto salud**

De acuerdo al detalle de Presupuesto de Gastos del Ejercicio 2013, publicado por la Secretaría de Hacienda y Economía de la municipalidad de Rosario, el monto destinado a Sanidad, respecto del año anterior, (2012) ascendió un 23% más, pasó de \$878.263.055 en el año 2012 a \$ 1.146.340.309 para el 2013.

La actual gestión de la ciudad de Rosario sostiene un proyecto sanitario que reconoce a la salud como Derecho Humano. Por tal motivo en el documento *Hacia un proyecto Santirario Integral* (2011) se expone que, “trabajar en salud significa en primera instancia trabajar para la construcción de ciudadanía y para que este derecho se haga efectivo.”

La gestión, tal como advertíamos en los documentos ya citados en los capítulos precedentes, organizan su trabajo orientados por tres lineamientos fundamentales: territorialidad, descentralización y participación. El trabajo en la salud municipal pretende recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión para plasmarla en la red de salud, integrando el protagonismo de la comunidad en el proceso salud- enfermedad. Asimismo, el trabajo en salud se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás Secretarías de la municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud. Leemos en el sitio oficial de la municipalidad, que la acción

basada en la estrategia de Atención Primaria y en este marco, el modelo de promoción de la salud aportan una visión donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final.<sup>28</sup> Se suma a estas concepciones, la propuesta de la clínica ampliada, la necesidad de sostener intervenciones en salud en función no de la enfermedad sino de las condiciones de vida, los cambios demográficos y epidemiológicos de las poblaciones, todas dimensiones sobre las que se piensan los procesos de salud.

Encontramos múltiples trabajos y actividades que vienen haciéndose en pos de garantizar el derecho a la salud, siguiendo las directrices y propuestas de trabajo que guían la gestión, como las recientemente enunciadas. Registramos desde la creación del Área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública (Sistema Municipal de Epidemiología: SiME) información sanitaria de la ciudad, que nos permite reconocer algunas dimensiones para pensar el producto salud. Así en el año 2013 se realizaron actividades orientadas a la promoción y prevención. En el distrito noroeste específicamente, el equipo del SiME realizó actividades territoriales de promoción para la salud y prevención de enfermedades zoonóticas (hantaviriosis, leptospirosis, fiebre hemorrágica argentina), en el territorio delimitado por las calles José Ingenieros, Manuel Acevedo, Génova y Olmos. Se brindó información y se repartió folletería.<sup>29</sup> En otra ocasión, en el mismo distrito, se realizó un monitoreo territorial integrado por 6 manzanas. Comprendió las calles Tupac Amaru, Ecuador, Arévalo y Méjico. La actividad intersectorial estuvo integrada por 26 personas pertenecientes a Centros de Salud del distrito, Áreas de Servicios Urbanos (ASU), GUM, Control de Vectores, Alumnos UNR, Área de Epidemiología. Se realizaron tareas de desmalezado, retiro de basura, desratización y control focal que incluyó la búsqueda de febriles casa por casa, concientización sobre enfermedades transmitidas por mosquitos *Aedes aegypti* y descacharrado asistido en 71 viviendas.

Desde estos marcos y de acuerdo a la expresión que adoptan algunos indicadores relacionados con la provisión de servicios sanitarios básicos, que detallábamos en el segundo capítulo, encontramos porcentajes que revelan condiciones de saneamiento básico insatisfechas. Condiciones sobre las cuales, desde marcos amplios de pensar a la salud, deben ser tomados en cuenta en las intervenciones socio-sanitarias. Asimismo, en la página oficial de la municipalidad, se expresa que la atención de la salud es un

---

<sup>28</sup> [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)

<sup>29</sup> [www.rosario.gov.ar/epidemiologia](http://www.rosario.gov.ar/epidemiologia)

aspecto ineludible a la hora de garantizar condiciones de vida digna de la población, en que las dificultades en el acceso a los servicios de salud generará situaciones de mayor vulnerabilidad respecto del proceso inclusión-exclusión social; representando una situación de exclusión el no acceso a la salud. La accesibilidad a la salud no sólo refiere a disponibilidad física y geográfica de instituciones de atención sanitaria sino también a la calidad de la atención. En el año 2011, del total de centros asistenciales de la ciudad de Rosario, el 19,35% se encuentra en el distrito noroeste. Resulta interesante incorporar los resultados recientemente presentados del estudio *Diagnóstico de los barrios del Plan Abre 2014: Santa Fe, Rosario y Villa Gobernador Gálvez de la Provincia de Santa Fe* que realizó Agustín Salvia del Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina.<sup>30</sup> Respecto al acceso y calidad de la atención en salud, los resultados expresaron que 1 de cada 4 hogares recurren al Centro de salud local para atender sus problemas de salud. 9 de cada 10 hogares dice tener cerca a un centro de salud. 90% señala que el equipo médico de dicho centro funciona como equipo de referencia. 9 de cada 10 se encuentra satisfecho con la atención recibida. Y existe un 70% de confianza en el centro de salud local.

En cuanto a la calidad también debemos pensar en los indicadores de la tasa de mortalidad infantil. La evolución a través de los años de la mortalidad infantil en la ciudad y en cada distrito dentro de Rosario es un trabajo de monitoreo que se realiza año a año. En 17 años de observación (1995-2011), se produjo una reducción de la tasa de mortalidad infantil de casi 9 puntos, lo que podría interpretarse como el resultado de la aplicación sostenida de políticas públicas por parte del municipio en ese sentido.<sup>31</sup> Específicamente, al observar la evolución temporal de las tasas de mortalidad infantil en Rosario, desagregándolas en los diferentes distritos de la ciudad (Tabla 3), se distingue que el distrito Noroeste presenta fluctuaciones importantes a lo largo del tiempo, superando en varias oportunidades a la tasa general de la ciudad.

---

<sup>30</sup> El objetivo del estudio ha sido elaborar un diagnóstico de base de las condiciones de vida y las percepciones comunitarias de los vecinos de barrios vulnerables de Santa Fe, Rosario y Gobernador Gálvez priorizados por el Programa de Intervención Integral en Barrios (Plan ABRE). La encuesta se aplicó a una muestra representativa de barrios objeto de intervención. En cada barrio la unidad de análisis fueron los hogares familiares, siendo el informante el jefe económico del hogar o su cónyuge. El relevamiento se llevó a cabo entre julio y septiembre de 2014. El universo del estudio abarcó 33 barrios priorizados por el programa, en las ciudades de Rosario, Santa Fe y Villa Gobernador Gálvez. La muestra fue realizada en 10 barrios y 66 puntos de muestra. Del Distrito Noroeste se tomó el Barrio Empalme Graneros.

<sup>31</sup> Sistema Municipal de Epidemiología. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario

Tabla 3: Tasa de mortalidad infantil, según distrito. Ciudad de Rosario. Período 2000-2010<sup>32</sup>

Distrito	Centro	Norte	Noroeste	Oeste	Sudoeste	Sur	Total ciudad
2000	↓ 10,78	↑ 17,57	↓ 12,11	↑ 17,75	↑ 17,97	↑ 19,05	13,89
2001	↓ 8,51	↓ 11,77	↑ 14,07	↑ 17,06	↓ 11,92	↓ 10,43	12,76
2002	↓ 9,96	↓ 11,60	↓ 10,61	↑ 16,92	↑ 13,76	↑ 13,21	12,97
2003	↓ 8,72	↓ 9,94	↑ 13,29	↑ 15,64	↓ 10,40	↑ 13,53	12,08
2004	↓ 7,61	↓ 8,87	↑ 12,59	↑ 12,70	↑ 12,14	↓ 8,42	11,01
2005	↓ 9,29	↓ 9,58	↓ 11,08	↑ 14,95	↓ 8,78	↑ 11,37	11,25
2006	↓ 10,24	↓ 9,40	↓ 9,56	↑ 14,53	↓ 11,00	↓ 9,82	11,71
2007	↓ 8,58	↓ 8,77	↑ 13,00	↓ 9,27	↑ 12,06	↑ 11,32	10,63
2008	↓ 6,81	↑ 13,19	↓ 8,27	↑ 12,01	↑ 12,76	↓ 9,82	10,75
2009	↓ 7,56	↑ 9,53	↓ 6,64	↑ 9,98	↑ 12,93	↑ 9,97	9,45
2010	↓ 6,95	↓ 4,85	↓ 9,22	↑ 15,00	↓ 8,76	↑ 14,83	10,62

Fuente: Dirección General de Estadística de la Secretaría General y Sistema Municipal de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad Rosario.

## 5.2 Trabajo Social en la salud pública local

*“...yo no creo que estemos en un callejón sin salida, pero para encontrar la salida es necesario mucha argucia, mucha cautela y sobre todo un fuerte compromiso, no solamente con los usuarios, sino sobre todo con la reproducción de la profesión, o sea con la convicción de que este trabajo vale la pena aunque se exprese en pequeñas y casi siempre diminutas acciones cotidianas” (Netto, 1998:7)*

En congruencia con el sentido que propone la gestión municipal, en relación a la concepción de salud como derecho humano, observamos que estas ideas son reconocidas por todas las profesionales. Reflexionan acerca de cómo su trabajo contribuye a garantizar la salud, en término de derecho. Desde esa concepción analizan los resultados o producto de su trabajo.

Quando veo avances en las intervenciones, ya sea cuando esos problemas con los que la gente venía a buscarme se resolvieron, aparecen quizás otros, pero bueno la gente te devuelve. Cuando se logra que se haga efectivo algún derecho. (Victoria-TS- CS N°1)

<sup>32</sup> Las flechas verdes indican que la tasa de mortalidad del distrito en cuestión es más elevada que la tasa de mortalidad del total de la ciudad para ese año. Las flechas rojas indican que la tasa de mortalidad del distrito es menor que la tasa de mortalidad del total de la ciudad para ese año.

A nivel del trabajo de la atención concreta, la posibilidad de facilitar la accesibilidad, a la información, a los recursos... (Carla-TS-CS N°2)

La garantía del derecho a la salud de la población, la viabilidad de tal derecho, constituye el resultado de un trabajo colectivo, de cada equipo perteneciente a cada efector. Y es resultado también de la participación de la población en la responsabilidad por hacer algo con su salud.

Respecto de la prestación de servicios de salud, reconocen a la red, como capaz de brindar servicios de salud accesibles a la población y buena atención por parte de todos los profesionales del equipo. Sostienen que existen dificultades en la red, pero que presenta una dinámica que permite trabajar y conseguir armar circuitos de salud que respondan a las necesidades de la población. Todas las entrevistadas acuerdan en que, sobre lo que respecta a los servicios de la red de salud y su acceso están presentes y disponibles para la población. Asimismo, en sintonía con la idea de accesibilidad que detallábamos más arriba (ver página 91), las trabajadoras exponen desde su trabajo cotidiano, que hay un nivel de accesibilidad grande a los efectores de salud.

Nosotros hemos podido construir y viabilizar procesos de atención (...) dentro de lo que es el circuito de salud, encontramos el mismo involucramiento con la situación (...) hemos podido construir, y acceder sin dificultad. (Bibiana-TS-CS N°3)

Ahora ya no tenemos que trabajar para que la gente vaya al centro de salud, la gente va al centro de salud todo el tiempo y por cualquier cosa. Quien no sabe que hay un centro de salud? (Estela- ADMINISTRATIVA-CS N° 2)

Cuentan con un número de historias clínicas familiares que viene en aumento. La adscripción a los efectores es notablemente creciente. El efector n° 1 cuenta con 3500, el 2° con 7300 y el 3 con 9500 historia clínicas familiares.

Hay mucha población nueva que llega, que con este tema de organizar la población que se atiende en hospitales, antes a lo mejor había muchos pacientes que no estaban adscriptos al centro de salud, porque tenían su médico de referencia en los hospitales, y ahora se intenta que la gente pase por atención primaria, entonces ahí apareció otra boca de entrada que hizo que crezca también la población adscripta. (Carla-TS-CS N°2)

Respecto a la participación del/de la Trabajador/a Social, en la elaboración del producto, podemos hacer algunas reflexiones. El Asistente Social ejerce una acción educativa, que como objetivo pretende transformar la manera de ver, actuar de los sujetos en su inserción en la sociedad (Iamamoto, 1997). También Netto (1998:2) se refiere al tema



cuando expone que “el Trabajo Social no se legitima exclusivamente, solamente por la materialidad de su quehacer”. El Trabajo Social históricamente se ha legitimado también por su dimensión socio-educativa además de la materialidad.

Como que es una tarea bastante educativa la nuestra, la que uno va a haciendo a través de las entrevistas, el Trabajo Social es fundamental en algunas tareas más educativas, no quiero decir educativas porque se entiende más desde otro... como transmisión de conocimientos, pero no tiene que ver con eso, tiene que ver con esto de emponderar, de que puedan resolver sus problemas.” (Victoria-TS-CS N°1)

Por otro lado, el Trabajo Social dentro de los equipos aporta una mirada global de las situaciones de salud - enfermedad de una familia, de la comunidad. Lo que conlleva a una reflexión permanente en torno a las condiciones sociales, económicas, políticas que generan esas situaciones y esos procesos. En palabras de las Trabajadoras Sociales:

Me parece que el principal aporte del Trabajo Social en un centro de salud tiene que ver con la posibilidad de sumar elementos para enriquecer la mirada de la situación. A veces las situaciones aparecen con una lectura muy fragmentada o reduccionista y me parece que cuando entra en juego el trabajador social con su mirada lo que posibilita en muchos casos es integrar todas las aristas que puede tener una situación (...) después lo interesante es que eso sea un aporte del trabajador social y el equipo lo tome como un modo de mirar donde se incluyan todos estos aspectos. (Bibiana-TS- CS N°3)

Me parece que justamente para poder hacer un aporte al momento de intentar complejizar la lectura de las situaciones (..) nosotros tenemos muchas práctica en esto de historizar, recuperar, de ligar... y tenemos eso de incluir muchos aspectos y eso puede contribuir al abordaje integral de la situación. (...) Tenemos un saber construido a partir del recorrido de estos circuitos institucionales (...) aclararle al otro un circuito institucional, es sumamente aliviador. No sólo al paciente sino al compañero. (Bibiana-TS- CS N°3)

Aquí, retomamos el concepto de ideología que trabajamos en el capítulo cuatro. Karsz (2007) distingue un trabajo en nuestra profesión, principalmente ideológico (intervenimos tomando partido sobre un modo de vivir) y secundariamente paliativo. Entiende que el Trabajo Social no fue creado para resolver los problemas materiales de los sujetos con los que trabaja. “El Trabajo Social interviene según una dominante ideológica, enfatizando todo cuanto los problemas abordados, actualizan en términos de valores, ideales, modelos, representaciones, sentimientos, conductas, etc.” (Karsz, 2007:74). El autor sostiene que el producto de elaboración del Trabajo Social, no son

“los individuos ni los grupos, sino las tendencias ideológicas (esto es maneras de vivir; los afectos, comportamientos e ideales)” .Cuando el autor se refiere a “tomar partido”, es respecto de ciertas maneras de obrar, vivir, disfrutar, sufrir, contra otras maneras, otros estilos, y ello en la medida en que unas y otros se inscriben en el proceso de reproducción de una formación económico- social dada. El autor destaca la importancia de la toma de posición, es decir, el sentido con el que cargamos nuestras elecciones, nuestros compromisos, desde el necesario reconocimiento de la imposible neutralidad. En concordancia con estas ideas, leemos las expresiones de una entrevistada:

El Trabajo Social (...) interviene en la modificación de hábitos, prácticas que tienen que ver con lugares de clase, y cuestiones culturales en donde uno le trata de imponer al otro, por más que respetemos... bueno hay cuestiones sociales que son así y uno muchas veces trabaja sobre eso, sobre hábitos del otro. (Victoria-TS-CS N°1)

Por su parte, Iamamoto (2003:120) sostiene, en relación al trabajo profesional:

Su trabajo se sitúa en el campo político ideológico: el profesional es requerido para ejercer funciones de control social y de reproducción de la ideología dominante con los sectores subalternos, siendo que su campo de trabajo se encuentra atravesado por tensiones e intereses de clases. La posibilidad de reorientar el sentido de sus acciones para rumbos sociales distintos de aquellos esperados por sus empleadores, deriva del propio carácter contradictorio de las relaciones sociales que estructuran la sociedad burguesa.

### **5.3 Sufrimiento en el trabajo**

Emerge en nuestro estudio, un componente en todas las entrevistadas, no sólo de Trabajo Social, asociado a un malestar en el trabajo, una marcada percepción de sobrecarga y agotamiento. En los resultados del trabajo, las profesionales mencionan el sufrimiento.

A veces llegamos a un nivel de alienación. Salimos de acá y perdimos el registro de que día era, donde teníamos que ir, la hora. (Bibiana-TS-CS N°3)

Mediante el trabajo alienado, enajenado, engendra el obrero la relación con el trabajo de un hombre ajeno a él y situado al margen de él. Marx, en *Manuscritos Económicos y Filosóficos de 1844* propone el concepto de alienación:

En primer lugar, en que el trabajo es algo externo al obrero, es decir, algo que no forma parte de su esencia, en que, por tanto, el obrero no se afirma, si no que se niega en su trabajo, no se siente bien, sino a disgusto, no desarrolla sus libres energías físicas y espirituales, sino que mortifica su cuerpo y arruina su

espíritu.(...) el trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo de autosacrificio, de mortificación. (Lagiu, 2008: 30)

Y continúa diciendo que el acto de la enajenación de la actividad práctica humana, del trabajo, tiene dos aspectos:

1) la relación entre el obrero y el producto del trabajo, como objeto ajeno, y dotado de poder sobre él. (...) 2). La relación entre el trabajo y el acto de producción, dentro del trabajo. Esta relación es la que media entre el obrero y su propia actividad, como una actividad ajena que no le pertenece, actividad como pasividad, la fuerza como impotencia (...) la autoenajenación, como (...) la enajenación de la *cosa*". (Lagiu, 2008: 30).

Desde otras lecturas, recurrimos a los aportes de Dejours (1992), que complejizan nuestro estudio. El autor entiende el sufrimiento en la relación entre las condiciones de producción subjetivas y los espacios laborales, en que se produce el develamiento de ciertos síntomas a través de los cuales aparecen modos de sufrimiento que competen al psiquismo de los involucrados. El sufrimiento en el trabajo remite a un equilibrio inestable que no llega a ser enfermedad y que condensa los distintos malestares productos de la situación de trabajo. (Dicapua y otros, 2004:1). La tensión entre el deber ser y la actividad concreta, y cómo entre esa inestabilidad se va forjando el trabajo profesional. En ese movimiento, entre lo prescrito y lo real, Dejours (1998), expone que el trabajo nunca es posible de realizar como queda prescrito por criterios puramente racionales, pues siempre su ejecución implica algún aspecto no sujeto a prescripción. Por lo que el trabajo para Dejours, es la capacidad para resistir ese sufrimiento hasta que se encuentre la solución y dominar lo real. El sufrimiento es eso que pone al sujeto que trabaja a buscar la solución precisamente para emanciparse de ese sufrimiento que persiste. El sufrimiento no es solamente la consecuencia contingente y desgraciada del trabajo. Por lo contrario, el sufrimiento es eso que pone al sujeto que trabaja a buscar la solución precisamente para emanciparse de ese sufrimiento que persiste.

Dessors y Molinier, (1998:12), sostienen que "trabajo es lo que no está dado por la organización teórica del trabajo. Todo lo que los trabajadores inventan para encontrar los mejores compromisos entre lo que deben hacer, lo que es posible hacer, lo que se desearía hacer teniendo en cuenta lo que creen que es justo y bueno".

El malestar que describen las entrevistadas, está relacionado a situaciones cotidianas a las que se enfrentan en sus ámbitos laborales, y ocasionan malestar, sufrimiento, que se les vuelve síntoma en el propio cuerpo. Así como también en relación al producto de su

trabajo, en que parte de ese producto se les vuelve ajeno, no pudiendo encontrarse por momentos en la realización de dicho producto. El trabajo en salud aparece como un trabajo cada vez más alienante.

¿Condiciones en mi actual trabajo? Agobiante (...) al principio me sentía como un león enjaulado. (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N°2)

Y yo lo que estoy viendo en algunos compañeros es mucho malestar en el cuerpo, mucha queja de dolores, dolor de cabeza, de espalda de cintura, y comentarios, “ya tome tanto”, ya también una naturalización del consumo y de aplacar el síntoma que nos está hablando de algo. (Bibiana-TS- CS N°3)

Creo que es el momento con mayor desgaste mental para muchos, situaciones complejas han atravesado siempre, este es un momento de mucho desgaste. (Mariana-Coordinadora Departamento de Trabajo Social)

Y siempre es la chicana que vos tenes que atender, que como,.... Viste? La culpa siempre es del trabajador. (...)Y el desgaste que hay en los trabajadores, tenes que buscar la manera de resguardar tu propia salud. (Sandra-PSICOLOGA-CS N°1)

Hay decisiones políticas y prácticas subjetivantes. En este último tiempo lo que se ha hecho somos recursos, algo más en el engranaje somos lo que es cualquiera en ese sistema. Nosotros habíamos conseguido pararnos como sujetos de derecho, porque era la única manera que vos tenías de parar a ese otro. El eje y el objetivo y el fin de mi trabajo, es este, de que vos te convenzas de que tu salud es un derecho. Que vos sos un sujeto de derecho vivas allá, acá, vivas donde vivas, seas quien seas, porque eso es la salud, eso es lo saludable. Entonces lo que me parece que se ha hecho es tomar decisiones desubjetivantes. (Estela-ADMINISTRATIVA-CS N°2)

El sufrimiento en el trabajo no aparece referenciado en las entrevistadas, a la precariedad de su condición contractual, de su inestabilidad en su puesto laboral, o su situación salarial como aquellas condiciones de trabajo que generan malestar en su trabajo. Sí se refieren a la jornada laboral extensa, que además impide gozar de tiempo de ocio y el ambiente físico deficitario de trabajo, como ya fue descrito en el capítulo tres en detalle. Exponen los reclamos que han realizado frente a sus empleadores y la falta de respuesta que han tenido, en términos de mejorar esas condiciones.

Las Trabajadoras Sociales, expresan situaciones en las que no pueden realizar su trabajo, tal como está prescripto, y se impone un sufrimiento. Como dice Dejours, trabajar, pone en entredicho nuestra identidad. La crisis de identidad es muy grave porque la identidad es el armazón de la salud mental.

En concordancia con el sufrimiento expresado, individualmente por las profesionales, recientemente (2013-2014) el Colegio de Trabajo Social de la 2da Circunscripción de la

provincia de Santa Fe, presentó un documento como colectivo profesional dirigido a la Secretaria de Salud Pública, y a la Coordinación del Departamento de Trabajo Social, con el objetivo de comunicar la preocupación por la situación actual respecto de las condiciones de trabajo en las los/as Trabajadores/as Sociales llevan adelante su intervención profesional en salud. En el que hacen los pedidos y denuncias específicas. Recuperando sus voces, las entrevistadas hacían mención a dificultades en su trabajo, en relación a la articulación con otras instituciones. Denunciaban una falta de claridad en las funciones de todo el entramado institucional, dejándolas en un vacío, en que desconocían concretamente cómo proceder ante situaciones concretas, a quiénes convocar para trabajar. Estas indefiniciones, implican una suma de trabajo y esfuerzo de las profesionales para realizar el trabajo profesional. Valentino (2010: 129) habla de “vacíos funcionales que se llenan con nuestro propio cuerpo, en una polivalencia funcional forzada por la vía de los hechos”. Y esto, sigue la autora, “es la contracara de la disolución de responsabilidad de los múltiples eslabones jerárquicos anteriores y/o superiores del sistema y forma parte de la carga mental de este trabajo”. (Valentino, 2010:130)

Frente a la falta de política pública en relación a otras problemáticas, a la falta de presencia, de instancias del estado que tienen responsabilidad de resolver algo de esos atravesamientos que entran en ese concepto amplio de salud; hay compañeros que están deteriorados. (Bibiana-TS-CS N°3)

Hay ineficacia e ineficiencia en la gestión próxima y en el organigrama, que eso hace mucho malestar, (...) porque después es depender de la voluntad. (Carla-TS-CS N°2)

Muy a menudo desde lugares de gestión, se hace más hincapié en el compromiso del Trabajo Social, que en su condición de asalariado. Como si el trabajo dependiera de voluntades individuales. Destacar el compromiso, a nuestro entender, en este contexto, implica reconocer, la “contradictoria y selectiva intervención estatal” y el peso de esto, en parte, sobre los/as trabajadores/as. Esas intermitencias de las intervenciones estatales, se cristalizan en las Trabajadoras Sociales, bajo el sentimiento de soledad, produciendo, malestar en el trabajo. Soledad, que refiere a no encontrar otros sectores de la política pública, además de la salud, presentes en los territorios para abordar situaciones, que contengan las complejidades sociales existentes. Aquí, nos detenemos en las reflexiones. Las preguntas que nos hacemos son varias. ¿Es el profesional de Trabajo Social el que debe asumir el “vacío institucional”? ¿Se sufre por no poder asumirlo todo? Si por las incumbencias profesionales, el abordaje de situaciones como las que

aparecen cotidianamente en los centros de salud son parte de su responsabilidad profesional, ¿Provoca malestar no cumplir con lo prescrito, mediado por el deseo del cómo “debería ser”? ¿Genera sufrimiento no contar con los medios necesarios y suficientes para el trabajo? ¿Entre los diversos actores que participan en la intervención, cuánto peso se le asigna al profesional en la problemática? ¿Y al sujeto involucrado en la situación? ¿De qué responsabilidades “se hace cargo” el profesional?

Karsz, contribuye en este sentido y señala la diferencia entre hacerse cargo y tomar en cuenta.

La toma a cargo concierne a casos, es decir, a lo que, por definición, le sucede al otro. Puede suceder que el usuario no se sienta involucrado, no esté convencido de que el caso de quien se habla le atañe personalmente (...) abandonar ese marco consiste en admitir que existe un sujeto, un sujeto socio-deseante que no puede ser objeto de una toma a cargo, pero que puede ser acompañado a lo largo de una toma en consideración, de una toma en cuenta. (Karsz, 2007:183-184)

En sintonía con estas ideas, leemos en la coordinadora del departamento de Trabajo Social:

Hay un mandato, que lo tenemos nosotros, que consta de resolver y bueno si no lo hago yo, sino lo hace otro lo tengo que hacer yo. (Mariana-Coordinadora Departamento Trabajo Social)

No obstante, una de las entrevistadas señala una idea que intenta develar ese mandato, permitiendo salirse de él.

Con la tranquilidad que no todo podemos resolver porque a veces uno sale porque agenda demanda, pero bueno, uno también puede trabajar como uno se para frente a la demanda, como se para frente al otro sujeto. (Bibiana-TS-CS N°3)

No quiere decir que nosotros podemos resolver todo, el sujeto viene con todos esos atravesamientos, aparte de que es un cuerpo que enferma, y es un cuerpo que a veces enferma por todos esos atravesamientos. Entonces hay un cuerpo que enferma hay un sujeto, una subjetividad, una historia. (Bibiana-TS-CS N°3)

Al hacerse cargo, el sufrimiento se vuelve personal y tiene consecuencias sobre su autoestima y frustración. Por el contrario, al tomar en cuenta, también nos cuidamos y compartimos la tarea y compartir es repartir las responsabilidades.

En ese mismo sentido, merecen ser incorporadas las palabras de Laura Camargo Macruz

Feuerwerker<sup>33</sup>. “Los trabajadores de la salud pensamos que a partir del momento en que un usuario llega al servicio de salud, está dispuesto a abrir mano de su capacidad de gobernar su vida y va a organizarla a partir de nuestras recomendaciones. No es verdad.” Y agrega, “hay que enfrentar eso y lograr que organicemos el trabajo en los servicios y en la dinámica de los equipos incluyendo al usuario como parte activa de la construcción de los proyectos terapéuticos.”<sup>34</sup>

Otro punto importante en el sufrimiento, está relacionado con el trabajo en la emergencia. Que aparece como una particularidad en el Trabajo Social. Las entrevistadas expresaban cómo la urgencia se constituía en un modo de organización de su trabajo. “Este modo de funcionamiento les exige un plus de energía psíquica y física para responder a lo inesperado (versus planificación) y la incertidumbre (versus sentido de futuro) dando lugar a las *defensas colectivas de oficio* (Dejours, 1992:82 ) para hacer frente a la angustia que produce este tipo de situaciones.”(Valentino, 2010:128).

Cada uno sobrevive esto de la manera que puede, algunos más sobrecargados y otros más aliviados, algunos más responsables de la población y otros menos hasta como una estrategia de sobrevivencia creo en estos lugares. (Bibiana-TS-CS N°3)

Trabajar tantos años en el Estado nos ha enseñado que nadie nos cuida, está bueno estar atentos, cuidarnos uno, cuidarnos entre los compañeros. Porque después hablamos mucho del sujeto, del sujeto paciente, del sujeto es el pobre estructural, y el sujeto también es uno y el compañero. Cómo podemos pensar en el cuidado hacia otro si no podemos cuidarnos entre nosotros. (Bibiana-TS-CS N°3)

Aquello que “ya debe ser resuelto”, con el agravamiento de la complejidad que traen las problemáticas y “su resolución en lo urgente”, genera sufrimiento, aunque ya se sabe desde un comienzo que no será resuelto inmediatamente, ni un subsidio, ni una situación de violencia, ni la incorporación a un circuito de atención a una persona con adicciones. La pregunta que aquí nos hacemos, es ¿todo lo que llega a Trabajo Social es urgente? Es ese saber, de que no podrá ser resuelto en ese mismo momento, el que genera impotencia o ansiedad para sostener el proceso que implica la intervención. Aquí aparece otra idea importante que es la omnipotencia, asociado a mandatos propios de la

---

<sup>33</sup> Médica. Doctora en Salud Colectiva, profesora adjunta del Instituto de Salud de la Comunidad de la Universidad Federal Fluminense. Profesora colaboradora de la línea de Micropolítica y Trabajo en Salud del Postgrado de Clínica Médica de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil.

<sup>34</sup> Conferencia “Problematización, equipos e interdisciplina” a cargo de la Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker, realizada en el 2º Congreso provincial de Salud Pública. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 2011.

profesión. Cazzaniga (2009) sostiene existe una tendencia que asumimos los/as Trabajadores/as Sociales: la omnipotencia que rápidamente puede convertirse en impotencia.

A veces uno escucha a Trabajadores Sociales no estar de acuerdo con algunas cosas que hace y se justifica diciendo y bueno lo que pasa es que si no lo hago yo no lo hace nadie... y no sé si tenemos que subestimar tanto a las personas en primer lugar, no sé si otro no lo hace, no si somos nosotros los que mejor trabajamos. (Mariana-Coordinadora Departamento Trabajo Social)

...con lo complejo que es, qué podemos hacer nosotros y qué se puede hacer con esa persona también... Entonces cómo plantear pequeños objetivos de trabajo y avanzar sobre eso sabiendo que aun siendo de salud no vamos a avanzar sobre todos los aspectos, se darán algunos movimientos que van a posibilitar otros. (Carla- TS-CS N°2)

...Nos tiene dar satisfacción al equipo y a la propia disciplina también, después los pequeños movimientos que se pueden dar en situaciones particulares, no todos los profesionales ven esos movimientos que a veces son como imperceptibles, pero que si no los valoramos nos llenamos de impotencia... (Bibiana-TS-CS N°3)

En todo trabajo hay sufrimiento. Lo que no está determinado *a priori*, es el destino de ese sufrimiento. Puede ser transformado en placer y en autorrealización o por el contrario, puede empujar hacia la descompensación.

En términos de Dejours, en todo trabajo se espera una retribución, sea ésta material (el sueldo, por ejemplo) o simbólica. Es decir, eso que las personas esperan a cambio de su compromiso y su sufrimiento, es una retribución moral, que toma una forma precisa: reconocimiento, el reconocimiento en el trabajo. Lo que permite a quien trabaja transformar su sufrimiento en crecimiento de su identidad.

Placer y sufrimiento en el trabajo están asociados para el autor a determinadas organizaciones del trabajo. El placer del trabajador en su acto laboral surgirá cuando el ámbito de trabajo se constituya en un medio adecuado para escenificar su deseo.

He aquí que podemos mencionar diversos factores condicionantes que explican la percepción de sobrecarga y desgaste. Uno de ellos alude a la cantidad y complejidad de las situaciones abordadas desde los Centros de Salud. Asimismo, vemos cómo el malestar se va construyendo en torno a la ausencia de respuesta de las instituciones frente a los reclamos para mejorar las condiciones laborales, una organización del trabajo dificultada por la gran cantidad de demanda, la falta de espacio físico e íntimo



para trabajar con la población y la mala distribución de estos espacios. Pero también lo configuran el resto de los elementos analizados, como el mandato profesional, la intermitencia estatal, los vacíos asumidos, la intervención en relación a lo urgente, la dinámica compleja del entramado territorial. Lo justo y lo injusto en Trabajo Social, son cuestiones que preocupan a los/las Trabajadores/as Sociales, y resistir a esas injusticias en el trabajo cotidiano, genera sufrimiento.

## CONCLUSIONES

*“Es importantísimo rescatar la humanidad de nosotros mismos, que se va desgastando en ese proceso junto a la humanidad de los que pueden ser rescatados. Pero lo que más me preocupa es que ustedes puedan recuperar la resubjetivación, que no se conviertan en máquinas de aplicar o trasgredir la ley, sino en seres humanos que puedan disfrutar de su trabajo y volver a confiar en que va a servir para algo” (Bleichmar, 2008:178)*

Este trabajo tuvo como propósito debatir sobre la inserción del Trabajo Social en el campo de la salud pública local, ofreciendo elementos de relectura del ejercicio profesional a partir del estudio de procesos de trabajo en los cuales se insertan los/as Trabajadores/as Sociales. Buscó como objetivo general explorar las particularidades de los procesos de trabajo en los que se insertan las Trabajadoras Sociales de tres centros de salud del Distrito Noroeste de nuestra ciudad: Débora Ferrandini, Dr. Roque Coulin y Juna Azurduy. La intención de profundizar en el conocimiento de los procesos de trabajo en los que se inscriben los/as Trabajadores/as Sociales, responde a comprender el trabajo profesional desde una perspectiva crítica desde la que se entiende a la profesión, históricamente situada, configurada como un tipo de especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo. (Iamamoto, 2003).

Esta discusión sobre los procesos de trabajo “...genera importantes interrogantes que ayudan a pensar, a ampliar la autoconciencia de los profesionales con relación a su trabajo (...) parece ser un camino fértil para enriquecer el debate sobre el ejercicio profesional”. (Iamamoto, 2003:90).

Asumimos también el desafío de estudiar una temática que presenta escasa investigación empírica en nuestro colectivo profesional. Al decir de Teresa Matus (2006) buscamos contribuir en la tarea de la urgencia política del concepto para renovar nuestras prácticas sociales y que sirva como antecedente para futuras investigaciones que amplíen la mirada en esta materia desde sus múltiples aristas y dimensiones.

El proceso de trabajo es para Marx (2004) la relación de los hombres entre sí y la naturaleza, es la producción de valores de uso llevada a cabo por la actividad del hombre. Los procesos de trabajo presentan cuatro componentes: la propia actividad (trabajo vivo), los medios de trabajo, la materia prima y el producto. La concepción que asumimos de procesos de trabajo, en tanto procesos insertos en procesos sociales más amplios, supera la mirada de fragmentación de la realidad y recupera su comprensión en tanto totalidad compleja. De ahí, que los componentes de los procesos de trabajo sean comprendidos como totalidad. La decisión de abordarlos a lo largo de todo el trabajo, en diversos capítulos a cada uno de ellos, radicó en una razón analítica, para una lectura, estudio y comprensión lo más clara y fluida posible.

Es aquí, en la exposición de nuestras conclusiones, el momento que completa nuestra dialéctica, articulando las múltiples determinaciones, y los “elementos simples” a los que fuimos aproximándonos a lo largo del trabajo, permitiéndonos arribar a un nuevo punto de partida.

Nuestra postura aproximativa nos permitió entender al Trabajo Social como trabajo, e identificar las particularidades de los procesos de trabajo bajo estudio. No son procesos de trabajo propios del Trabajo Social, sino que son procesos de trabajo en centros de salud de la red pública municipal, en los que se inscriben las profesionales. El trabajo en salud tiene sus particularidades. Son tres procesos de trabajo diferentes, aunque presentan elementos comunes.

El sub-sistema público de salud es concebido como red de servicios, comprendida por tres niveles de complejidad que sustenta la Atención Primaria de la Salud como estrategia. Así el centro de salud es pensado como el primer nivel de atención dentro de la red, concebido como eje del sistema. En el marco de la política de salud pública, las

profesionales insertas en los procesos de trabajo, reconocen los avances, y al mismo tiempo plantean contrariedades sobre las orientaciones e intervenciones en materia de salud, que inciden y re-definen su ejercicio profesional. Asimismo, problematizan el escenario social sobre el que se desenvuelven y los medios de trabajo que disponen para su ejercicio profesional en la actualidad.

Las Trabajadoras Sociales ingresaron a trabajar a los efectores de salud a través de concursos que dispuso la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. Trabajan 36 horas semanales y se encuentran en planta permanente. Hoy día, las profesionales de Trabajo Social, como profesionales de la salud, obtienen una de las mejores y más altas retribuciones salariales en el ámbito socio ocupacional estatal. Desarrollan su intervención en instituciones de salud, que implementan políticas y servicios sociales que abordan sólo las problemáticas, que estas instituciones reconocen como legítimas y susceptibles de intervención. Como expone Netto (1997) la intervención estatal sobre la ‘cuestión social’ se realiza, fragmentándola y parcializándola. Hallamos que las expresiones de la cuestión social adquieren distintas apariencias en nuestra coyuntura, marcando un corrimiento en la agenda estatal, en la configuración de la “materia solvente” (Karsz, 2007), volviéndose imperativo redefinir las intervenciones en el sector salud. Estos escenarios, ofrecen nuevos desafíos en el campo, y para el Trabajo Social, como la violencia, las problemáticas de salud vinculadas a condiciones ambientales, y de saneamiento básico deficitarias.

Las contradicciones capital-trabajo, se expresan en nuestra ciudad, entre una coyuntura económica en crecimiento y una realidad social cada vez más compleja y sumamente desigual. Vemos una ciudad con territorios signados de violencia, muertes de jóvenes captados por redes de narcotráfico, población que no tiene acceso a los servicios públicos básicos, como agua, luz, recolección de residuos, precariedad habitacional, trabajos en la informalidad. Mientras que otros territorios de la ciudad muestran el espectáculo del dinero a través de grandes emprendimientos inmobiliarios con complejos habitaciones de lujo en zonas que se hipervalorizan inmobiliariamente. Es decir, al mismo tiempo crecen zonas que muestran la concentración de la riqueza. Las desigualdades sociales existentes, reconfiguran el escenario de intervención de las Trabajadoras Sociales, teniendo como resultado el advenimiento de una creciente cantidad de demandas que llegan a los centros de salud, en sus más diversas manifestaciones. Las profesionales, intervienen en problemáticas de violencia, desempleo y dificultades en los ingresos socio económicos familiares, consumo de

sustancias, dificultades en el acceso a servicios y/o políticas públicas, problemas relacionados con la situación legal y/o jurídica de los sujetos, problemas en la crianza de los niños/as, maltrato infantil, abuso de niños/as, violencia de género. Si bien hay un esfuerzo en las entrevistadas por aprehender las expresiones de la cuestión social, notamos que las definiciones a las que llegan las entrevistadas, son más bien generales, es decir, que no leemos en sus entrevistas, situaciones concretas, de cómo sujetos y familias con quienes están trabajando viven y atraviesan hoy esas problemáticas.

Frente a las crecientes demandas, en número, y complejidad, las entrevistadas plantean dificultades a la hora de llevar adelante su ejercicio profesional, existiendo una tensión entre lo prescripto y lo real en el trabajo en salud. Exponen que las directrices político-sanitarias, que supone el trabajo cotidiano en los efectores de salud, parece plantear algunas dificultades que preocupan a los equipos, en términos de poner en tensión los mismos principios rectores que se intentan sostener, y las prácticas que actualmente tienen lugar en el ámbito de salud. Entre las propuestas de trabajo en salud, se sostienen: organización del proceso de trabajo-atención sustentada en los equipos de referencia, de apoyo matricial, población adscripta a los centros de salud, un trabajo intersectorial, clínica ampliada. Las entrevistadas explican que es una contradicción concebir desde un marco amplio a la salud y en esto a los sujetos, y llevar adelante un trabajo meramente clínico-médico de los sujetos en los efectores. Analizan que se convierte en un trabajo que recae solo en lo biológico, en el cuerpo que enferma, y requiere atención médica, anulando el resto de las dimensiones de un concepto amplio de salud, y devaluando el trabajo de las diversas disciplinas que trabajan en la garantía de este derecho. Asimismo, expresan que no aparece clara la figura de lo matricial, sobre la que está organizada la atención del trabajo. Exponen que frecuentemente se recurre a Trabajo Social, en términos de derivación y no de construcción de proyecto terapéutico. Explican que las delimitaciones de las zonas de referencia de cada efector, se sostienen para evitar que se superpongan poblaciones y sobreintervenciones de los equipos, y que la relación entre los equipos y la población sea acorde al número de profesionales y las necesidades de ésta última. Sin embargo, registran la superposición de población. Y la gran cantidad de históricas clínicas familiares que los centros poseen, supera la capacidad resolutoria de los equipos.

En la tensión planteada por las entrevistadas, entre lo real y lo prescripto, vemos cómo se configura el propio trabajo. Notamos que no realizan una crítica a lo prescripto, en términos de sus tareas. Sino que lo que produce la denuncia es no poder cumplir con las

tareas asignadas, tal como aparecen asignadas. No emerge en las entrevistas la crítica a la realización de tareas de gestión de DNI desde un centro de salud, por una Trabajadora Social. Muchas ponen en discusión fundamentalmente la entrega de leche, y la búsqueda de los pacientes cuando estos no recurren a sus atenciones con los diversos servicios, pero no así otras actividades. Es importante recuperar aquí, a Dessors y Molinier, (1998:12), quienes sostienen que “trabajo es lo que no está dado por la organización teórica del trabajo. Todo lo que los trabajadores inventan para encontrar los mejores compromisos entre lo que deben hacer, lo que es posible hacer, lo que se desearía hacer teniendo en cuenta lo que creen que es justo y bueno”.

Entre las tareas- que Dejours (1998), denomina bajo el nombre de prescriptas- que el Estado como empleador, le asigna al Trabajador Social, encontramos que el Trabajo Social, trabaja en un equipo, como apoyo matricial en el que debe trabajar junto a otros, profesionales y sujetos en la elaboración de un proyecto terapéutico trabajando en la garantía del derecho a la salud. Al mismo tiempo, como profesión, debe realizar tareas de asesoramiento, gestión, investigación, abordajes de situaciones, articulación entre instituciones de diversos sectores estatales.

La condición de trabajador/a asalariado/a, según Iamamoto (2003) no solamente encuadra al/ a la Trabajador/a Social en la relación salarial, sino que también moldea su inserción socio-institucional en la sociedad. No obstante, a pesar de que la institución organiza el proceso de trabajo, ésta no puede ser pensada como un obstáculo en el trabajo, que limita la acción profesional, por el contrario allí está el desafío de imprimir el norte en el propio trabajo. La autonomía refiere a la forma de conducir sus acciones junto a quienes trabaja, “lo que requiere el compromiso con valores y principios éticos para nortear la acción profesional explicitados en el código de ética.” (Iamamoto, 2003:118). Dentro del marco organizativo de los procesos de trabajo en salud, el trabajo profesional en los centros de salud, está organizado entorno a ejes comunes, como proponer días de atención fijos en los centros de salud, ya que su trabajo implica circular por otros espacios por fuera de la institución. Encontramos también que los procesos de trabajo en los que se insertan las Trabajadoras Sociales, son flexibles, como contraposición a lo estructurado. El trabajo profesional está lejos de ser rutinario. Las actividades profesionales, vemos en los diferentes procesos de trabajo, respetando cada una su efector de trabajo, se circunscriben en torno a actividades comunes. Entre las que nombran, se halla la gestión de recursos, asesoramiento, acompañamiento, trabajo de coordinación, realización de entrevistas, informes, visitas domiciliarias. Algunas ponen

más énfasis en unas que en otras actividades como primordiales, y ahí se van visualizando las particularidades de la propia actividad en los diversos procesos de trabajo. Algunas sostienen que la asistencia es la actividad principal, mientras otras realizan fuertes tareas en torno a la promoción y prevención de la salud, siendo prioritario la relación con el territorio y los recorridos de los equipos por fuera del centro de salud. El hecho de que algunas orienten su trabajo hacia horizontes reivindicativos, otras con tendencia asistencialista, otras trabajen más la planificación y el trabajo a metas de largo plazo, otras sobre la urgencia, tiene que ver con el grado de autonomía del que disponen. Autonomía que no está dada, no es natural, sino que es una construcción enraizada en lo colectivo y anclada en la contradicción. Siendo ésta última fundamento y condición de posibilidad para el re direccionamiento del ejercicio profesional, hacia horizontes emancipatorios de la clase subalterna - o hacia fines conservadores-. Autonomía, concretizada en los espacios institucionales en los que se inscriben los/las profesionales. Tal como expone Iamamoto (2003), en los límites de las condiciones impuestas por el órgano empleador, se materializa la autonomía relativa.

Observamos que los abordajes son principalmente individuales o con el grupo familiar primario. Favoreciendo así a lógicas de trabajo más individuales. El trabajo con la comunidad, aparece fuertemente sólo en uno de los procesos de trabajo, que corresponde al centro de salud Juana Azurduy. La planificación de intervenciones aparece más dificultosa, por la vorágine cotidiana de la vida de los centros de salud. Las entrevistadas exponen que las urgencias son un eje de organización en el trabajo. Lo urgente, como emergencia irrumpe con contenido sustantivo, constituyéndose en prioridad al momento de intervenir. Al pensar en clave de lo urgente, como aquello inaplazable, estimamos, se borran algunos elementos importantes de las intervenciones y se dificultan otros horizontes y proyectos de más largo plazo en el tiempo. “Aquí subyace un desdoblamiento del conservadurismo: el corto-plazo, lo local y singular y lo inmediato, hipotecando y dejando en segundo plano cualquier estrategia que tenga un horizonte de largo-alcance, universal y mediato. El conservadurismo aquí asume el nuevo ropaje postmoderno.” (Montaño, 2007: 12).

Otra característica del trabajo profesional, radica en el trabajo intedisciplinario. Manifiestan que presentan obstáculos para el ejercicio de la interdisciplina en su trabajo cotidiano. Exponen que el escaso tiempo para juntarse entre los distintos profesionales y la gran demanda espontánea en los efectores, impide concretar los espacios interdisciplinarios. Las profesionales establecen charlas ocasionales, en el pasillo

cuando no hay demasiada gente circulando por los efectores, para discutir sobre alguna situación. De igual modo, subyace, aunque paradójicamente, la formación profesional, como dificultad para la interdisciplina. Se ve cómo la dificultad de renunciar al saber-poder disciplinario resulta ser un obstáculo para el trabajo con otras disciplinas. Se reconoce por un lado, la importancia fundamental de trabajar colectiva e interdisciplinariamente en la construcción de proyectos terapéuticos en los procesos de salud-enfermedad, superando la mirada disciplinar. Mientras que por otro lado, las diversas formaciones profesionales – medicina, psicología, trabajo social, enfermería- se exponen como limitantes en el trabajo. Es decir, la comprensión de las problemáticas se fragmentan, y su abordaje también. La disputa por el “fragmento” de las situaciones que cada disciplina es susceptible de abordar, termina fragmentándola, en tanto totalidad compleja, y recortándola en su abordaje, trabajando en términos de derivación más que de construcción interdisciplinaria.

En el marco de las tensiones entre lo prescripto y lo real de su trabajo, se problematizan los medios de los que disponen para el ejercicio profesional. En el proceso de trabajo, se requieren medios de trabajo, para que la actividad sea efectivamente efectuada. Los/as Trabajadores/es Sociales, “dependen de recursos previstos en los programas y proyectos de la institución que lo requisita y lo contrata, por medio de los cuales es ejercido ese trabajo especializado.” (Iamamoto, 2003:81). Y aquí se identifican particularidades claves en la línea de nuestras reflexiones. Trabajan con medios que disponen en la red de salud, en sus distintos niveles, como de otros programas que no pertenecen al área salud y que provienen tanto del ámbito municipal, provincial y nacional. Mencionan el “Volver a la Escuela”, la Tarjeta de Ciudadanía, Ayudas Económicas Urgentes, Subsidios por única vez, Teléfono Verde, Asignación Universal por Hijo. También mencionan legislaciones en relación a salud mental, niñez, discapacidad, violencia de género, como las principales con las que trabajan. Otro medio de trabajo, lo constituyen las legislaciones. Sin embargo, plantean que esas legislaciones aunque progresistas en sus discursos, no encuentran los dispositivos a nivel territorial que aborden las problemáticas referidas a la salud mental, niñez, violencia.

Las modificaciones de los marcos normativos, como la ley 26.061 de protección integral de la infancia, la nueva ley de salud mental, por solo nombrar algunas de las importantes reformas legislativas, son claros avances en tanto mejoran el reconocimiento de derechos de las poblaciones, dejándonos el desafío de construir una estatalidad que pueda efectivizar derechos, que logre fundar nuevas formas de relación

con nuestros problemas. (Arias, 2014)

Hoy existe una fuerte (pre)ocupación en torno a cómo abordar las problemáticas más complejas, reorganizando las estrategias, y los recursos. Manifiestan que sienten una “soledad” en el territorio, principalmente relacionada con la intersectorialidad. Las Trabajadoras Sociales, se inserta en los procesos de salud, en el marco de las ideas de intersectorialidad que guía la política de salud, situándose como trabajadoras que articulan necesariamente con los diversos niveles de la red y las demás políticas sectoriales. No obstante, expresan que los centros de salud son las instituciones que permanecen abiertas la mayor cantidad de tiempo durante el día. Son sino la única institución anclada en el territorio, la principal. Definen una ausencia del Estado en el territorio, en tanto no hallan otras políticas sociales que estén operando en los territorios, materializadas éstas en las instituciones, diferentes a las de la red de salud. Exponen cómo otros sectores de la política social han sufrido cierta retracción de la atención a la demanda, y hoy no se encuentran en los territorios capaces de abordar situaciones problemáticas complejas. Principalmente refieren al campo de niñez, juventud, y problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Es decir, preocupa la intervención de estas problemáticas que trascienden el abordaje de un solo sector de la política, interpelando de alguna forma la fragmentación bajo las cuales son abordadas las manifestaciones de la cuestión social desde las instituciones, argumentando que no hay otras instituciones que incorporen los recursos necesarios para el abordaje de esas situaciones. Las problemáticas que definen como complejas, son quizás las que más preocupan, porque son las más difíciles de “trasformar”. Y no necesariamente son las más frecuentes, como sí lo son las gestiones de DNI, por ejemplo. Asimismo, refieren a la falta de coordinación y articulación entre las instituciones que sí están presentes en el territorio. Denuncian una falta de claridad en las funciones de todo el entramado institucional, dejándolas en un vacío, en que desconocen concretamente cómo proceder ante situaciones concretas, a quiénes convocar para trabajar. Estas indefiniciones, implican una suma de trabajo y esfuerzo de las profesionales para realizar el trabajo profesional. Valentino (2010: 129) habla de “vacíos funcionales que se llenan con nuestro propio cuerpo, en una polivalencia funcional forzada por la vía de los hechos”. Y esto, sigue la autora, “es la contracara de la disolución de responsabilidad de los múltiples eslabones jerárquicos anteriores y/o superiores del sistema y forma parte de la carga mental de este trabajo”. (Valentino, 2010:130). Podríamos entender estos procesos recuperando los aportes que Auyero y



Berti (2013:122) realizan, en relación a la particularidad del Estado. Lo definen como “intermitente, selectivo y contradictorio”. Es un Estado, que se encuentra en el barrio, pero cuyas expresiones son intermitentes, con dinámicas contradictorias e insuficientes. Es decir, no podemos hablar de ausencia, tal como aparece enunciada por las entrevistadas, sino de esta forma particular de presencia-ausencia del Estado. Podemos pensar estas manifestaciones resumidas en una idea que trabajan en su obra Auyero y Berti, cuando exponen que el Estado reprime una criminalidad en la que también participa.

Esas intermitencias y dinámicas de las intervenciones estatales, se cristalizan en las Trabajadoras Sociales, produciendo, malestar en el trabajo. La pregunta que nos hacemos es: ¿Es el profesional del Trabajo Social el que debe asumir los “vacíos institucionales”? ¿De qué manera se inscriben en el ejercicio profesional de las trabajadoras los mandatos de nuestra profesión? Aquí aparece otra idea importante que es la omnipotencia, asociado a mandatos propios de la profesión: “hay que resolver todo lo que llega”, “si no hay nadie que lo haga, lo tengo que hacer yo”. Cazzaniga (2009) sostiene existe una tendencia que asumimos los/las Trabajadores/as Sociales: la omnipotencia que rápidamente puede convertirse en impotencia.

Otro punto importante en tanto particularidad del Trabajo Social, está relacionado con el trabajo en la emergencia. Las entrevistadas expresaban cómo la urgencia se constituía en un modo de organización de su trabajo. “Este modo de funcionamiento les exige un plus de energía psíquica y física para responder a lo inesperado (versus planificación) y la incertidumbre (versus sentido de futuro) dando lugar a las *defensas colectivas de oficio* (Dejours, 1992:82 ) para hacer frente a la angustia que produce este tipo de situaciones.”(Valentino, 2010:128). Se constituye en imperativo, preguntarnos, ¿Todo lo que llega al Trabajo Social es urgente? Cazzaniga (2009:1) nos ayuda en la lectura, y expresa que “lo urgente es lo imprevisto e inesperado, y para Trabajo Social las situaciones que atendemos no son inesperadas, excepto algunas cuestiones particulares”. El trabajo en salud aparece como un trabajo cada vez más alienante. Las entrevistadas describen un malestar relacionado a situaciones cotidianas a las que se enfrentan en sus ámbitos laborales, y ocasionan malestar, sufrimiento, que se les vuelve síntoma en el propio cuerpo. Así como también en relación al producto de su trabajo, en que parte de ese producto se les vuelve ajeno, no pudiendo encontrarse por momentos en la realización de dicho producto.

De acuerdo a las producciones del propio Marx, así como el trabajo es actividad

creadora de valor, en las sociedades capitalismo el trabajo también es alienación. En el proceso del trabajo, el hombre vive su actividad como algo que no le pertenece. El trabajo se vive como algo exterior y forzado. El trabajador ya no se afirma en su trabajo, sino que se niega, y pasa a ser únicamente un medio de subsistencia. No hay autorrealización. (Marx, 2008). Alienarse, significa perder el sentido y el significado de lo que hacemos, significa que no hay identidad con el equipo, que no se generan vínculos, y que se anula la capacidad de pensar en eso que hacemos todos los días. Podemos mencionar diversos factores condicionantes que explican la percepción de sobrecarga y desgaste. Uno de ellos alude a la cantidad y complejidad de las situaciones abordadas desde los Centros de Salud. Asimismo, vemos cómo el malestar se va construyendo en torno a la ausencia de respuesta de las instituciones frente a los reclamos para mejorar las condiciones laborales, una organización del trabajo dificultada por la gran cantidad de demanda, la falta de espacio físico e íntimo para trabajar con la población y la mala distribución de estos espacios. Pero también lo configuran el resto de los elementos analizados, como el mandato profesional, la intermitencia estatal, los vacíos asumidos, la intervención en relación a lo urgente, la dinámica compleja del entramado territorial. Lo justo y lo injusto en Trabajo Social, son cuestiones que preocupan a los Trabajadores Sociales, y resistir a esas injusticias en el trabajo cotidiano, genera sufrimiento. En todo trabajo hay sufrimiento. Lo que no está determinado a priori, es el destino de ese sufrimiento. Puede ser transformado en placer y en autorrealización o por el contrario, puede empujar hacia la descompensación.

El Trabajo Social, como trabajo improductivo, interviene en situaciones que afectan las condiciones concretas en las que viven los sujetos, interviene en prestaciones de servicios públicos, de educación, afectando hábitos, prácticas sociales de los individuos. El Trabajo Social, como especialización del trabajo colectivo, se halla situado en la prestación de servicios sociales en un sector de la política social determinado, el de la salud, en nuestro estudio. Las Trabajadoras Sociales sostienen que existen dificultades en la red de salud, pero que presenta una dinámica que permite trabajar y conseguir armar circuitos de salud que respondan a las necesidades de la población. Todas las entrevistadas acuerdan en que, sobre lo que respecta a los servicios de la red de salud, más allá de las dificultades dentro del circuito, los servicios de salud y su acceso están presentes y disponibles para la población. Hay un nivel de accesibilidad grande a los efectores de salud. Cuentan con un número de historias clínicas familiares que viene en aumento, en términos de adscripción a los efectores.

La garantía del derecho a la salud de la población, constituye el resultado de un trabajo colectivo, de cada equipo de trabajo, de los diferentes procesos de trabajo. Y es resultado también de la participación de la población en la responsabilidad por hacer algo con su salud. El Trabajo Social dentro de los equipos aporta una mirada global de las situaciones de salud - enfermedad de una familia, de la comunidad. Lo que conlleva a una reflexión permanente en torno a las condiciones sociales, económicas, políticas que generan esas situaciones y esos procesos.

El Asistente Social ejerce una acción educativa que como objetivo pretende transformar la manera de ver, actuar de los sujetos en su inserción en la sociedad. He aquí que recuperamos el concepto de ideología de Karsz (2007). El autor sostiene que el producto de elaboración del Trabajo Social, no son “los individuos ni los grupos, sino las tendencias ideológicas (esto es maneras de vivir; los afectos, comportamientos e ideales)” (Karsz, 2007:74) El autor destaca la importancia de la toma de posición, es decir, el sentido con el que cargamos nuestras elecciones, nuestros compromisos, desde el necesario reconocimiento de la imposible neutralidad. Si bien no es posible divorciarnos por completo de la ideología, si podemos analizar como ella se materializa en nuestras prácticas profesionales, desde nuestros propios ideales, representaciones, fantasmas, miedos e historias personales. Por su parte Yamamoto, expone que:

El profesional es requerido para ejercer funciones de control social y de reproducción de la ideología dominante con los sectores subalternos, siendo que su campo de trabajo se encuentra atravesado por tensiones e intereses de clases. La posibilidad de reorientar el sentido de sus acciones para rumbos sociales distintos de aquellos esperados por sus empleadores, deriva del propio carácter contradictorio de las relaciones sociales que estructuran la sociedad burguesa. (Yamamoto, 2003: 120)

Develar los interrogantes que guiaron nuestro trabajo, implicó inmiscuirnos en los procesos de trabajo en los que se inscriben las Trabajadoras Sociales, con el objeto no sólo de responder a los objetivos, sino también de volver consciente la condición de trabajadores/as asalariados/as, situados en una coyuntura local con sus particularidades, e incentivar con esto a romper estructuras conservadoras de análisis de nuestra profesión pero fundamentalmente de la realidad social en las que nos toca vivir e intervenir, reconociendo las potencialidades profesionales ante los nuevos desafíos que debe asumir el ejercicio profesional. Es decir, que aun reconociendo la condición de asalariados que asumimos en nuestra sociedad, atravesados por las contradicciones capital-trabajo, tenemos la posibilidad de ser profesionales críticos. Las posibilidades de

transformación están en el propio movimiento de lo real. Y para las transformaciones, es imperativo el trabajo teórico y político en nuestra profesión, la capacidad de articular lo singular, particular y lo general.

El trabajo en el ámbito de la salud pública local, se enfrenta a grandes retos para lo que es necesario apropiarnos de las nuevas posibilidades en el mercado de trabajo profesional, y que requiere de conocer las exigencias de un profesional “calificado que refuerce y amplíe su competencia técnica, no solamente a nivel de la ejecución, sino que piense analice, investigue y descifre la realidad” (Iamamoto, 2003:66). Hoy no podemos pensar que sólo mejorando la calidad y la atención de los servicios en salud es posible transformar una situación de salud – enfermedad. Y no podemos afirmarlo porque nos permea otra concepción de salud, que no tiene que ver con la mercancía, ni queda reducida a los conceptos de eficacia y eficiencia. Nos parece interesante compartir las ideas de Floreal Ferrara (2005), medico sanitarista que sostiene la necesidad de cambiar el eje a la salud. “El problema es que nuestra salud ha sido el hospital que es un lugar central para atender complejidades de daños, de enfermedades, pero no todo. La salud está en la comunidad, en el domicilio, en el barrio, en el boliche. ...”<sup>35</sup>. Es prioritario que en estas concepciones permean un profundo reconocimiento de otros factores que están generando enfermedad en la población y el Trabajo Social puede contribuir fuertemente en esa dirección. Siguiendo las ideas de Spinelli (2010) pensar en nuevas y otras estructuras en el campo salud, requiere incorporar la palabra de otros actores que lleve a la construcción de nuevos procesos, entre los cuales la comunidad y los propios trabajadores de la salud son prioritarios. Según Camargo Macruz Feuerwerker (2011) se vuelve imperativo incluir en la dinámica de los equipos y en la organización de los servicios de salud, al sujeto, como parte activa de la construcción de su salud.

Cabe mencionar que estas conclusiones han sido enriquecidas por medio del Programa de Intercambio Regional para Estudiantes de Grado (PIREG), a través del cual realizamos un intercambio a la ciudad de Rio das Ostras, Brasil, donde se encuentra ubicado el Polo Universitario Rio das Ostras, (Universidad Federal Fluminense). En ese marco, participamos activamente de actividades de Servicio Social orientadas a la profundización de los análisis que hoy aparecen aquí sintetizados.

---

<sup>35</sup> Reportaje al ex Ministro de Salud de provincia de Bs. As. sobre el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria (ATAMDOS) “*Conversaciones con Floreal Ferrara*”. Argenpress, Mayo de 2005. Disponible en: <http://www.argenpress.info/>

Finalmente, resta mencionar que apuntamos a que estas reflexiones sean capaces de iluminar los procesos de trabajo, posibilitando la ruptura con el pensamiento cotidiano y con la alienación presente en los espacios de trabajo profesionales. Es la búsqueda de la totalidad en el análisis, y de sus contradicciones, lo que posibilita, si así lo queremos, no sólo la comprensión del mundo sino también su transformación.

## BIBLIOGRAFÍA

ALMADA, M. y FRAU, P. “Desafío de la intervención del trabajo social más allá de la administración de los recursos”, en: ARIAS, A. BAZZALO, A., GARCIA GODOY, B. (comp.) *IV Encuentro Internacional Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires, UBA, 2011. Pp. 636-649.

ANDRENACCI, L. “Algunas reflexiones en torno a la cuestión social y la asistencialización de la intervención social del Estado en la Argentina contemporánea”, en: ANDREACCI, L. (comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires, Ediciones al Margen, 2002. Pp. 169- 184.

ANTUNES, R. *¿Adiós al trabajo?: ensayo sobre las metamorfosis y la centralidad del mundo del trabajo*. Buenos Aires, Cortez Editora, 2001.

\_\_\_\_\_ *Los Sentidos del Trabajo: ensayo sobre la afirmación y negación del trabajo*. Buenos Aires, ediciones Herramienta y Taller de Estudios Laborales, 2005.

ARIAS, A. “Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios.”, en: *Revista Margen*, nº71, pp. 1-7, Buenos Aires, 2013.

\_\_\_\_\_ “Instituciones y Trabajo Social: pre-ocupaciones para construir lo público”, en: ARIAS, A., GARCIA GODOY, B. y MANES, R. (comp.) *Debates en*

*torno a la construcción de institucionalidad: aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2014. Pp. 9-13

AUYERO, J. y BERTI, M.F. *La violencia en los márgenes: Una maestra y un sociólogo en el conurbano bonaerense*. Buenos Aires, Katz Editores, 2013.

BÁSCOLO, E. y YAVICH, N. *Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina*. [En línea] Rosario: 2010 [citado 04 de junio 2014]

Disponible en internet:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a07.pdf>

BIBLIOTECA POPULAR POCHO LEPRATTI. *¡PochoVive!*. Rosario, Biblioteca Popular, 2003.

BIFARELLO, M. *Una ciudad participativa y eficaz. Derecho a un Estado Municipal transparente y cercano a la gente* [En línea]. Rosario: PNUD, 2003. [Citado 23 de agosto 2014].

Disponible en internet:

<http://www.rosario.gov.ar/mr/mri/www/premios/experiencia-rosario-politicas-para-la-gobernabilidad>.

BIGOT, M. *Los Aborígenes “Qom” en Rosario: Contacto lingüístico-cultural, bilingüismo, diglosia y vitalidad etnolingüística en grupos de aborígenes “qom” (tobas) asentados en Rosario*. Rosario, UNR Editora, Universidad Nacional de Rosario, 2007.

BLEICHMAR, S. *Violencia Social, Violencia Escolar*. Buenos Aires, Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico, NOVEDUC, 2008.

BRIZUELA, F. Tesis de grado. “La configuración de Rosario en clave empresarial. Transformaciones urbanas durante las gestiones socialistas”. Licenciatura en Ciencia Política, Universidad Nacional de Rosario, Argentina, 2014.

BOURDIEU, P. *La ilusión biográfica. Razones prácticas*. Madrid, Editorial Anagrama, 1977.

\_\_\_\_\_ *Poder, derecho y clases sociales*. España, Desclée de Brouwer, 2000.

CADERMARTORI, F. Tesis de maestría “Procesos de trabajo de los trabajadores sociales en la Argentina contemporánea: mediaciones y determinaciones en la intervención profesional”. Maestría en Trabajo Social, Universidad Nacional de la Plata, Argentina, 2011.

CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER, L. “Problematización, equipos e interdisciplina”. II Congreso de Salud Pública Provincial. Ministerios de Salud de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 2011.

CAMPANA, M. Tesis doctoral “La asistencialización de la salud pública. La Atención Primaria de la Salud en el municipio de Rosario”. Doctorado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina, 2010.

\_\_\_\_\_ “El “buen gobierno” local: La apuesta descentralizadora, la apuesta territorial y la apuesta participativa en el Municipio de Rosario” en: CAMPANA, M. y GIOVEDONI, J.G. (comp.) *Estado, gobierno y gubernamentalidad: notas sobre la razón gubernamental neoliberal en Argentina*. Rosario, Ediciones DelRevés, 2012. Pp. 57 - 84.

CASTEL, R. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós, 1995.

CAZZANIGA, S. “Reflexiones sobre la ideología, la ética y la política en trabajo social”, en: *Sociedade em debate*, 12 (2). Julio/Diciembre, pp. 209- 229, Pelotas, Brasil, 2006.

\_\_\_\_\_ *Hilos y Nudos. La formación, la intervención y lo político en el trabajo social*. Buenos Aires, Espacio editorial, 2007.

\_\_\_\_\_ “Producción de conocimientos y formación profesional. Algunas consideraciones”, en: *La investigación en Trabajo Social*, Vol. VIII, pp. 13-22, Paraná, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, 2009.

CLEMENTE, A. “Pobreza persistente y tensiones en el cambio de paradigma en su abordaje”, en: ARIAS, A. BAZZALO, A., GARCIA GODOY, B. (comp.) *Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2012. Pp. 55-63.

\_\_\_\_\_ “Cambios y las continuidades de la cuestión social. Del Estado de Bienestar al Estado Reparador”, en: ARIAS, A., GARCIA GODOY, B. y MANES, R. (comp.) *Debates en torno a la construcción de institucionalidad: aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2014. Pp. 69-76

CLUB DE INVESTIGACIONES URBANAS .Rosario arde, a pura adrenalina arde. [En línea]. Rosario: 2013. [Citado noviembre 2014]

Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/143237584/Club-de-Investigaciones-Urbanas-Rosario-Arde-A-Pura-Adrenalina-Arde>

CLUB DE INVESTIGACIONES URBANAS. El Acuartelamiento de La Política. [En línea]. Rosario: 2014. [Citado 11 de noviembre 2014]

Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/242366689/Club-de-Investigaciones-Urbanas-El-Acuartelamiento-de-La-Politica>

CUNILL-GRAU, Nuria. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. Gest. polít. Pública [En línea]. México: 2014, vol.23, n.1 [Citado 16 de marzo 2015]

Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140510792014000100001&lng=es&nrm=iso)

[script=sci\\_arttext&pid=S140510792014000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140510792014000100001&lng=es&nrm=iso)

DEJOURS, C. *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires, Lumen, 1992.

\_\_\_\_\_ *El factor humano*. Buenos Aires, Lumen, 1998.

\_\_\_\_\_ *Psicodinámica del trabajo y vínculo social* [en línea] Buenos Aires: 2000 [Citado 09 de enero 2015]

Disponible en:

[www.aquaessentia.com.ar/wpcontent/uploads/2014/11/dejours\\_christophe\\_psico\\_trab\\_vinc\\_social.pdf](http://www.aquaessentia.com.ar/wpcontent/uploads/2014/11/dejours_christophe_psico_trab_vinc_social.pdf)

DESSORS, D. y MOLINIER, P. “La psicodinámica del trabajo”, en: DESSORS, D. y GUIHO –BAILLY, M. P. (comp.) *Organización del trabajo y salud*. Buenos Aires, Lumen, 1998, p.16

DICAPUA, M., LAGIÚ, E. y VALENTINO, N. “La gestión del malestar ¿del otro o del ajeno?” en: *La Trama de la Comunicación*, Vol. 9, pp. 1-4, Rosario. UNR Editora, 2004.

FERRANDINI, D. y FEIN, M. *Equidad Real en la Oferta Pública de la Salud: El Norte de un Gobierno Municipal Democrático*. [En línea]. Rosario: 2014. [Citado noviembre 2014]

Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/infoalt.pdf>

GALENDE, E. “Debate Cultural y Subjetividad en Salud”, en: SPINELLI, H. (comp.) *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, Gestion y Políticas*, Bs. As., Lugar Editorial, 2004. Pp. 121-144

GRANEMANN, S. “Processos de trabalho e Serviço Social”, en *Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo I*. Brasilia, CEAD, 1999, pp.153-166.



GUERRA, Y. “*Instrumentalidad del proceso de trabajo y servicio social*”. Ponencia presentada en el XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, La cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana, San José, Costa Rica, 12-17 de julio 2004.

\_\_\_\_\_ *La instrumentalidad del Servicio Social: sus determinaciones socio-históricas y sus racionalidades*. São Paulo, Cortez Editora, 2007.

IAMAMOTO, M. *Servicio Social y División del Trabajo*. San Pablo, Ed. Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_ *El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. San Pablo, Cortez Editora, 2003.

\_\_\_\_\_ *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. Sao Paulo, Cortez Editora, 2007.

IAMAMOTO, M. & CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. Sao Paulo, Cortez, 1986.

LAGIU, E. (Comp) “Concepción Materialista de la Historia”. MARX K. Cuadernos de Cátedra. Rosario, 2008. Pp. 1-25.

LESSA, S. “Lukács: El método y su fundamento ontológico”, en: BORGIANNI, E. y C. MONTAÑO (comp.). *Metodología en servicio social. Hoy en debate*. San Pablo, Cortez Editora, 2000. pp. 199-228.

LUKÁCS, G. *Prolegómenos a una estética marxista*. Barcelona, Grijabo, 1969.

MALLARDI, M. “Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social”, en: *Revista Cátedra Paralela*, nº 9, pp. 11-30, Rosario, UNR editora, 2013a.

\_\_\_\_\_ *Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad*. [En línea] Tandil, Bs. As.:2013b [Citado 23 de noviembre 2014]

Disponible en:

<http://www.ceipil.org.ar/wp-content/uploads/2013/03/Mallardi-Manuel.pdf>.

MARANI, V. y SODO, J.M. “Acompañamiento terapéutico y Trabajo Social en un centro de salud”, en: *Revista Cátedra Paralela*, nº7, pp. 115-122, Rosario, UNR editora, 2010.

MARRO, K. “Hacia la construcción de un trabajo social crítico latinoamericano: algunos elementos para su problematización”, en: *Revista Cátedra Paralela*, nº2, pp. 59-75, Rosario, UNR editora, 2005.

- MATUS, C. “Pensar la planificación: Escena uno”, en: MATUS, C. *Adiós Señor Presidente*, Chile, Editorial Lom, 2001. pp. 15-58
- MATUS SEPÚLVEDA, T. “El trabajo del concepto: una urgencia política del trabajo social”, en: *La Investigación en Trabajo Social*, vol. V, pp.41-63, Paraná, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, 2006.
- MARX, K. *Trabajo asalariado y capital*. Barcelona, Editorial Nova Terra, 1970.
- \_\_\_\_\_ *El Capital .Crítica de la Economía Política*. Tomo I, Vol. 1, Buenos Aires, Siglo XXI editores, 2004.
- \_\_\_\_\_ Introducción General a la Crítica de la Economía Política/1987 [En línea] México: Siglo XXI, 2008. [Citado 10 de mayo de 2014]
- Disponible en:
- [http://ecopol.sociales.uba.ar/files/2013/09/Marx\\_Contribuci%C3%B3n-a-la-cr%C3%ADtica.pdf](http://ecopol.sociales.uba.ar/files/2013/09/Marx_Contribuci%C3%B3n-a-la-cr%C3%ADtica.pdf)
- MARX K. y ENGELS, F. *La ideología alemana*. Bs As, Ed. Cultura Popular, 1975.
- MERKLEN, D. *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina, 1983-2003)*. Buenos Aires, Gorla, 2005.
- MONTAÑO, C. *La Naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. San Pablo, Cortez Editora, 2000.
- \_\_\_\_\_ *Trabajo Social e intervención. La politización de la acción profesional* [En línea] Perú: 2007 [Citado 25 de noviembre 2014]
- Disponible en:
- <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixoestadoculturaeidentidade/elproyectoeticopoliticocomoacciondeltrabajadorsocial.pdf>
- MURILLO, S. “La nueva cuestión social y el arte neoliberal de gobierno” en: *Revista Cátedra Paralela*, N°8, pp. 9-32, Rosario, UNR Editora, 2011.
- NEFFA J. *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires, Área de Estudios e Investigaciones Laborales/SECYT - CEIL/CONICET - CREDAL/CNRS – Humanitas, 1987.
- NEFFA, J. y otros. “El Trabajo/Empleo Precario” en: NEFFA, J. (coord.) *Empleo, desempleo y políticas de empleo: La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/empleos precarios y los no registrados*. Buenos Aires, CEIL-PIETTE, 2010. Pp. 5-38.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. San Pablo, Cortez Editora, 1997.

\_\_\_\_\_ “*Opciones hacia el año 2000: un Servicio Social crítico o domesticado*”. Ponencia presentada en las V y VI Jornadas de Servicio Social de la Asociación Civil de Profesionales de Servicio Social de la Municipalidad de Buenos Aires, 1998.

OLIVA, A. “*Análisis de la práctica profesional de los trabajadores sociales en el ámbito estatal.*” Disertación de maestría, Pontificia Universidad Católica, Sao Paulo, 2001.

ONOCKO CAMPOS R. “Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria”, en: SPINELLI, H. (comp.), *Salud colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, pp. 103-119.

PELEGRINI FILHO, A. La violencia y la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública [en línea]. 1999, vol.5, n.4-5 [citado 2012-10-03], pp. 219-221

Disponible en internet: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049891999000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049891999000400005&lng=en&nrm=iso)

PINILLOS, C. y SIGNORELLI, G. *Notas sobre participación y representación en el presupuesto participativo de la Ciudad de Rosario, Argentina (2002-2012)* [en línea]. Bs As: 2014, vol.19, n.1 [citado 19 de febrero de 2015].

Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18516012014000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18516012014000100002&lng=es&nrm=iso)

REPETTO, F. “Coordinación de políticas sociales: abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas”, en: *Proyecto de Modernización del Estado: Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros, 2010, pp. 47-84.

\_\_\_\_\_ “Políticas sociales: una mirada político-institucional a sus reformas, desafíos e impactos”, en ACUÑA, C. (comp.) *El Estado en Acción: Fortalezas y debilidades de las políticas sociales en la Argentina*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2014. Pp. 19-69

ROVERE, M. “La salud en el municipio de Rosario: Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática”, en: *Experiencia Rosario: Políticas para la Gobernabilidad*, Rosario, 2006. Pp.121-186

ROSANVALLON, P. *La nueva cuestión social. Repensar el estado providencia*. Buenos Aires, Ediciones Manantial, 1995.

- ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención profesional en relación a la cuestión social: el caso del trabajo Social*. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2001.
- KARSZ, S. *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona, Gedisa, 2007.
- SALVIA, A. “*Diagnóstico de los barrios del Plan Abre 2014: Santa Fe, Rosario y Villa Gobernador Gálvez de la Provincia de Santa Fe*”. Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina. Rosario, 2014.
- SOSSA ROJAS, A. “La alienación en Marx: el cuerpo como dimensión de utilidad”, en: *Revista Ciencias Sociales*, N° 25, pp. 37-55, Chile, S/D, 2010.
- SPINELLI, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva* [en línea]. Lanús: 2010, vol.6, n.3 [citado 02 de junio de 2012]  
Disponible en internet: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185182652010000300004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652010000300004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-8265.
- SVAMPA, M. *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires, Taurus, 2005.
- \_\_\_\_\_ *Cambio de época. Movimientos sociales y poder político*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores-CLACSO, 2008a.
- \_\_\_\_\_ “Movimientos sociales y nuevo escenario regional: inflexiones del paradigma neo-liberal en América Latina”, en: *Cuadernos de Socio-Historia*, 19/20, pp. 44-55, La Plata, Lugar Editorial, 2008b.
- VALENTINO, N. “¿Quién cuida al trabajador del campo de lo social? Algunas reflexiones previas”, en: *Revista Cátedra Paralela*, n°7, pp. 123-133, Rosario, UNR editora, 2010.
- VALENTINO, N y LAGIU, E. “El trabajo en las instituciones de minoridad: el malestar y la herencia neoliberal”, en: *Revista Cátedra Paralela*, n°3, pp. 60-72, Rosario, UNR editora, 2006.
- WACQUANT, L. *Los condenados de la ciudad. Guetos, periferia y Estado*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2007.
- SOUSA CAMPOS, G. *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2001.
- \_\_\_\_\_ “Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia”, en: *Revista Investigación en Salud*, Vol. 6- n° 1 y 2, pp. 73-81, Rosario, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 2002.

YAZBEK, M. C. *Classes subalternas e asistencia social*. Cortez Editora, Sao Paulo, 1993.

\_\_\_\_\_ “El Servicio Social como especialización del trabajo colectivo”, en: BORGIANNI, E., GUERRA, Y. y MONTAÑO, C. (orgs.) *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. San Pablo, Cortez Editora, 2003. pp 37-54

### **SITIOS WEB CONSULTADOS**

Diario La Capital: [www.lacapital.com.ar](http://www.lacapital.com.ar)

Diario Página /12: [www.pagina12.com.ar](http://www.pagina12.com.ar)

Dirección General de Estadísticas:

[www.rosario.gov.ar/sitio/caracteristicas/indicadores\\_direccion.jsp](http://www.rosario.gov.ar/sitio/caracteristicas/indicadores_direccion.jsp)

DocuMedia: Periodismo Social Multimedia: [www.documedia.com.ar](http://www.documedia.com.ar)

EnREDando: [www.enredando.org.ar/que-es](http://www.enredando.org.ar/que-es)

Empalme Graneros, un Barrio con Identidad Propia:

[www.empalmesuhistoria.info/sitio/index.html](http://www.empalmesuhistoria.info/sitio/index.html)

INDESO MUJER: [www.indesomujer.org.ar](http://www.indesomujer.org.ar)

Instituto Provincial de Estadísticas y Censos: [www.santafe.gov.ar/ipecc](http://www.santafe.gov.ar/ipecc)

Municipalidad de Rosario: [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)

Observatorio Social: [www.rosario.gov.ar/observatoriosocial](http://www.rosario.gov.ar/observatoriosocial)

Prensa Argentina para Todo el Mundo- ARGENPRESS: [www.argenpress.info](http://www.argenpress.info)

Sala de Situación. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario:

[www.rosario.gov.ar/mr/epidemiologia](http://www.rosario.gov.ar/mr/epidemiologia)

SEDRONAR: [www.sedronar.gob.ar](http://www.sedronar.gob.ar)

TECHO: [www.techo.org/paises/argentina/techo/que-es-techo/](http://www.techo.org/paises/argentina/techo/que-es-techo/)

### **DOCUMENTOS OFICIALES**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978 [en línea]

Disponible en internet:

[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General, 1998: *Plan Estratégico Rosario*.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Colegio Profesionales de Trabajo Social de la 2º Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, 1999. *Código de ética profesional*.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría de Salud Pública, Dirección de Atención Primaria de la Salud, 2003: *Equipos Responsables*.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General, 2008: *Planificación Estratégica, Descentralización y Presupuesto Participativo*. Módulo de capacitación local, Proyecto Urbal B-Red 9.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría General, 2009: *Plan Estratégico Rosario Metropolitana*.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría de Salud Pública, 2011. *Hacia un proyecto Sanitario Integral*.

## **LEYES, DECRETOS Y ORDENANZAS**

ARGENTINA. Ley 24.632/1996: *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer - "Convención de Belem do Pará"*.

ARGENTINA. Ley 25.164/1999: *Empleo Público Nacional*

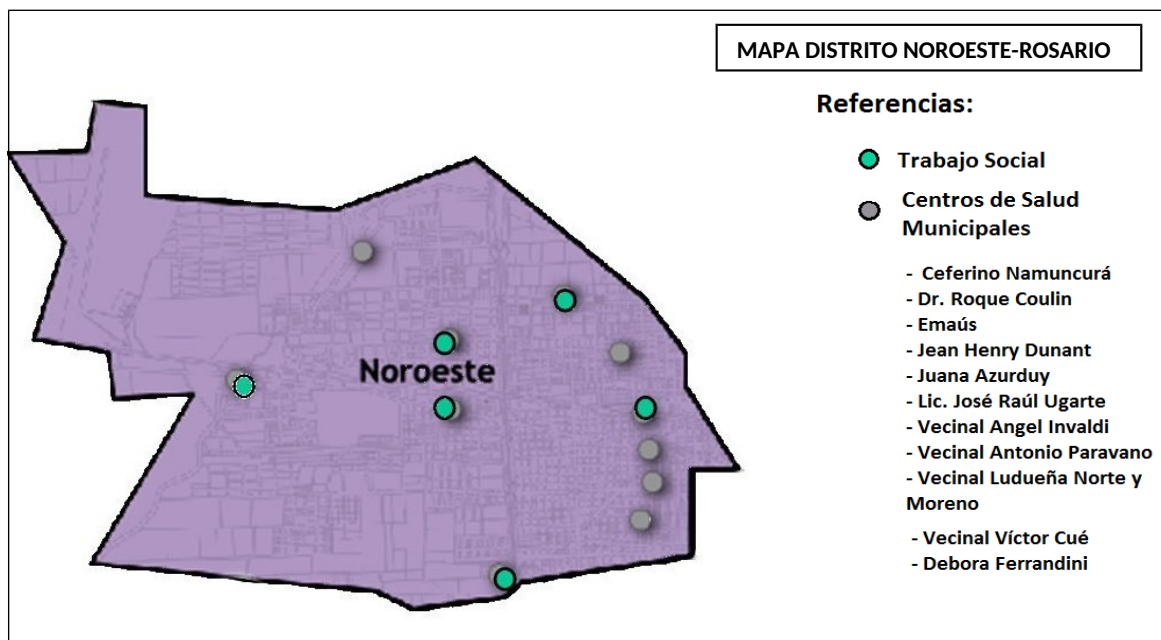
ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Decreto 0769/1990: *Creación Dirección de Atención Primaria de la Salud*.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Decreto 0028/1996: *Creación Programa de Descentralización y Modernización*.

SANTA FE, Argentina. Ley 9282/1983: *Profesionales Universitarios de la Sanidad*.

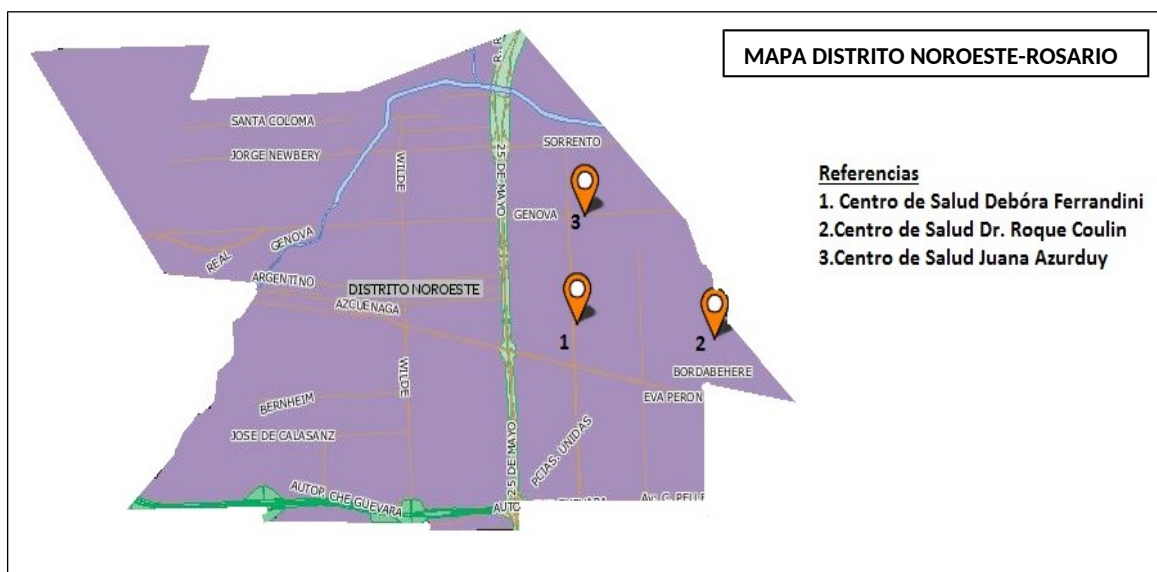
## ANEXOS

**ANEXO I:** Mapa Distrito Noroeste: Trabajadoras Sociales en ejercicio en centros de salud municipales.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de documentos del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

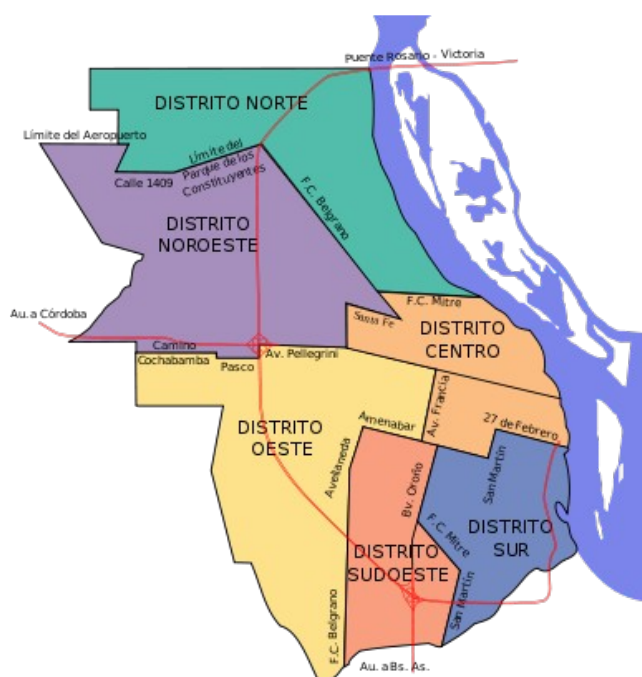
**ANEXO II:** Mapa Distrito Noroeste. Emplazamiento de centros de salud bajo estudio.



Fuente: Elaboración propia.



**ANEXO III:** Mapa Distritos ciudad de Rosario



Fuente: <http://infomapa.rosario.gov.ar/emapa/mapa.htm>