



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y RR.II.
Lic. en Trabajo Social

Trabajo Integrador Final Disciplinar

“Crear y crear en territorio. La tarea de repensar la asistencia en clave de derecho y su transversalidad en el campo salud”

Estudiante: Florencia Díaz Gallego
(florenciadiazgallego@hotmail.com)

Directora de TIF: Patricia Tobín
(patriciatobin07@yahoo.com.ar)

Rosario, Septiembre 2020

Índice de contenido

Introducción	4
Objetivos y perspectivas	5
Pertinencia y modalidad	6
Metodología	7
Cap. I: APROXIMACIÓN AL CAMPO SALUD	9
Salud en la Provincia de Santa Fe	9
Atención primaria de salud en Rosario	10
Cap. II.: SALUD EN RED. TERRITORIO E INTERVENCIÓN	15
El centro de salud como institución en Red	15
Intervención y trabajo social	18
El territorio como parte constitutiva de la intervención	24
Cap. III: APROXIMACIONES AL CAMPO ASISTENCIAL	26
Asistencia Social	26
Descentralización y asistencia social en Rosario	28
Cap. IV: ESPECIFICACIONES SOBRE EL CENTRO DE SALUD “JUANA AZURDUY”	31
Centro de salud Juana Azurduy	31
Primer nivel de atención de la red de salud pública y la gestión de recurso frente a las diversas problemáticas	33
<i>¿Qué rol cumple el trabajo social dentro del campo salud y como se relaciona con el campo asistencial?</i>	38
Cap. V: PROPUESTA DE TRABAJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD PÚBLICA	42
REFLEXIONES FINALES	44
BIBLIOGRAFÍA	47

Agradecimientos.

Estas breves líneas son a modo de agradecimiento a quienes fueron parte valiosa durante este largo, difícil y enriquecedor proceso de formación universitaria lejos de casa:

A mi vieja, que a pesar de haberme acompañado tan solo 10 años en mi vida logró transmitirme una enorme fortaleza y pensamiento crítico para cuestionarme, superarme y salir siempre adelante con entereza: *“Desde el cielo me guían tus ojos a dónde voy”*...

A mi familia, en especial a mi hermana Julieta y a mi hermano Ismael, que no dudaron en acogerme cuando nuestra madre partió y aún hoy son incondicionales. A mis tías Carmen y Stella, y a mi tío Héctor quienes siempre tuvieron palabras de aliento para que concluyera este camino. A mis primas y a mis sobrinxs.

A mis amigas de la vida, eternas, por salvarme la vida a cada paso, incluso sin saberlo, por ser refugio y luz cuando todo estaba oscuro, por sostenerme y ser pilar durante años aún estando a 350km, por alentarme, por acompañar y haberme siempre esperado con abrazos y mucho amor en cada vuelta a mi ciudad, Concordia. Amigas: siempre fueron el empujón y la energía para seguir un poco más, acortando distancias; hoy soy porque somos.

A mis compañeras de facultad, y a mi compañera de prácticas, con quienes compartimos nervios, miedos, alegrías y saberes. Mención aparte para Milze Sassone y Silvia Moya, futuras colegas y amigas invaluable, me hicieron parte de su familia y lograron que estar tan lejos de casa no pesara tanto: *“Si tuviera que explicar no puedo hacerlo ¿Valdrán las horas por mi eterna gratitud?”*...

A Patricia Tobin, mi directora y también supervisora del último año de prácticas, gracias por la escucha, el aliento en los primeros encuentros, el tiempo y el compromiso.

A la Universidad Pública y Gratuita como al cuerpo docente, por aportar a través de diversos saberes al crecimiento, a la crítica, a la reflexión, al debate, aprendí también así, que el sentido común, en realidad, es el menos común de todos... Pero fundamentalmente, gracias a la UNR por la posibilidad de poder elegir, acceder y formarme, porque aunque parezca inusual, imposible e impensado para algunos sectores de la sociedad, los pobres sí llegamos a la facultad, y a pesar de obstáculos, permanecemos y también concluimos el recorrido académico. Para concluir y fundamentalmente, ¡que viva la educación pública!

A todxs, ¡infinitas gracias!

Trabajo Integrador Final Disciplinar

INTRODUCCIÓN.

El tema a tratar en el presente trabajo tiene que ver con la asistencia social en clave de derecho y su relación con el primer nivel de atención de la red de salud pública; y siguiendo este enfoque, también se abordará lo referido a la gestión de recurso frente a las problemáticas de la población desde éste campo del que se parte. La experiencia girará en torno a lo transitado en concepto de prácticas profesionales, realizadas en el centro de salud Juana Azurduy, ubicado en el barrio Empalme Granero, dentro de la zona noroeste de la ciudad de Rosario, durante los años 2015 y 2016.

Mediante el presente trabajo propongo partir de la base conceptual acerca de lo que llamamos salud, aportando al destierro que parece nunca concretarse en el campo, referido a la concepción médica hegemónica que enmarca a la misma en la idea de ausencia de enfermedad, vinculada solamente a la mirada biologicista. Actualmente entiendo que no puede hablarse de salud sin mencionar que es un proceso constante en el que entra en juego factores que van más allá de lo estrictamente biológico y tienen que ver con el contexto social de los sujetos y el desarrollo de su vida cotidiana, constituyendo así una mirada integral de la salud, rompiendo con la mirada biologicista.

A partir del concepto de salud y de situar la institución tanto espacial como temporalmente, pasaré a hablar brevemente del porqué de la institución en el territorio (descentralización), y porqué es pensada como puerta de entrada a la red de salud pública; para así, mencionar los argumentos centrales de la territorialización de los centros de salud.

Siguiendo el eje del recorrido propuesto, busco habilitar el análisis sobre las demandas que llegan al efector, recuperando y poniendo en juego la conceptualización de asistencia social y asistencia en clave de derechos para así, finalmente, poder establecer y entender la relación entre el tridente intervención/asistencia/problemáticas y a cómo se

organiza y qué implica la gestión del recurso frente a estas problemáticas de la población, ubicando a la asistencia en clave de derecho, como puente entre intervención y problemática que atraviesa de forma innegable al campo de la salud.

Para finalizar, es importante situar a la institución mencionada para comprender desde qué y hacia qué lugar se realiza el aporte. El centro de salud “Juana Azurduy” responde al proceso de descentralización del Estado y se encuentra enmarcado dentro de lo que es la red de salud pública de la Municipalidad de Rosario, respondiendo al primer nivel de atención. Está ubicado en la zona noroeste de la ciudad, en el barrio Empalme Graneros. Esta institución tiene sus orígenes en el año 1994, cuando comenzó a funcionar el “Centro de Mujeres Juana Azurduy”. El mismo reconoce como antecedente inmediato de su gestación, las actividades desarrolladas por un grupo de mujeres preocupadas por las condiciones de vida de las mujeres del barrio, quienes pretendían avanzar en el conocimiento y la solución de problemas ligados a la violencia de género, la atención de embarazos o la detección o el control de enfermedades prenatales.

Luego, la población se fue preocupando por la necesidad del barrio de tener un dispensario de salud, creándose en un primer momento el Centro de Salud “Juana Azurduy”, ubicado en la calle Juan B. Justo 3049, siguiendo con una segunda ubicación debido a la creciente demanda y a los numerosos robos sucedidos, en la intersección de las calles Olavarría y Génova hasta lograr la inauguración del actual edificio en la calle Fraga Cnel. Rosendo María 1087 bis, el 8 de abril del año 2010, por el intendente de la ciudad Miguel Lifschitz y el gobernador Hermes Binner; que fue votado por los/as vecinos/as en el marco del presupuesto participativo.

Objetivos y perspectivas del trabajo

Objetivo general:

- Analizar y describir la relación entre intervención – asistencia – problemáticas y como se organiza la gestión del recurso frente a las problemáticas de la población en el centro de salud “Juana Azurduy”.

Objetivo específicos:

- Indagar y analizar las principales características de la Atención Primaria en los centros de salud.
- Conceptualizar intervención desde Trabajo Social, y enmarcarla dentro del proceso de trabajo del campo salud, mediada por el concepto de asistencia.

Sobre la pertinencia y modalidad del TIF.

Durante mi recorrido por dos centros de salud, donde transité tres años de formación en concepto de prácticas profesionales, varios interrogantes me acompañaron respecto el rol del trabajo social en estos efectores: el abordaje y el intento de dar respuestas a las demandas que allí llegaban, el cómo, el para qué y por qué, entre otros. Es en el recorrido realizado durante esa etapa de aprendizaje en estas instituciones, que pude observar la problemática referida a la escasez de recursos en territorio frente a la demanda de la población, problemática que va también de la mano con la gestión de estos recursos para poder dar respuesta a determinadas situaciones y así llevar a cabo intervenciones. Entiendo que este proceso es un factor central respecto al desenvolvimiento del trabajador social, e incluso de todo el equipo de trabajo que integra el cotidiano institucional en territorio. Es necesario destacar que no me refiero exclusivamente a recursos materiales, sino recursos humanos, redes de contención, comunicación interinstitucional, trabajo articulado e intersectorial con demás actores del estado, participes necesarios para el abordaje de distintas problemáticas.

Para poner en contexto, si bien estamos hablando de un centro de salud, es sabido que trabajo social allí recibe multiplicidad de demandas de la población como son los asesoramientos y cumplimentación de documentación relacionada a pensiones, acceso a las TUC (tarjeta única de ciudadanía), deserción escolar, situaciones de violencia de género, violencia familiar, situaciones de abuso, problemas relacionados a gestiones referidas a DNI, consulta sobre consumo problemático, acceso a granjas de rehabilitación y el circuito

institucional para concretarlo, consulta por mejoras habitacionales por calidad de vida en el marco de algún tratamiento, prevención, rehabilitación, resguardo o enfermedad crónica, entre otras demandas que llegan de forma espontánea y muchas otras derivadas o porque se convoca a participar en la elaboración de estrategias de intervención por parte de otras instituciones barriales, correspondientes a otro nivel de intervención o las mismas escuelas.

Por esto, es que busco a través del presente trabajo, realizar aportes en cuanto a situar la asistencia como puente entre intervención y problemáticas en relación a la gestión de recursos frente a estas últimas. Y, en este marco, aspiro al aporte que hacen referentes en el campo de la asistencia social, para repensarla como campo transversal, en clave de derechos y por fuera del lugar estigmatizante en que la ubican muchos/as profesionales. Es así, que entiendo a la modalidad de trabajo integrador final disciplinar como la más acorde para el abordaje y realización de diagnóstico de esta problemática para tornar la experiencia enriquecedora, reflexiva y crítica.

Metodología.

La metodología a utilizar será de carácter cualitativo. Entiendo que es la más adecuada para el presente trabajo integrador, ya que estará basado en el análisis de textos y discursos y, desde mi juicio, mejor permite realizar y explorar el tema propuesto, describirlo y analizar sus porqués.

En este marco, Sautu (2005) afirma que: “Las principales estrategias para producir datos en la investigación cualitativa son, entre las fuentes primarias, la entrevista semi-estructurada y en profundidad, y la observación participante y no participante, y, entre las fuentes secundarias, todo tipo de texto escrito (...)” (p.37). Cabe destacar, que según diferentes autoras/es, tanto el método cualitativo como cuantitativo no son métodos que se encuentren puros en la práctica, ya que generalmente funcionan de forma complementaria para ampliar o fundamentar ciertos aspectos de la propia investigación, lo que se está estudiando.

Volviendo puntualmente al presente trabajo, mis fuentes de datos estarán dadas, primariamente, a través de las observaciones participantes y no participantes posibilitadas en el marco de las prácticas profesionales desarrolladas en el campo de la salud; y a través de la recolección de datos secundarios que tienen que ver con producciones e investigaciones vinculadas al campo en cuestión. Además recupero también las experiencias de las prácticas volcadas en los cuadernos de campo.

De este modo, a partir de la recopilación y análisis bibliográfico, utilizando el material mencionado, buscaré concluir el trabajo haciendo hincapié en el alcance los objetivos específicos y el objetivo general propuestos.

CAPÍTULO I: APROXIMACIÓN AL CAMPO SALUD

Salud en la Provincia de Santa Fe

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, según se puede constatar en su sitio oficial, comparte la visión más amplia/integral del concepto de salud: “*salud como capacidad individual y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida*”, concepto compartido por diversos actores a nivel local y mundial. Ésta concepción fue construida por un grupo de trabajo barrial, retomada por el Dr. Floreal Ferrara, y volcada en el artículo de Ferrandini: “*Algunos problemas complejos de salud*”.

Entender a la salud como ausencia de enfermedad es una mirada que ha quedado en la antigüedad, y ya no alcanza para referirse al proceso de salud-enfermedad de las personas. Era una concepción ligada al paradigma biologicista del campo en cuestión, y en la actualidad resulta una mirada acotada y reduccionista, ya que todas las personas perciben el proceso de salud-enfermedad en función de la relación con su cuerpo y de diversas maneras según su auto-percepción, su trayectoria e historia de vida, y en varias ocasiones el malestar no tiene que ver con cuestiones específicamente biológicas.

En la actualidad, además de plantearse a la salud como integral, también es pensada en términos de derechos, y el Estado es identificado como responsable y garante de la misma.

Cabe destacar que a nivel nacional como provincial, la salud está organizada en base a tres sectores: público, privado y el de obras sociales. En relación con el sector de interés para el presente trabajo, es decir, en relación al sector público, el modelo de atención sobre el cual se erige la salud pública provincial está orientado por los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), definida por la OMS en 1978 como “*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante*

tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".

La estrategia de APS pone centralidad en los ciudadanos y las ciudadanas, en la población toda, a fin de garantizar el Derecho y acceso a la Salud. Así, el documento del Plan Estratégico Provincial del Gobierno de Santa Fe¹ (2008), rescata los principales valores que caracteriza la estrategia de APS: Universalidad, equidad (planteada como sinónimo no de igualdad, sino de justicia), integralidad, accesibilidad, gratuidad, calidad.

Atención primaria de salud en Rosario

El centro de salud “Juana Azurduy” (del cual haré precisiones más adelante), junto a demás efectores municipales y provinciales, componen el primer nivel de atención de la red de salud pública, de la que también forman parte hospitales y organizaciones de apoyo, como son las redes de emergencias, laboratorios centrales, etc., de planificaciones, de ejecución de políticas de salud y de regulación; todos ellos conforman el sector público del sistema de salud en la ciudad de Rosario, que se estructura en base a tres niveles, siendo el tercer nivel el de mayor complejidad, el primero es identificado como el de mayor resolutivez y el segundo es el intermedio.

Con respecto a la APS, la OPS destaca cuatro clasificaciones de la misma:

- 1) Atención primaria de la salud selectiva.
- 2) Atención primaria.
- 3) Atención primaria de salud integral de alma-ata.
- 4) Enfoque de salud y derechos humanos.

No ahondaré en profundidad en las categorías mencionadas, pero si me parece necesario decir que, siguiendo ésta clasificación y desde mi criterio, el enfoque de APS

¹ El Plan Estratégico se construyó en torno a la participación, el dialogo y el debate entre ciudadanía y los diferentes niveles del Estado provincial por medio de Asambleas. La planificación estratégica surge como una herramienta de gestión pública que posibilitó el acercamiento entre los diversos actores, y buscó descentralizar la toma de decisiones, a través de la construcción comunitaria.

desde la que realice mis prácticas y en la que se basa el presente trabajo contiene características de los últimos 3 enfoques, no encontrándose un tipo ideal puro, y es concretamente porque:

Por un lado, el segundo modelo nombrado, el de Atención primaria, es considerado como puerta de entrada al sistema de salud. Por otro lado, el tercer modelo, de Atención primaria de salud integral de alma-ata, considera a la APS como "una estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud" (OPS; 2005:4), es pensada para todo el sistema de salud y la población, dando importancia a valores como la equidad, fomentando la cooperación, y buscando articulación intersectorial, entre otras directrices. Por último, el cuarto modelo denominado enfoque de salud y derechos humanos, considera a la salud "como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud (...), pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas." (OPS; 2005:4)

Si bien la declaración de Alma Ata fue firmada en 1978, la APS como estrategia con enfoque de salud y derechos humanos en la provincia de Santa Fe se concretó varios años después; especialistas e investigadores del campo coinciden en que el punto de inflexión fue el ascenso a la gobernación de Hermes Binner en el año 2007 y la posterior construcción de más de 50 centros de salud en la provincia, luego de haberle dado un papel preponderante a la descentralización y a la atención primaria de salud durante su intendencia en la ciudad de Rosario desde 1995 hasta el 2003.

Me parece interesante en este contexto, rescatar el aporte de Campana con respecto al punto anterior: con la llegada de Binner se comienza a pensar a la salud en términos de red, se piensa en equidad, en un sistema integrado de gestión de salud regional. Todos conceptos que, efectivamente Binner planteó desde su papel en la intendencia de Rosario a partir de 1989, pero en ese entonces como Secretario de salud para luego reafirmar este camino en la intendencia y en la gobernación.

Como cité anteriormente y en consonancia con la característica mencionada, el centro de salud es el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y es donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria, o bien, como

diría Mario Testa, también puede identificarse al centro de salud como una parte activa de la estrategia de APS, entendiéndolo como puerta de entrada de las personas al sistema, a la red. Algunos autores, como así también desde la página web de la Municipalidad de Rosario, destacan que sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular y fueron pensados estratégicamente en términos de proximidad para la población.

Siguiendo la lógica con la que se han pensando los efectores que conforman el primer nivel de atención de la red de salud pública, se destaca que el mismo es el nivel básico e inicial de atención, en donde se desarrollan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Mario Rovere, en su texto *“Una ciudad modelo en salud pública”*, habla sobre el enfoque estratégico y plasma los ejes que actualmente tiene como premisa el Ministerio de la Provincia de Santa Fe como por ejemplo, concebir a la salud como un bien público, remarcando su conceptualización en términos de derecho. Rovere dice que intervenir en salud también significa intervenir en lo social. En relación al enfoque estratégico, el autor remarca que “la consideración de los otros es un punto de partida significativo en ese calculo que ‘precede y preside’ la acción. Pensar y actuar desde el enfoque estratégico requiere o provoca un cambio en la cultura de la organización, generando en el transcurso del proceso resistencias y conflictos, pero en los casos en los que logra superar los obstáculos promueve espacios de mayor autonomía y de democratización de los ámbitos de decisiones y de saberes” (Rovere; p.7).

Siguiendo con el texto arriba mencionado como referencia, el 15 de mayo de 1990 se crea en Rosario a través de decreto municipal, la Dirección de Atención Primaria en dependencia de la Dirección General de Atención Medica, y es en 1993 que obtiene asignación presupuestaria específica para su desarrollo y funcionamiento. En este marco, se conformaron equipos interdisciplinarios y se los capacitó en APS.

Las concepciones que se utilizaron por aquellos años para definir lo que sería el campo de APS, fueron recopiladas por Mario Rovere. El grupo técnico-profesional que formuló el enfoque y diseñó la propuesta de APS la definió como, según rescata el autor,

“un conjunto de acciones programadas y evaluadas, de baja complejidad tecnológica, con énfasis en la promoción y protección de la salud y en la atención médica básica, identificadas a partir de estudios socio-epidemiológicos y con activa participación de la comunidad en todo su proceso”. En este marco, alguna de las concepciones tenían que ver con considerar a la APS como una filosofía para la acción, además de una estrategia para reorganizar recursos; no se redujo solamente o se la relacionó puntualmente nada más que con la identificación de un primer nivel de atención y ya. Rovere también destaca como aporte lo que propuso Debora Ferrandini (por entonces directora de APS), quien hablaba de direccionalidad y no de un modelo, refiriéndose con direccionalidad a un cambio subjetivo de quienes sostienen el sistema, de un reordenamiento del proceso de trabajo, de repensar las prácticas, además de considerar que éste proceso apuntaba a la construcción y constitución de un cambio cultural. En base a éste punto, el autor rescata: “esa dirección o direccionalidad tiene tres líneas directrices: equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad); clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía) y participación (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico)” Rovere (p.16). Así, para el sostenimiento de las directrices en las que se basó la capacitación en APS, se daba cuenta de la importancia que tenía la descentralización en la gestión, con especial énfasis en la coordinación de los equipos aunque se buscaba constituir la autonomía de los mismos a través de la descentralización, y por eso había especial énfasis en que estos equipos tuvieran seguimiento a través a la coordinación para evitar lo que Rovere denominaba como “anarquía corporativa”.

Así mismo, dentro de las referencias con las que se afrontó la capacitación, el centro de salud fue situado como eje de todo el sistema, y a su vez, el sistema fue entendido como red. También se conformaron equipos de referencia con población a cargo (donde, según lo que destaca Rovere, se hace énfasis en la autonomía como sujeto y se hace eje en el paciente ambulatorio), donde el sistema de adscripción se construye desde el vínculo y no meramente como un listado de nombres a cargo del profesional, descontextualizado.

Así, entre algunos de los rasgos fundantes que caracterizaron el desarrollo de la APS pueden destacarse, por ejemplo: que se amplió el personal dedicado a la atención

primaria junto a su capacitación; se destinó presupuesto para mejoras edilicias, para reequipamiento de los centros de salud y la construcción de otros; en 1995 se desarrolló una propuesta de zonificación para reforzar la idea de descentralización para que así, sigan el mismo curso lo que tenía que ver con el establecimiento de prioridades y la asignación de los recursos correspondientes; claro está que todo ocurría acompañado por el esfuerzo de reorganizar los procesos de trabajo haciendo foco en los centros de salud. Finalmente, otro rasgo central fue el proceso de definición de la población objetivo con criterios ampliados a través de estudios socio-epidemiológicos que priorizaban la identificación de los grupos más vulnerables.

En este marco, algunas de las directrices de la política de salud de la Municipalidad de Rosario se concretaron en la descentralización como herramienta que garantizaría mayor acceso de la población, respetando el derecho a la atención de la salud, en especial de los más vulnerables, en la reorganización del sistema de atención desde la noción de salud integral, sosteniendo como pilar de este sistema a la atención primaria de la salud como estrategia que permite hacer al ejercicio del derecho a la salud y bregar por su efectivización.

A raíz de haber indagado en el artículo de Romina Bustos, *"La inserción de los Trabajadores Sociales en los centros de salud de la provincia de Santa Fe. El caso de la ciudad de Rosario (2003-2007)"*, cabe mencionar brevemente que la incorporación (en mayor proporción) de trabajadores/as sociales y psicólogos/as a los equipos de trabajo en las instituciones de salud ancladas en territorio se da en el contexto pos inundaciones del 2003 en la Provincia de Santa Fe. La incorporación de trabajadores sociales y psicólogos posibilitó un trabajo que no se vinculaba puntualmente con la dimensión biológica de los vecinos y vecinas que sufrían las consecuencias de la inundación por aquel entonces, sino que se incorporaron a trabajar en base a un abordaje desde el ya mencionado concepto de salud integral, haciendo foco en daños psíquicos y emocionales, además de por supuesto, acompañar lo que tenía que ver con las consecuencias biológicas causadas por aquellas inundaciones.

CAPÍTULO II: SALUD EN RED. TERRITORIO E INTERVENCIÓN.

El centro de salud como Institución en Red.

La atención primaria es el modelo de atención que como estrategia atiende e intenta dar respuesta a las demandas que llegan desde la población al efector. Los centros de salud responden a la lógica de descentralización y territorialización del Estado en los barrios.

Entendiendo a los efectores como instituciones, las mismas son pensadas como espacios dinámicos que cambian constantemente, como construcciones colectivas que deben estar cerca de la población y que deben ser pensadas para intervenir en determinado contexto, en el caso de los centros de salud, los mismos son atravesados por la búsqueda de proximidad entre Estado-Vecinxs.

Faleiros define las instituciones como *“organizaciones específicas de política social, a pesar que se presenten como organismos autónomos y estructurados en torno a normas y objetivos manifiestos. Ocupan un lugar político en los nudos de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil”* (Faleiros, 1986: 9). Sostiene que son parte de la red, del tejido social implementado por las clases dominantes para atrapar el conjunto de la sociedad. Sin embargo, plantea al igual que Lapassade, que estas no son un simple fenómeno superestructural, sino que son transversales a toda la sociedad. Entendemos que lo que se encuentra en la superestructura es sólo el aspecto institucionalizado de la institución, es la ley, el código, la regla escrita. Pero el sistema de las instituciones, no se limita a su aspecto institucionalizado, sino que también se encuentra lo instituyente, que no es visible de un modo inmediato y que forma parte de la institución, buscando modificarla constantemente.

Según relato de Rovere, que tuvo su primer acercamiento con el sistema de salud pública de Rosario en 1995, ya estaba ganando terreno la idea de una descentralización de la ciudad. La secretaria de salud, dice, se sentía en condiciones de liderar un proceso de

reasignación de recursos con criterio geográfico-poblacional como el que efectivamente se concretaría varios años después.

De todos los puntos mencionados anteriormente en relación a la impronta que se buscó imponer al trabajo en el campo de la salud, es necesario recuperar la concepción del sistema de salud en general y el centro de salud en particular como parte de una red. En cuanto a ésta forma de trabajo, Mario Rovere dice que la lógica de redes parte de la conexión entre personas, es decir, se conectan y se vinculan personas. Trabajar con redes es totalmente opuesto a lo que él llama “pirámides” u organización piramidal, es decir, formas jerárquicas de organización, como por ejemplo las instituciones que trabajan en base organigramas claros, con límites específicos. Las redes, en cambio, son formas de articulación multicéntricas.

Entonces, ¿qué es lo que permite que exista el trabajo en red? ¿Qué la sostiene? Rovere sostiene que para que exista la red, tiene que haber un comportamiento solidario entre las personas que la conforman. Estos lazos pueden ser intrainstitucionales. Es decir, la lógica no solo sirve para vincularse con el afuera, si no para establecer nuevas formas de vincularse con el adentro.

Los vínculos se construyen en la relación de sujetos dentro de un grupo. En este proceso de construcción existe un reconocimiento por el otro, aceptándolo tal como es, registrando su derecho a existir o a opinar. También interesándose por lo que es, o lo que hace esa otra persona. Cuando se trabaja en redes, nada que ocurra en algún lugar le es ajeno a otro lugar.

A partir de esto, surge la existencia de vínculos recíprocos, en cuanto a colaboración o ayudas espontaneas no organizada. Esto genera que las personas puedan compartir un problema en común o una actividad, y que se llegue a una forma sistemática de cooperación.

Esta relación se transforma en un nivel de asociación como forma de contrato o acuerdo, donde se comparten recursos, objetivos, proyectos, etc. Se crea una confianza con el otro, la cual se necesita para poder operar en Red.

Una de las bases lógicas de redes es la autonomía (voluntaria). Es decir, tiene que existir un poder de decisión en cuanto a la colaboración, y no un comportamiento burocrático. La burocracia en el sentido peyorativo u ofensivo, es el peor enemigo de este mecanismo de construcción. El trabajo en redes puede considerarse como una herramienta de lucha ante las distintas estrategias de fragmentación, que transforma a la mayoría o a la totalidad de la sociedad en un conjunto de grupos aislados (minorías), que se declaran la guerra entre sí y adquieren una condición dual de víctimas y victimarios.

“Es posible pensar en un Estado descentralizado, dividido en distritos, para acercarse a la escala de los problemas locales, y en un Estado-red, en el cual los problemas pueden acceder por cualquier puerta de entrada y rápidamente encuentran su solución, aunque para ello tengan que conjugarse la tarea de dos, tres o más aéreas de gobierno”. (Rovere; p. 33)

El trabajo en redes que se lleva a cabo en el sistema de salud está dado fundamentalmente por los tres niveles de atención que lo componen, complementándose entre ellos muchas veces para garantizar el derecho a la salud de la población, ejercicio en el que los y las profesionales buscan operacionalizar derechos. Además, cabe aclarar que las redes de las que forma parte por ejemplo un centro de salud, va más allá de las redes únicamente sanitarias, es decir, el centro de salud desde el enfoque de la salud integral, trabaja en conjunto junto a escuelas, instituciones barriales, centros de convivencia barrial, entre otros; son instituciones relacionadas a niveles sociales, tanto estatales como en algunas ocasiones pertenecientes al ámbito privado o mixto. Durante el transcurso de mis prácticas, acompañábamos en las gestiones que realizaba la trabajadora social a veces con prestaciones que debían brindar por ley obras sociales como por ejemplo: transporte, plazas en centros de día, etc. Y en el plano más estatal, acompañábamos en reuniones de la que la profesional formaba parte con equipos de niñez, participamos un par de ocasiones en el “Revuelto Gramajo”², acompañábamos a gestionar trámites para pensiones, asistimos a la Defensoría del pueblo y nos hemos reunido con el equipo del Área de Vulnerabilidad

² El llamado “Revuelto Gramajo” surgió como espacio de encuentro y reflexión de trabajadoras y trabajadores sociales que cumplían labor bajo la Secretaría de Salud Pública. Allí se debatía sobre cuestiones vinculadas a incumbencias, intervenciones, recursos, prácticas y también sobre el contexto barrial.

Social perteneciente a la Dirección General de Infancias y Familias, entre otras áreas. Incluso, hablando puntualmente del centro de salud “Juana Azurduy”, su espacio físico fue cedido cuando los vecinos y vecinas realizaban asambleas por el conflicto de las tierras de algunos sectores del barrio, y de estas asambleas participaban algunxs referentes políticos y autoridades además de agrupaciones que acompañaban el reclamo. Con estos ejemplos, busco dar cuenta de que, sin lugar a dudas, el trabajo en red contiene y atraviesa al centro de salud, es parte constituyente del mismo; en la actualidad, es impensado llevar a cabo un trabajo integral sin las redes necesarias para el abordaje de las diferentes problemáticas y el cumplimiento tanto como el ejercicio de determinados derechos.

Para finalizar lo referido a las características de salud y APS, es necesario destacar como al principio, la importancia de que este campo trabaje desde el enfoque de derechos, pues además, es la impronta que le han dado y es como está planteado desde algunos documentos que le dieron marco al sistema todo. Entonces, ¿qué significa que una política pública trabaje y sea pensada con enfoque de derechos? Según el texto de Giménez Mercado y Valente Adarme: *“El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes”*, una política pública con enfoque de derechos debe contener al menos dos ejes fundamentales, estos son: el eje igualdad-justicia y el eje universalidad-diversidad. El conjunto de ambos ejes arroja una conceptualización de la equidad, entendiéndola como igualdad en las diferencias y plantea el reto de la construcción de políticas públicas que enfrenten injusticias sociales producto de desigualdades o de la exclusión. En relación al segundo eje, la universalización de los derechos tiene que ver con el reconocimiento de la diversidad humana.

Intervención y Trabajo Social.

A propósito del rol de Trabajo Social en el centro de salud y desde la perspectiva de la complejidad, entiendo que el mismo tiene como objeto las relaciones sociales, dentro de un campo que además de ser complejo, es dinámico y variable, concibiendo a las relaciones sociales como relaciones entre intersubjetividades, y que además de la relación entre intersubjetividades, entre ellas se establecen posiciones sociales y condiciones de vida que

al mismo tiempo, son más que la reproducción de la totalidad del proceso social y, por supuesto, de determinado modo de vida.

La perspectiva de la complejidad, siguiendo la idea de Morín, se entiende como el enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones tendiente a dejar de lado la simplificación, la disyunción, la separación o la reducción de posiciones, típica del paradigma racionalista que en lo referente a salud, podría vincularse al modelo/paradigma biologicista. Así, un paradigma es concebido, desde la salud por ejemplo, como un modelo, una teoría, un enfoque o una concepción que proporciona una explicación integral a los procesos de salud y enfermedad, se constituye como una forma de ver y abordar los problemas. Los paradigmas establecen lo que es normal o legítimo como conocimiento e intervención según el momento socio-histórico del que se esté hablando.

Otra particularidad de los paradigmas es su condición de vigencia hegemónica y de aceptación casi totalitaria en la comunidad: la sociedad es organizada en base a los principios del paradigma dominante en determinado contexto histórico, el mismo define desde su enfoque a determinados actores sociales y procedimientos como legítimos y válidos; el paradigma se convierte en un elemento cultural que, sin embargo, puede incluir elementos de otros paradigmas y no ser totalmente diferente o un modelo puro. Surge como herencia de generación en generación. Disentir, pensar y actuar diferente al paradigma hegemónico se constituye en una ofensa o hasta en crisis, llevando a la revolución y posterior cambio del paradigma: por ejemplo, en el campo en cuestión, podría explicarse como la caída o pasaje del paradigma biologicista y la asunción del paradigma de la salud integral, más allá, claro está, de que algunas prácticas dentro del campo por parte de determinados profesionales sigan vinculadas a una mirada sesgada por el biologicismo, simplista, reduccionista, dejando por fuera otros factores que van más allá de lo estrictamente biológico.

En éste marco, desde la complejidad, perspectiva múltiple y abarcativa, contextual, *“se entienden las relaciones sociales como relaciones complejas, sostenidas en la dialéctica de la producción/reproducción de lo social y atravesadas por una noción de sujeto construida desde el entrelazamiento de múltiples componentes”* (González Saibene, 1996: 5). La concepción de sujeto desde la complejidad está sostenida en una autonomía

relativa, en tanto individuo dependiente del mundo exterior - energética, informática y organizativamente. No puede analizarse al sujeto sin tener en cuenta el entramado de redes que lo atraviesan.

Siguiendo con estas cuestiones teóricas fundamentales para aprehender lo relativo a la intervención, me parece importante resaltar el aporte que realiza Susana Cazzaniga en cuanto a las características de la intervención, como cuando resalta que la misma debe estar en constante vigilancia por parte del profesional que la lleva adelante, y de este modo hacer un trabajo de elucidación (pensar lo que hago, saber lo que pienso) para reflexionar sobre el sentido y los efectos de la acción, o sea, un proceso de reflexión y problematización constante desde la visión teórica-ideológica que sostenemos (explícita e implícitamente) y de cómo esta visión se materializa en esa acción-con-sentido (como es conceptualizada la intervención desde Cazzaniga). Además, la autora destaca la importancia de un compromiso necesario con lo ético: pensar en una reflexión ética constante, ya que nuestra intervención involucra a otro/s en todo momento. El proceso de vigilancia y elucidación es necesario para no caer en una intervención meramente mecánica, en estrategias sin sentido y sin transformación de la situación que le da origen a la llamada intervención.

Siguiendo a Cazzaniga, la intervención es considerada como la puesta en "acto" de un trabajo o acciones, la construcción de una estrategia que intenta dar respuesta a las demandas que, en términos de problemáticas sociales, interpelan la presencia de la profesión en el marco de una especificidad profesional. Su origen está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es: la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado en cuanto a funciones, a características, prácticas y resultados esperados, por ejemplo, viniendo esta construcción tanto de la población objeto de intervención hasta de otros profesionales.

Otro aspecto interesante que destaca Cazzaniga de la intervención profesional es que la misma no es un hecho natural, sino una construcción artificial, como un venir entre, de un espacio tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores (desde los sujetos o colectivos que solicitan la intervención: instituciones, sujetos individuales y entre el propio sujeto profesional). Esto exige desde el sujeto profesional la

capacidad para comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce y/o produciría la intervención. Cuando Cazzaniga se refiere a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos de la acción profesional y pone importancia en la reflexión ética o vigilancia respecto las acciones que lleva a cabo el profesional, tiene que ver con que el accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas. La visión teórica–ideológica del trabajo social se materializa en la acción con sentido dentro de la intervención.

"La intervención profesional en tanto trabajo, quehacer o practica específica que intenta generar algún tipo de transformación o modificación en relación con la situación que le es presentada, se expresa en una construcción metodológica, en un conjunto de mediaciones que darán cuenta de la intencionalidad de transformación y de sus cómo particulares".

El método se plantea como esa mediación entre teoría y realidad, que se define como construcción y no como un conjunto estricto de reglas a seguir, como una receta ya escrita que debemos seguir ante determinada situación que nos convoca. Desde esta mirada, referirse a método se sitúa en pensar en el entramado de supuestos teóricos, epistemológicos, ideológicos y éticos, desde el cual se comprende la realidad a modificar, y se establecen los modos de realizarlo. De este modo, el método se constituye en una estrategia que se sigue para abordar un recorte de la realidad (fenómenos o situación), desde una perspectiva teórica que otorga referencia para la selección de técnicas y procedimientos específicos a usar, teniendo en cuenta las características particulares y la forma también en que debe ser abordada la situación.

En resumen, hablando en términos desagregados, resaltado lo fundamental que podría decirse de la intervención, siguiendo a la autora, es:

- Puesta en acto de un trabajo, de un acción con sentido sobre la realidad, a partir de una demanda (entendida como expresiones de la cuestión social) en situaciones particulares que le dan origen.

- La intervención es un "hacer" fundado, argumentado. Toda intervención está enmarcada en un lugar teórico, un modo de ver e interpretar la realidad.
- Siempre tiene una intencionalidad: generar alguna modificación en relación con la situación que se le es presentada, aunque en algunos casos se aporte a reproducir la situación que le dio origen en principio a la demanda.
- Se expresa en una estrategia como construcción metodológica, es en un conjunto de mediaciones que dan cuenta de la intencionalidad y objetivos, y de sus "cómos" particulares. De ahí que hablar de intervención conlleva a hablar de una construcción artificial. Se puede entender como un "venir entre", que tiene connotación autoritaria, donde se establece como un dispositivo por donde circula el poder en estrecha relación con el saber.
- La intervención presenta un carácter personalizado. En la intervención se da una relación cara a cara con los sujetos directamente involucrados. Esta relación produce efectos sobre los sujetos construyendo identidades.

Cazzaniga habla también de dimensiones de la intervención, dimensión como soporte que configura un espacio y que existe en la conjugación con otras dimensiones, así, destaca a la dimensión teórica epistemológica; dimensión política (constitutiva en torno a los compromisos públicos y en la articulación de las diferentes dimensiones de la realidad entrada en los derechos humanos); dimensión instrumental; y por último, dice que toda la intervención está atravesada por la reflexión ética.

Para intervenir es preciso comprender por qué/ respecto de qué/ para que se actúa. De esta manera, siempre existe un anclaje teórico, en el cual es necesario exponer las visiones, las categorías conceptuales desde donde se nombran los objetos y los sujetos involucrados en la intervención. El "respecto de qué" es una construcción que se realiza en relación con la comprensión de esa misma realidad.

La intervención tiene origen en la misma demanda, por lo tanto comienza con un proceso de comprensión de la misma. Lo que se nos presenta es un conjunto de enunciados pre-construidos por la cotidianidad, necesarios de desentrañar a fin de poder comprender realmente cual es el foco en el que intervenimos. La demanda debe ser

comprendida/problematizada en relación con los procesos sociales más generales, haciendo foco en lo dicho y en lo no dicho también.

También es interesante rescatar la *matriz para reflexionar sobre la intervención profesional* que menciona Cazzaniga, compuesta por:

- **Intencionalidad de la intervención:** no hay intervención profesional sin intención, es la que nos plantea la pregunta del “para que” hacemos lo que hacemos. (u horizonte de sentido). Junto a la intencionalidad están los fundamentos, o sea, la necesidad de hacer explícito el “por qué” hacemos lo que hacemos. Si el porqué queda negado o no es claro, las acciones quedan sin horizonte. La fundamentación refiere a la argumentación (explicación no solo teórica sino también ética y política) sobre la elección de aquellas acciones que decidimos llevar adelante y de aquellas que decidimos dejar afuera.
- **Fundamentos.**
- **Sujetos:** toda intervención profesional involucra sujetos, tanto a los de la acción profesional pero también otros sujetos profesionales, el personal de la institución, los funcionarios políticos y nosotros mismos como sujetos profesionales.
- **Espacio / tiempo:** La ciencia moderna concibe al tiempo y al espacio como factores exógenos constantes de la realidad social, conformando parte de nuestro entorno natural. De esta manera la delimitación temporal y espacial de un objeto de estudio, se efectúa en un contexto espacio-temporal que aparece como telón de fondo, como historia preexistente que no se debe dejar por fuera. Por otro lado, la noción de tiempo debe contemplar la multiplicidad y las formas nuevas en que hacen su aparición los espacios, debe incorporar la perspectiva de construcción de ellos. Un espacio no solo es materialidad, sino también es simbólico, está representado. Lo material y lo simbólico están asociados aunque tengamos que hacer diferencias en algún momento por razones analíticas; siempre implica arraigo y va mas allá del espacio físico con el que nos referenciamos.
- **Cuestiones instrumentales:** refieren al cómo de la intervención. Las técnicas e instrumentos constituyen el andamiaje de las estrategias de intervención y siempre

son “elegidas” y/o construidas desde el entramado teórico en tensión con los aspectos de la realidad o situaciones/problemas que requieren de modificaciones.

El territorio como parte constitutiva de la intervención.

En palabras de Carballeda en “Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica”: *“el territorio es el espacio habitado, donde la historia dialoga con el presente y permite a partir de reminiscencias construir una idea de futuro o incertidumbre. El territorio se transforma en un ‘lugar’ delimitado por lo real, lo imaginario y lo simbólico. Esa delimitación marca los bordes que encierran al territorio en sí mismo, esas orillas están en constante movimiento”*.

En el campo de la intervención conviven dos formas de definir y delimitar los territorios. La primera, siguiendo a Carballeda, se expresa en mapas oficiales, aéreas programáticas, etc. La segunda forma de construcción del territorio y sus márgenes es partiendo de las propias simbolizaciones de quienes habitan estos lugares. En éste contexto, siguiendo al autor, el territorio y el escenario de intervención son lugares definidos por la palabra, el discurso que ese “otro” puede hacer del lugar y de todos sus componentes, además también a través de la palabra se da el sentido de pertenencia a los espacios/territorios.

Para Carballeda, el territorio es entendido como un espacio de contención de los escenarios sociales que se encuentran en cambio constante; y a su vez, estos territorios pueden hallarse en forma heterogénea y requieren tanto diferentes lógicas como diversas formas de comprensión y explicación de los problemas sociales que en ellos se enmarcan. Carballeda pone de relevancia el hecho de que en estos escenarios habitados por diferentes grupos sociales, se inscriben las pérdidas de lazos sociales y fragmentación vincular que determinan diversas formas de padecimiento.

Así, los escenarios de intervención en lo social pueden entenderse como espacios que contienen una conjugación de elementos que se expresan en él como la existencia de un

texto, es decir, una narrativa histórica que contiene en sí y le otorga al texto y al escenario distintos mandatos y roles a sus actores.

Según Carballeda, el texto refiere un decir de los sujetos implicados, cómo nombran y el lugar que le dan a los espacios que habitan, donde viven, se mueven y actúan. En síntesis, a través del texto se expresa la subjetividad y significaciones de los actores. Sin embargo, resalta que no debemos olvidarnos que en este escenario de intervención, que el autor también define como espacio micro-social, existe un “detrás de escena” que condiciona y construye estos escenarios. De este modo, la intervención se presenta también como un mecanismo que intenta sacar a la luz aquellos que no se dice, que no se ve, que se encuentra detrás de escena.

Los escenarios de la intervención en lo social se ubican de forma dinámica en diferentes territorios. Así como el lenguaje es constituyente de la realidad de esos escenarios/territorios, también es un elemento que denota lo material y lo simbólico, como así también, como dice Carballeda, discursos a develar. Sin embargo, en el desarrollo de la vida cotidiana también se construye sentidos, lo simbólico y lo material, junto a la subjetividad de cada actor y sus significaciones.

A pesar del dinamismo de lo social, es en el marco de la intervención que se ancla y se detiene en un espacio: es el territorio, donde dijimos que se constituye el escenario.

Es en este marco donde se construyen estrategias de intervención e intervenciones. El territorio es donde se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos; el territorio es donde se configura la institución, y a su vez es lo que los sujetos ponen en palabras cuando tienen que dar cuenta de las situaciones que los llevan hacia el centro de salud. Es impensado llevar adelante la construcción de una intervención con sentido si en su planificación no tenemos en cuenta el territorio, los escenarios que habitan la diversidad de sujetos y grupos sociales objetos de nuestra intervención.

CAPÍTULO III: APROXIMACIONES AL CAMPO ASISTENCIAL.

ASISTENCIA SOCIAL

Para dar cuenta del concepto de Asistencia Social, rescato el aporte de Melisa Campana, quién plantea a la misma como “el subsistema (dentro del sistema de protecciones sociales público-estatales) conformado por servicios, prestaciones y normativas que el Estado despliega a los fines de atender un conjunto de problemas sociales, así como de prevenir y eliminar las causas que conducen a situaciones de precariedad social” (Campana; p.8).

De la definición brindada por Campana, la misma subraya la noción de precariedad que retoma de Judit Butler, quien define a la misma como *una condición inducida en la que una serie de personas quedan expuestas al insulto, el estigma, la violencia y la exclusión, con riesgo a ser desprovistas de su condición de sujetos reconocidos*. Para Campana, la precariedad es transversal a la clase, la raza y el género. Es una condición más que un atributo poblacional; y dice que, sin embargo, existen propuestas de intervención que intensifican esa condición precaria, es decir que no siempre, dice, es una población excluida, dejada de lado, sino que además es producida en la misma exclusión.

Las prestaciones relacionadas con la asistencia social son de naturaleza diversa: de carácter técnico (servicios de información, diagnóstica, mediación, asesoramiento, apoyo, acompañamiento, protección jurídica y social); de carácter económico (prestaciones dinerarias, periódicas o puntuales, concedidas a personas o familias para apoyar procesos de integración social o paliar situaciones de necesidad); de carácter material (alojamiento temporal o continuado, centros de día, atención domiciliaria, manutención alimentaria). La asistencia social es más que la atención a la pobreza; muchas de sus funciones son transversales a áreas no tradicionalmente asociadas a la asistencia social; discutir la asistencia social en relación a sus funciones implica necesariamente discutir una reforma institucional, lo que también lleva al debate sobre necesidades y recursos.

En relación a la asistencia, Melisa Campana plantea a la misma como derecho, y realiza una distinción de esto en cuanto a que no es lo mismo que el derecho a la asistencia. Si se habla de derecho a ser asistido, ponemos la carga en ese “ser asistido”, con lo cual: primero, la asistencia no tiene contenido específico; segundo; queda en absoluta vaguedad cuando, en qué condiciones y quienes tendrían derecho a ser asistido; tercero, se presupone un “ser asistido”, esto es, un sujeto asistido y, con ella, un “modo de ser” asistido que implica efectos de subjetivación concretos.

Si hablamos de la asistencia social como derecho, ponemos en discusión al menos: el contenido de la asistencia (qué prestaciones ofrece, que necesidades atiende, etc.); su estructura y organización (si sus acciones estarán centralizadas o descentralizadas, que instancias estarán a cargo de su gestión, cuáles serán sus fuentes de financiamientos y cómo se asegurara el mismo, etc.); la estructura, organización y gestión de los servicios sociales (infraestructura, personal, normativas, etc.).

Campana, tomando a Ana Arias, dice que la asistencia social como derecho implica deslindar las dimensiones asistencial y promocional. Pensar la asistencia social como derecho supone superar el “meanstesting” (la comprobación de medios y necesidades) y luego clarificar los beneficios o prestaciones o servicios, a quien le compete, como y donde se ofrecen, como se financian, cuales son los criterios de acceso y permanencia, cuales son los canales que garantizan su exigibilidad, etc. En definitiva, qué es lo que la asistencia social debería garantizar de forma inexcusable.

Hoy, en el contexto actual, defender las protecciones en clave de derecho es no solo estratégico sino necesario para no seguir corriendo los límites de “reconocibilidad” de un otro y la condición de “humanidad” que se estrechan día a día. Entendiendo que garantizar la asistencia en clave de derecho aporta a la construcción de ciudadanía de los sujetos.

Melisa Campana, resalta la importancia de construir e implementar un espacio para pensar una política de asistencia social en clave de derecho, que sea capaz de disputar el sentido de las protecciones sociales, no apenas como ayuda, dádiva, filantropía, responsabilidad social empresaria, voluntariado social, caridad; sino como aquellos bienes

y servicios a los que las personas tienen derecho porque forman parte de esta sociedad. Se debe entrar a disputar de lleno el sentido, el enfoque de la protección social.

Descentralización y asistencia social en Rosario

A partir de las consecuencias sufridas por los estados locales por las políticas de descentralización y a raíz de las consecuencias de la crisis socioeconómica de los 90, se debieron enfrentar la reestructuración del estado, en palabras de Garma y Castro Rojas: *"Los municipios se enfrentaron al desafío de aumentar la capacidad técnica y de gestión de los gobiernos locales y , sobre todo, de pensar en la formulación de programas sociales que pudieran dar respuesta a las demandas de la población más afectada por estas transformaciones y a la creciente 'localización' de las demandas de los/as ciudadanos/as"* (Garma, Castro Rojas; 2013).

Particularmente en Rosario, siguiendo el artículo citado de Garma y Castro Rojas, se propuso construir "un modelo de ciudad basado en la planificación estratégica, la modernización de la gestión y el acercamiento a los/as ciudadanos/as a través de la descentralización". Desde entonces, y gozando de una imagen positiva a través de las acciones llevadas a cabo en salud pública, todos los programas locales apuntaron a generar una democracia local más participativa y eficiente, más que nada en relación a la atención al vecino/a y apuntando hacia el acercamiento del Estado a través de sus instituciones. Un claro ejemplo de participación concreta en relación a la participación de la población para la resolución de las demandas y ejecución y/o construcción de políticas más eficientes se encuentra el Presupuesto Participativo que aún perdura, donde vecinas y vecinos votan diferentes propuestas que son elaboradas previamente a través de un proceso de asambleas.

En el artículo desarrollado por Garma y Castro Rojas, ponen de relevancia las demandas sociales que llegaban de parte de los vecinos/as y organizaciones sociales, referidas al hábitat social, la vivienda, la seguridad comunitaria, el empleo y a la violencia, y hacen mención del déficit que presentaban y aun hoy presentan las políticas de educación, de salud, de infancia y vivienda como para repensar las respuestas de intervención social

que el contexto de aquel entonces, por los años 2003 post crisis requería y que en la actualidad todavía requieren.

Desde lo que era conocida como la Secretaría de Promoción Social, partía, como cito los ejemplos pero desde el efector, la asistencia directa: "mediante comprobación previa de la situación de vulnerabilidad social de la persona o grupo familiar, consistía en otorgar subsidios monetarios focalizados en quienes atraviesan situaciones de emergencia por razones climáticas o incendio, para traslados por situaciones de salud o para emprendimientos personales vinculados a un oficio. También se realizaban diferentes tipos de gestiones por DNI, pensiones o Tarjeta Única de Ciudadanía (TUC) cuando otras dependencias así lo requieran y el 'caso' lo amerite" (Garma y Castro Rojas; p.18;2013); ésta gestión se completa con un conjunto de programas dirigidos a grupos específicos privilegiando el trabajo en territorio. Actualmente, estas tareas son llevadas a cabo por el Servicio de Atención Ciudadana.

Los recursos económicos relacionados a la asistencia directa son escasos en comparación a las diversas demandas, y además son recursos centralizados, porque no están ni dependen de una decisión que pueda partir desde el territorio, los distritos o de quién debe abordar la demanda sino que la disposición de ellos se encuentra al nivel de la Coordinación que no se localiza en la periferia donde si están los efectores.

El puente con este nivel central de intervención o se da a través de canales y espacios formales por parte de los vecinos/as que deben en algunos casos realizar un recorrido institucional y burocrático para dar con respuestas, o bien a través de los centros de salud o instituciones del territorio que son los encargados de transmitir las demandas/necesidades referenciándose a veces a través de colegas que están en los órganos centrales o tienen más incidencia en la comunicación o toma de decisiones, o bien a través de los distritos que luego canalizan las demandas y/o consultas a través de vías institucionales y siempre burocráticas . Mediante estos ejemplos que observé durante el transcurso de mis prácticas, queda claro que la definición, la decisión de prioridades, y la definición de lo urgente, tanto así como la disposición de los recursos para dar respuesta, siempre parte desde la coordinación y organismos centrales.

Así, sin embargo, los procesos de descentralización tienen la intención de promover acercamiento a los vecinos/as, mejorar las gestiones y el desarrollo de las capacidades de dirección e intervención del estado municipal para promover el desarrollo de la ciudad.

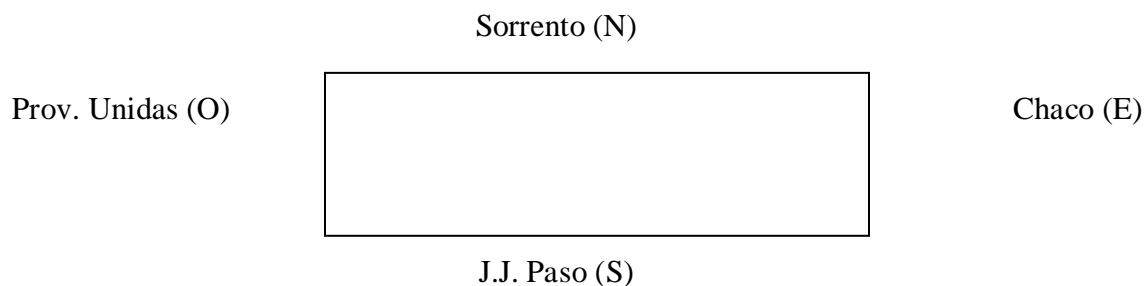
De todas formas, más allá de la impronta de acercamiento que se ha promovido desde el campo asistencial y las propuestas planteadas de vinculación con el territorio y de cómo pensarlo, las decisiones siguen estando en el "centro", como dije anteriormente. Esto implica que en muchas oportunidades los sujetos quedan perdidos en un espiral institucional que no da respuestas o da respuestas tardíamente. Además, otra consecuencia fundamental de este sistema de organización es el desgaste en el día a día tanto de vecinos y vecinas como de los mismos profesionales que se encuentran en el día a día, cuerpo a cuerpo, con el universo de problemáticas que se presentan en el centro de salud intentando dar respuestas.

CAPÍTULO IV: ESPECIFICACIONES SOBRE EL CENTRO DE SALUD “JUANA AZURDUY”

Centro de salud Juana Azurduy

Como dije al inicio del presente trabajo, el centro de salud correspondiente al primer nivel de atención se ubica en la zona noroeste de la ciudad de Rosario, atendiendo a un total de aproximadamente 30 mil personas provenientes en su mayoría del barrio Empalme Graneros pero también de barrios como Ludueña, Los Pumitas, y barrios aledaños, incluso vecinos referenciados en el centro de salud Pablo Sexto que tiene directamente otro alcance territorial.

Limitación grafica territorial o área de influencia del Centro de salud “Juana Azurduy”:



El Centro de Salud “Juana Azurduy”, hasta al menos el año 2016, estuvo conformado por el siguiente equipo de profesionales: cuatro enfermerxs, cuatro administrativxs, dos odontólogxs, dos psicólogxs, una trabajadora social, ocho médicxs generalistas, un médico pediatra, una farmacéutica, una fonoaudióloga, una tocoginecóloga matricial, un psiquiatra matricial; además del personal de limpieza, personal de seguridad. También contaba con la visita mensual de una médica psiquiatra neonatóloga y del equipo de la Dirección de Inclusión para personas con discapacidad.

Además del centro de salud como referencia estatal y como institución anclada en territorio, también se encuentran las escuelas provinciales de enseñanza primaria: N° 1319 y la N°456 y las escuelas secundaria N° 251 y técnica N° 66030; las Bibliotecas Libertad y Mariano Moreno, los Clubes barriales Reflejos, Social y Deportivo Gloria, el Centro de

Salud Provincial N° 17 “Cáritas Guadalupe” y Centro popular, el Centro Crecer nro. 11, dos Iglesias católicas, más de 20 iglesias evangélicas, tres centros de jubilados, una vecinal con servicios básicos de atención de salud, dos comisarías, centros comunitarios y copas de leche distribuidos en las zonas de asentamientos irregulares.

Siguiendo esta línea, desde el centro de salud se había realizado una descripción de las zonas de influencia de la institución, dividiéndolas en tres microáreas que se detallan a continuación:

- La primer microárea está conformada por un asentamiento irregular de casillas, cuya población está conformada en gran parte por migrantes de provincias del norte del país (Chaco, Santiago del Estero, Corrientes) y del Paraguay. Esta población se sustenta mediante reciclaje de basura y changas esporádicas de albañilería. Algunas familias son beneficiarios de los denominados planes Sumar/Asignación Universal por Hijo. Es característico en esta zona el asentamiento diario de nuevas familias, que se instalan en un área con condiciones de urbanización de extrema vulnerabilidad, con calles sin pavimentar, sin red cloacal ni agua potable. Las viviendas son ranchos o casillas de chapa y material con sistemas de conexiones eléctricas irregulares. La accesibilidad al agua en esta área representa uno de los principales problemas debido a que no existen conexiones de red potable ni canillas públicas, por lo que el abastecimiento se realiza con una cuba de agua que pasa por la zona tres veces por semana. Esta microárea tiene como límites geográficos al norte Av. Sorrento, al sur Juan B. Justo, al oeste Av. Provincia Unidas y al este la calle Garzón.
- La segunda microárea, no urbanizada tiene como límites las calles Garzón al oeste, Ottone al este, Juan B. Justo al sur y el arroyo Ludueña al norte. Está conformada por una población migrante aborígen de la etnia toba de una zona de Chaco (principalmente Castelli y Saenz Peña) y del norte de Santa Fe. La componen familias en condiciones de extrema pobreza que habitan casillas de chapa o cartón, con piso de tierra, asentadas en calles sin pavimento ni mejorado, sin sistema cloacal y con canillas públicas con prolongaciones de mangueras para cada casilla. Esta población se sustenta fundamentalmente a través del mendiguo de mujeres y

niños, reciclaje de basuras (sobre todo la venta de cartones) y, en menos proporción, algunas familias están inscriptas en el plan Sumas/Asignación Universal por Hijo.

- La tercer microárea engloba una población de clase media baja, de larga residencia en el barrio, que podría incluirse en la categoría de nuevos pobres o sectores medios empobrecidos. Se trata de un área urbanizada con calles pavimentadas, instalaciones cloacales y provisión de agua potable, diferenciándose una zona comercial con gran circulación de tránsito. Cuenta con un sector de población de ancianos con cobertura de seguridad social, principalmente de Pami y, a la vez, con familias cuyo sustento son los trabajos temporarios o empleos “en negro” sin cobertura social. Sus límites son: al norte, calle Juan B. Justo, al sur José Ingenieros, al oeste Ottone y al oeste Av. Provincia Unidas.

Primer nivel de atención de la red de salud pública y la gestión de recurso frente a las diversas problemáticas

Teniendo en cuenta el recorrido teórico realizado anteriormente en relación a: salud-APS, sus características e impronta a nivel provincial como municipal; asistencia e intervención, es que en este marco haré un breve análisis de lo que, desde mi punto de vista, he identificado como un problema a abordar desde el trabajo social en este nivel de atención: la gestión de recursos frente a la gran y diversa demanda que llega a la institución, aunque previamente he hablado sobre esta problemática sin explayarme demasiado.

Para empezar, es necesario identificar a los centros de salud como referencia estatal para la población, muchas veces como única en el barrio. Tanto es así, que las demandas o las consultas que llegan a trabajo social directa o indirectamente, de consulta espontanea o por derivación de otras instituciones o profesionales, como también consultas derivadas intra-institucionalmente, son de diversa índole.

Las y los trabajadores sociales insertos en el campo salud, más específicamente, aquellos que se desempeñan en el primer nivel de atención de la red de salud pública, han realizado una sistematización de las demandas que llegaron a trabajo social en sus

correspondientes efectores durante el lapso de un año. Me parece importante repasar el informe que arrojaron estas sistematizaciones/codificaciones para poner en evidencia la cantidad y variada demanda existente, volcada en datos concretos, con las que se encuentra el trabajo social día a día en el campo salud, aunque de todas maneras el informe sea acotado, teniendo en cuenta que no participaron de la redacción del mismo todos los centros de salud de la ciudad de Rosario.

Como dije, estos datos responden a la información brindada al Departamento de Trabajo Social, y corresponden al periodo 2015. El informe abarca a 11 centros de salud, un hospital de tercer nivel y al Instituto de Rehabilitación (ILAR).

❖ INFORME TRABAJO SOCIAL 2015

Se ingresaron un total de 792 pacientes a través del sistema informatizado.

La siguiente tabla muestra el ranking del total de atenciones según las problemáticas atendidas en estos centros. Se observa que en primer lugar se encuentran los problemas relacionados con la limitación de las actividades por discapacidad (1304 atenciones), siendo este problema más frecuente entre los pacientes mayores a 18 años, esto tiene que ver con el perfil de atención del Instituto ILAR, que es el que mayor número de pacientes registró en el sistema informatizado. En segundo lugar se encuentran las atenciones por problemas relacionados con la no disponibilidad de atención de salud (493 atenciones). Entre los pacientes menores a 18 años tienen una frecuencia importante las atenciones debidas a ‘problemas relacionados con el grupo primario de apoyo’.

Atenciones según edad y diagnóstico:

Atenciones según diagnóstico	Edad				Total
	<12	12 a 17	18 y +	Sin especificar	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES POR DISCAPACIDAD	327	59	916	2	1304
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ATENCION DE SALUD NO DISPONIBLE O INACCESIBLE	90	34	369		493
PROBLEMAS RELAC CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y LA CASA	28	65	265	4	362
PROBLEMAS RELACIONADOS CON BAJOS INGRESOS/SIN INGRESOS	11	17	297	3	328
OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO	69	77	157		303

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DOCUMENTACION PERSONAL	23	42	219		284
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SEGURIDAD SOCIAL Y SOSTENIMIENTO INSUFICIENTES PARA EL BIENESTAR	43	13	164		220
PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS LEGALES	13	31	96		140
PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIVIENDA INADECUADA	12	4	111	1	128
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y LA ALFABETIZACION	55	37	35		127
PROBLEMAS RELACIONADOS CON NECESIDADES DE INSTITUCIONALIZACION APROPIADA	37	6	45		88
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMPLEO Y EL DESEMPLEO	2	1	74	2	79
DEPENDENCIA DE SILLA DE RUEDAS	29	5	22		56
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE ALIMENTOS ADECUADOS	5	4	44		53
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE VIVIENDA	1	0	48		49
PROBL RELAC C/ NECES DE ASIST DOMICIL QUE NING OTRO MIEM DEL HOGAR PUEDE PROPORC	2	2	40		44
DISPOSIT TERAPEUTICOS (NO QUIRURG) Y DE REHABIL ORTOPEDICOS ASOC C/INCID ADV	8	2	31		41
OTROS SINDROMES DEL MALTRATO	7	8	26		41
NEGLIGENCIA O ABANDONO	13	15	11		39
PROBLEMAS RELACIONADOS CON PERSONA QUE VIVE SOLA			39		39
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DESAPARICION O MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	4	5	29		38
ABUSO DE DROGAS		8	29		37
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA AUSENCIA DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	2	8	25		35
SINDROME DEL MALTRATO- NO ESPECIFICADO (SOSPECHA)	9	9	14		32
VIOLENCIA ENTRE PARES	1	3	20		24
ABUSO FISICO	3	8	9		20
ABUSO SEXUAL	5	9	5		19
PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA	2	0	16	1	19
HISTORIA PERSONAL DE INCUMPLIMIENTO DEL REGIMEN O TRATAMIENTO MEDICO	14	1	3		18
ATENCION POR EL USO DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	1	2	14		17
PROBLEMAS DEL NIÑO, ADOLESCENTE O ADULTO EN SITUACION DE CALLE	1	1	15		17
OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SANEAMIENTO AMBIENTAL (DISPOSICION EXCRETAS, RESIDUOS, BASURALES)	2	2	9		13
ABUSO PSICOLOGICO		1	9		10
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ACCESIBILIDAD AL EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y PROCREACION RESPONSABLE	1	4	4		9
ABUSO DE ALCOHOL			7		7
PROBLEMAS RELAC CON FACILIDADES DE ATENCION MEDICA U OTROS SERVICIOS DE SALUD	1		3		4
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DESEMPLEO- NO ESPECIFICADOS			3		3

SUMINISTRO INADECUADO DE AGUA POTABLE				3	3
DEPENDENCIA DE MAQUINA Y DISPOSITIVO CAPACITANTE- NO ESPECIFICADA				2	2
PROBLEMAS RELAC CON FAMILIAR DEPENDIENTE- NECESITADO DE CUIDADO EN LA CASA				2	2
PROBLEMAS RELAC CON OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES NO DISPONIBLES O INACCESIBLES				2	2
PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO- NO ESPECIFICADA				2	2
ABUSO DE TABACO		1	0		1
ATENCION POR PROCEDIMIENTO DE REHABILITACION- NO ESPECIFICADA				1	1
CONVALECENCIA CONSECUTIVA A TRATAMIENTO COMBINADO				1	1
DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS DIVERSOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS- NCOP		1			1
ESQUIZOFRENIA				1	1
EXPOSICION AL AGUA CONTAMINADA				1	1
EXPOSICION AL AIRE CONTAMINADO					1
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA				1	1
OBESIDAD		1			1
OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS				1	1
OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS				1	1
OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ECONOMICAS	1				1
OTROS TRASTORNOS DE LA VEJIGA	1				1
PERSONA SANA QUE ACOMPAÑA AL ENFERMO				1	1
PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO				1	1
PROBLEMAS NO ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON DIFICULTADES CON EL MODO DE VIDA				1	1
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ANALFABETISMO O BAJO NIVEL DE INSTRUCCIÓN				1	1
PROBLEMAS S/E RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ECONOMICAS				1	1
TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE				1	1
VICTIMAS DE INSEGURIDAD Y/O VIOLENCIA INSTITUCIONAL	0	1	0		1
Total	823	487	3247	14	4571

Al analizar los datos expuestos y brindados por el Departamento de Trabajo Social recolectados a lo largo de un año, quedan expuestas las variadas problemáticas en las que se encuentran inmersos los profesionales todos los días en el cotidiano profesional.

Como dije anteriormente, desde mi punto de vista y experiencia a través de las prácticas profesionales, mucho tiene que ver el hecho de identificar al efector como única referencia estatal para vecinos y vecinas: es el espacio donde pueden ser escuchados, donde pueden asesorarse y buscar de algún modo de respuesta a las problemáticas que los y las atraviesan todos los días en su contexto social, laboral, económico, en síntesis, en su vida cotidiana.

El problema que surge al llegar las problemáticas al centro de salud, como ya he dicho anteriormente, es el hecho que ronda en lo referido a la gobernabilidad de recursos, y más específicamente a la gestión del recurso para dar respuesta a las demandas que llegan y/o disponer y decidir sobre ellos.

Es en este punto que toma relevancia el recorrido conceptual que realice al principio del presente trabajo: demanda/problemática-intervención/asistencia social/salud-gestión del recurso para dar respuesta.

A lo largo de los tres años recorridos en concepto de prácticas profesionales, he escuchado en alguna ocasión que determinada problemática o situación que llega al efector “no corresponde a salud”, y es lo que nos ha llevado siempre a interpelarnos tanto a mis compañeros y compañeras como a mí, el interrogante ¿a quién corresponde qué, tal o cual cosa?, teniendo en cuenta el contexto social en el que nos encontramos y situando también a la institución como referencia para los sujetos que allí se acercan. Frente a esto, he reconocido una actitud de repliegue hacia adentro por parte de varias instituciones en aquel entonces, por el 2016. Es lo que ha ocurrido en reiteradas oportunidades en relación a, por ejemplo, la tarjeta única de ciudadanía. Con respecto a la TUC, los vecinos y vecinas deambulaban entre Promoción Social y el centro de salud, y cuando iban al efector, nos comentaban que se acercaban al centro de salud porque desde promoción social los enviaban a preguntar allí y hablar con trabajo social, incluso a veces decían que la persona encargada de la seguridad les decía que preguntasen en el efector. Cuando esto ocurría, se explicaba el cupo existente con el que contaba el centro de salud respecto a las TUC y en qué situaciones se utilizaban (generalmente eran alrededor de entre 5 y 10 cupos para el acceso, que se utilizaban como herramienta en alguna situación ya abordada o se pensaba como herramienta para alguna estrategia de dialogo en determinados casos), entonces se

explicaba el papel que política alimentaria “debía” cumplir en ese entonces: dar respuestas en cuanto a negativas o dar curso a los pedidos de acceso a las mismas.

Otra situación similar (con lo que debía/o no hacer determinado actor institucional) ocurrió cuando desde una de las escuelas del barrio, enviaron cartas dirigidas al efector, contando situaciones de algunas niñas y a raíz de esto, solicitaban espacio terapéutico para las mismas. En esta situación se convocó a referentes de la escuela y se planteó el rol que debía cumplir el equipo socioeducativo, sin embargo, más allá del papel que debía cumplir el equipo socioeducativo, se garantizó el espacio para las alumnas en cuestión en el caso de que se acercarán a solicitarlo los adultos responsables.

Plantee estos dos ejemplos para poner de relevancia el hecho del ir y venir que ocurre en infinidad de situaciones entre las instituciones del primer con otras que se ubican ya en el segundo, y en las que se encuentran inmersos/as vecinos y vecinas del barrio ante el planteamiento de determinada situación.

¿Qué rol cumple el trabajo social dentro del campo salud y como se relaciona con el campo asistencial?

Primero, es necesario resaltar que, como quedo demostrado a través de los datos generales del informe expuesto del Departamento de Trabajo Social, sumado a las anotaciones de los cuadernos de campo particulares producidos durante los años de prácticas, las demandas que llegan a los efectores del primer nivel de atención de la red no se relacionan estrechamente con alguna dolencia o padecimiento estrictamente biológico, vinculando a la salud, si se tiene en cuenta el enfoque más tradicional de la misma: como antónimo de enfermedad.

Sin embargo, como dije anteriormente, y teniendo en cuenta los supuestos que se han expuestos desde el municipio y a nivel provincial también, las instituciones que responden desde estas dependencias parten desde el enfoque de salud integral, y así conceptualizan o toman a la salud como proceso, donde se ponen en consideración cuestiones que van más allá de la ausencia de enfermedad, teniendo en cuenta los factores sociales y el contexto social donde se desarrolla la vida cotidiana de los sujetos.

Es desde esta visión que parte el rol del trabajo social en las instituciones ligadas al campo salud; es así como trabajo social cumple roles que van desde el asesoramiento y relevamiento hasta la construcción de estrategias para intervenir en determinadas situaciones de forma individual y/o junto a otros profesionales, instituciones y teniendo en cuenta la participación de los sujetos de intervención como parte activa en la formulación de acciones tendientes a dar respuesta a las demandas, en pos de la transformación de aquella situación que le dio origen. Hay que recordar además que las demandas llegan tanto intra como institucionalmente a trabajo social, de ahí el llamado trabajo en red que se intenta construir y sostener día a día entre profesionales de los diferentes niveles y en diferentes campos.

En este contexto es que debemos pensar también el rol de la asistencia social como campo que atraviesa a la salud pública en general, y a los centros de salud pertenecientes al primer nivel de atención, anclados en territorio, en particular.

Retomando la conceptualización que realiza Melisa Campana de asistencia social, podemos decir que la misma es transversal a diferentes campos de intervención y no se reduce a un campo específico, agotándose allí, sino que por el contrario, va de la mano con los campos donde existe el componente social. Es fundamental trabajar en los límites que construimos, consciente o inconscientemente, en cuanto al deber ser para no terminar aportando a la vulneración de derechos de los sujetos.

Hasta aquí, queda expuesta la relación entre salud-asistencia, donde entra en juego el análisis de la gestión del recurso frente a las diversas problemáticas que llegan a la institución.

Hablar de gobernabilidad de recursos me pareció acorde para describir concretamente el problema que me interesaba mencionar y exponer en el presente trabajo, pero, repensando el significado de gobernabilidad me pregunté cuanto puedo hablar de gobernabilidad en un primer nivel de atención en la red de salud por parte de un trabajador social, y la respuesta es casi nula, ¿por qué? Porque el trabajador social no cuenta con recursos propios de los que puede disponer para dar respuesta a las demandas a su criterio y así poder hablar o ubicar allí la gobernabilidad de los recursos que en determinadas

situaciones se necesitan para intervenir; sí creo que hablar de la gestión de estos recursos era lo más acertado teniendo en cuenta estas consideraciones.

Un claro ejemplo concreto de demanda/intervención -salud-asistencia social/gestión del recurso, puede ser una de las demandas que han llegado en reiteradas oportunidades al centro de salud: solicitud de materiales para la construcción para mejoras habitacionales (chapas; ladrillos), ya sean para mejorar la calidad de vida de algún paciente que se referenciaba en el centro de salud, para prevenir alguna cuestión relacionada al resguardo de factores que puedan agravar la salud de algún miembro del hogar, o para garantizar el efectivo cumplimiento de algún tratamiento y/o rehabilitación. Resulta imposible pensar que el campo salud no está atravesado por lo asistencial. En algunas ocasiones, sino en la mayoría, se referenciaba a las personas con el S.A.C. (Servicio de atención al ciudadano), dependiente de la Secretaria de Desarrollo Social o con la Secretaria de Estado del Hábitat y la Dirección Provincial de Vivienda y Urbanismo; en otras, la propuesta fue gestionar un pedido de subsidio a S.A.C. (anteriormente Promoción Social) y acompañar estos pedidos con informes médicos, proponiendo la participación desde el centro de salud en las visitas que pudieran surgir desde Coordinación y/u organismo central de decisión para dar curso a las solicitudes. Otro ejemplo se relaciona a la situación que atravesaba una vecina recientemente ubicada en el barrio por aquel entonces, quien se encontraba en estado post-operatorio, por un tumor cerebral, y se acercó al centro de salud planteando la dificultad que le significaba poder acceder a un turno para tomografías de control cada 6 meses; desde trabajo social se dialogó con trabajo social de CEMAR para poder garantizar efectivamente el acceso a estos controles y así poder transmitirle tranquilidad a la vecina.

De todas formas, entiendo que este último ejemplo habilita el debate sobre la función del equipo médico y el rol del trabajo social en referencia a la garantización de turnos y el trabajo en red que esto implica junto a otro efector. Sin embargo, son demandas que llegan a trabajo social y esto es algo que pone en cuestión al rol de la profesión en referencia al imaginario social que se construye en torno a su función, ya que puede entenderse que la gestión de turnos es tarea de los médicos como de la parte administrativa. Desde mi análisis, involucrar a trabajo social por ejemplo en tareas de éste tipo, tiene que ver con que muchas veces lxs trabajadores sociales cumplen funciones de nexos entre los

niveles de salud, intra-institucionalmente, tejiendo redes, construyendo, coordinando y gestionando recursos incluso con otros campos día tras día. Frente a estas situaciones es donde trabajo social termina por cumplir funciones que otros no realizan, convirtiéndose así en lxs denominadxs por algunos autores como todologxs. Profundizando un poco más en lo referido a la especificidad que tiene el trabajo social en salud, es innegable el papel que le toca cumplir en referencia a lo asistencial; existe y es necesario repensar como se pueden abordar estas situaciones. En las instancias de charla/debate con la tutora en ese entonces, el criterio para intervenir en estas situaciones tenía que ver a veces con el grado de complejidad que conllevaban las diferentes situaciones, se acompañaba en estas gestiones a manera de habilitar el dialogo y/o pensando en la acción como puente, para habilitar otras.

También se han gestionado informes para el acceso a partidas de nacimiento sin costo y acceso al D.N.I, como así también consulta con instituciones que brindan espacios de rehabilitación y de recreación para personas con discapacidad; en relación a este campo, se han realizado informes sociales para el acceso a la cobertura de transporte para el traslado de algunos vecinos con C.U.D. (Certificado Único de Discapacidad).

CAPÍTULO V

Propuesta de trabajo en el primer nivel de atención de la red de salud pública.

A modo de abrir otros horizontes del trabajo territorial, entiendo como necesario y urgente el hecho de pensar otras formas de abordar el trabajo asistencial por parte del Estado, puntualmente en lo que tiene que ver con el trabajo en territorio, ya que ha quedado expuesto en el presente trabajo que la organización actual, desde hace unos años no alcanza a dar respuesta a las demandas de lxs sujetxs, sino que por el contrario, terminan perdiéndose entre las diferentes estructuraciones, compartimientos, vías, instancias estatales, burocráticas, en las que buscan respuestas.

Como dije anteriormente, es innegable el hecho de que el campo de la salud está atravesado de forma intrínseca por lo asistencial, de aquí que se torna necesario el pensar cómo pueden aceptarse o construirse viabilidad en los mecanismos estatales de acceso a determinados recursos para dar respuesta a dichas demandas. Entender a la asistencia social como derecho, justamente implica esto, repensarla en términos de contenido, estructura y organización, entre otras cuestiones, y además de analizar lo que tiene que ver con la gestión de estos servicios sociales. Rescatando el aporte Melisa Campana, la misma dice que la función del trabajo social en APS fue, es y será asistencial, he invita a interpelarnos en cuanto a la mirada de cierto modo peyorativa que se ha dado a lo asistencial desde la profesión a lo largo del tiempo, entendiendo que es vital hacer énfasis en el ver y el hacer, donde lo asistencial en muchas situaciones es habilitante y funciona como puente hacia el acceso al derecho a la salud, a la gestión de servicios y entrada en circuitos socio-asistenciales. Campana piensa a lo asistencial en el campo de APS como una estrategia que busca garantizar el derecho a la salud, y para lo cual es necesario entonces interpelarnos con actitud crítica frente al lugar en el que nos encontramos frente a lo asistencial. Es en este punto que me parece necesario deconstruir la estigmatización y hasta demonización que se hace desde salud en cuanto a atender estas demandas, ya que en algunos casos intentamos correrlos, derivar, marcar el límite del campo, marcar también nuestro rol allí, y es así que las instituciones terminan por volverse a veces excluyentes, perdiendo la función que según Dubet deben cumplir las instituciones: la de socializar e instituir, y buscar

constituir y promover un orden simbólico. En este marco según Dubet se persigue la socialización (se busca socializar al individuo) y la subjetivación (se pretende constituirlo en sujeto). Volviendo al aporte de Campana, pensar a la asistencia social en clave de derecho implica entonces problematizar sobre las condiciones y la estructura sobre la que se sostiene y librar la disputa sobre el sentido de las protecciones sociales, como los bienes y servicios a los que los ciudadanxs tenemos derecho por ser parte de la sociedad.

En el marco de lo expuesto, me parece necesario insistir con la necesidad con la que cuenta salud para dar respuesta en territorio y con la que debe batallar en el cotidiano institucional el trabajo social: recursos limitados, falta de respuestas, poca resolutiveidad desde lo inmediato, toma de decisiones ajenas al territorio. Salud no cuenta con recursos propios para la asistencia social. Necesariamente se debe trabajar con otros actores y en determinadas situaciones elaborar un plan de trabajo, la mayoría del tiempo con la protagonista principal ocupando tiempos, a veces, fundamentales: la burocratización de la gestión de los recursos.

Planteo tres ejes a trabajar en conjunto en pos de enriquecer los circuitos de trabajo actuales y brindar respuestas integrales frente a la problemática con la que se encuentran los trabajadores sociales de los efectores del primer de la red de salud:

- Plantear y discutir con los referentes de cada área, lo enriquecedor de una posible descentralización en la toma de decisiones que vinculen y habiliten un circuito menos extenso y más dinámico entre los órganos centrales que disponen efectivamente de recursos y las instituciones de territorio. Descentralización en términos de que las instituciones ancladas en el barrio puedan disponer de un piso básico de recursos.
- En relación al primer eje, construir una mesa de diálogo donde poder acceder a respuestas inmediatas en el abordaje de situación que requieran respuesta de un segundo nivel.
- Fortalecer el acceso a información para los vecinos, y de esto modo la relación de proximidad Estado-Barrio: en cuanto a “lo que le corresponde” a quien, los afectados en este circuito de ida y vuelta son los sujetos, quienes padecen el desgaste de no encontrar respuesta en cada puerta que golpean.

Reflexiones finales.

A través del presente trabajo integrador final disciplinar, he intentado presentar lo que entiendo como una problemática que atraviesa al campo salud en relación de cómo éste es atravesado por lo asistencial encontrándose además en tensión con la gestión de recursos para dar respuesta y abordaje a la infinidad de situaciones con las que deben trabajar los profesionales de un efector del primer nivel de atención, como a su vez, los obstáculos que no sólo atraviesan al equipo sino que tienen consecuencias directas sobre la población con la que se trabaja.

He plasmado con anterioridad a lo largo del presente trabajo, cómo los circuitos institucionales actuales y sus coordinaciones, que tienen la potestad de los recursos que se demandan en territorio, reproducen una estructura en la que los sujetos de intervención deambulan, muchas veces quedando incluso estancados entre los compartimientos burocráticos que significan alguna probable respuesta a sus demandas. La suerte con la que corre el profesional involucrado en alguna estrategia de intervención que incluye necesariamente alguno de estos circuitos, no es muy diferente a la de la población que busca respuestas.

Si bien en el apartado que corresponde a la propuesta he dejado en claro algunas apreciaciones/consideraciones respecto el tema en cuestión, entiendo que es nuestro deber como profesionales y futuros y futuras profesionales involucrarnos en pos de agilizar estos recorridos institucionales que se nos presentan además de dificultosos, eternos y a destiempo en alguna oportunidad con lo urgente.

Habilitar y construir políticas públicas pensando en la asistencia en clave de derecho, constitutiva del campo salud es una tarea urgente. Como dice Melisa Campana, es momento de empezar a desarmar la visión peyorativa en la que se ha puesto a la asistencia y dejar de mirar para otro lado. Desentenderse del campo asistencial como transversal a prácticamente todos los campos de intervención además de expulsivo es contribuyente a la vulneración de derecho de los sujetos.

El trabajo social implica prácticas transformadoras, crítica, compromiso con la equidad, con los derechos humanos y con la justicia social. Desde mi punto de vista, es

inadmisible aportar con nuestras prácticas a la reproducción de patrones que sólo agranden la burocracia y obstaculicen demandas, vulnerando derechos o posponiendo su acceso, aunque soy consciente de que es un camino largo por desandar el de construir, formular y reconstruir colectivamente instituciones y puentes que acerquen y en el mejor de los casos sitúen los recursos concretos en territorio. Por esto es que creo de suma importancia también el proceso de elucidación que nos permite tener una vigilancia consciente y crítica sobre nuestras intervenciones: saber qué hacemos, cómo lo hacemos y para qué lo hacemos.

Sin embargo, más allá de que el trabajo social es histórico por ser promotor y operacionalizar el acceso a derechos, entiendo el desgaste diario que implica el cuerpo a cuerpo en el campo y cómo trabajadores y trabajadoras sociales son identificados como todológxs en cualquiera de los campos que se desempeñen. Los límites son necesarios y saludables para trabajar en un ambiente potable, productivo, y es aquí donde resurge el concepto de redes que hacen al trabajo y los abordajes integrales: construir redes de trabajo intra e inter institucionales sólidas deja fuera de la ecuación a instituciones y campos expulsivos. El y la trabajadora social no son héroes ni heroínas, necesitan trabajar con otrxs para promover la autonomía y garantizar derechos básicos fundamentales. El mito de todológxs es el que también debemos desarmar.

El trabajo interdisciplinario, intersectorial, crítico, con enfoque de derecho en pos de la equidad, desde el paradigma múltiple y abarcativo que resulta el de la complejidad, anclado en territorio, entiendo es el horizonte para pensar en circuitos institucionales que achiquen la grieta que por momentos emerge abismal entre las demandas y poner a disposición los recursos humanos, materiales y simbólicos para hacerles frente a las mismas; como dice Cazzaniga, una acción con sentido y promotora de autonomías es el norte.

Particularmente, a través de la experiencia que me ha brindado el cursar la carrera y transitar tres años de prácticas en el campo de salud, en dos efectores correspondientes al primer nivel de atención, me ha llevado a comprender y aprehender la constitución de lo asistencial en estas instituciones y cuan necesarios, pero aún más lejanos y extensos, son los caminos que se deben recorrer para encontrar respuestas a un universo de problemáticas que constituyen el cotidiano profesional. Como dije, el desgaste en los profesionales es una

realidad, y cuesta mucho trabajo poder reflexionar sobre nuestras prácticas y cómo acercar los recursos que faltan a disposición del primer nivel de atención de salud cuando lo urgente es condición de todos los días. A la distancia existente entre la gestión de recursos y la respuesta a las problemáticas de los sujetos debemos sumarle el contexto en el que se encuentra la mayoría de los efectores del primer nivel de atención: como únicos referentes estatales anclados en territorio, lo que deriva en un sinnúmero de consultas y demandas que van de la mano con el imaginario social respecto el rol de las y los trabajadores sociales.

Para finalizar, espero que el presente trabajo haya aportado no sé si ha a dar respuestas pero si a re-pensar ciertas prácticas y re-pensar los desafíos existentes y pendientes como es el trabajar en el campo salud en intrínseca relación con lo asistencial como la necesidad de acortar y poner en debate los circuitos institucionales burocráticos actuales para dar respuestas integrales a través de la construcción de herramientas más ágiles.

Bibliografía

- Angirama, María Del Valle. “Aproximaciones al sobre qué, cómo y para qué de la intervención profesional del Trabajo Social en Atención Primaria en Salud”. Lic. en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario. 2018.
- Bustos, R. "La inserción de los Trabajadores Sociales en los centros de salud de la provincia de Santa Fe. El caso de la ciudad de Rosario (2003-2007)". Revista Cátedra Paralela nro. 15. 2019.
- Campana, M. “Asistencia Social y restauración neoliberal”. Conferencia presentada en el Panel de Apertura del Encuentro de la Regional Pampeana de la FAUATS, Mar Del Plata, noviembre de 2016.
- Campana, M. “La asistencia social como derecho: integración y precariedad”. Universidad Nacional de La Plata, Fac. de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Abril, 2018
- Campana, M. “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. 2010.
- Carballeda, A. “Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica”.
- Castro Rojas H., Garma M. "La gestión de la política de asistencia y promoción social den Rosario (2003-2011)". Revista Cátedra Paralela nro. 10. 2013.
- Cazzaniga, S. “El abordaje desde la subjetividad”
- Cazzaniga, S. “Entramados conceptuales en Trabajo Social. Categorías y problemáticas de la intervención profesional”. 2011.
- Cazzaniga, S. “Intervención en Trabajo Social”. Facultad de Trabajo Social – UNER. 2009.
- Faleiros, Vicente de Paula. “Trabajo social e instituciones”, Humanitas, Bs. As., 1992.
- Ferrandini, Debora. “Algunos problemas complejos de salud”. Noviembre, 2011.
- Giménez Mercado, Claudia, Valente Adarme, Xavier, “El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes”. Cuadernos del CENDES [en línea] 2010, 27 (Mayo-Agosto).

- Gobierno de Santa Fe. Plan Estratégico Provincial. Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>
- González Saibene, A. "Una lectura epistemológica del trabajo social". Revista Temas y Debates, Año 1, N° 1. Julio/Diciembre de 1996. Rosario. UNR.
- Ministerio de Salud - Santa Fe. Salud Pública. Conceptos Básicos y Generales. Decreto 522/13.
- OPS/OMS. "La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". Washington, Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2005.
- Rovere, Mario. "Redes en Salud". Sec. de Salud Publica/AMR, Instituto Lazarte, 1999.
- Rovere, Mario. "Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática"
- Sautu, Ruth. "Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación". Buenos Aires: Lumiere, 2005.