

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“Transición del Trabajo Social en un contexto de pandemia”

ALUMNA: Paula Toledo Huerga

DIRECTORA: Lic. Patricia Tobin

Rosario, Septiembre de 2021

RESUMEN

Nuestro problema de investigación se refiere al rol del Trabajo Social en el Centro de Salud Eva Perón N° 6 y su metamorfosis ante el impacto de una pandemia.

La pandemia nos sorprende después de varios años de Neoliberalismo. Nos sorprende con una fuerte vulnerabilidad social, con un aparato productivo fuertemente golpeado, un incremento del desempleo y una altísima tasa de endeudamiento; lo que marca varias características de como se hace más compleja las expresiones de la cuestión social. De tal manera, también produce una fragmentación social, es decir la fragmentación de los lazos sociales y al fragmentarse los lazos se fragmenta la sociedad, se fragmentan las solidaridades.

Es allí donde el Trabajo Social, nos enseña que más que una pandemia estamos atravesando una sindemia - concepto creado por Merrill Singer, un antropólogo médico - ya que hay que analizar y enfrentar al virus desde un enfoque no solo biológico sino también social porque todas las enfermedades son sociales.

Lo que aporta el Trabajo Social es la construcción de la accesibilidad, favoreciendo el acceso a las políticas públicas que protegen, en este caso favoreciendo el acceso a la salud. El Trabajo Social ve más allá de un cuerpo enfermo; territorializa, contextualiza y sitúa las circunstancias. Va produciendo nuevas formas de contención y orientación en un contexto de tanta incertidumbre.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, quienes diariamente por muchos años me brindaron su apoyo y contención.

A mi compañero Tute, por enseñarme y acompañarme con tanto afecto y respeto.

A mis amigas y compañeras de la facultad, por todo lo vivido y aprendido juntas.

A Patricia, por guiarme con dedicación y honestidad en la elaboración de este trabajo.

A Pablo, por su tiempo en el recorrido de prácticas y entrevistas.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 - CONCEPTOS Y PARADIGMAS DEL CAMPO SALUD	8
Definiendo al campo de la Salud.....	8
Paradigmas de la Salud.....	9
Definiciones de Salud	12
Sistema de Salud en Argentina	13
Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe	17
Sistema de Salud en la ciudad de Rosario	21
CAPÍTULO 2 - ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN TERRITORIO.....	26
Origen de la Atención Primaria de la Salud	26
Definiendo la Atención Primaria de la Salud	28
Funciones de la APS.....	30
Desarrollo de la estrategia de APS en Rosario	31
Centro de Salud Eva Perón n° 6.....	34
Historia del Barrio Tablada.....	36
Orígenes del Centro de Salud Eva Perón	37
El Trabajo Social como proceso de trabajo.....	41
Intencionalidad y funcionalidad del Trabajo Social	43
Estrategias de trabajo.....	46
CAPÍTULO 3 - PANDEMIA COVID 19	50
Origen del Covid 19	50
Sociedad en cuarentena	51
Repensando lo social e institucional.....	53
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA	65

INTRODUCCIÓN

Cuando comenzamos el proceso de prácticas pre profesionales en el Centro de Salud Eva Perón n° 6 en la ciudad de Rosario fue un momento clave por un lado porque se rompieron estructuras, límites y maneras de pensar y por otro lado entendimos cuán necesario es trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente. Se devela un mundo, otro mundo más grande del que está a nuestro alrededor.

Consideramos que la salud no es un simple diagnóstico médico que se presenta como una enfermedad y se la resuelve con un medicamento. La salud va más allá de una lógica médico hegemónica, se contempla en un proceso muchas veces en clave que con el otro se va construyendo y se va vislumbrando lo que a simple vista no se ve o no se dice. Es importante dar espacio a la escucha y a la palabra para poder poner luz a ciertas cuestiones que son difíciles de tratar y resolver.

Por tal motivo, entendemos a la salud como un derecho humano fundamental que debe ser un privilegio de todos, debe estar al alcance de toda la población y debe garantizarse por el Estado ya que, los problemas de salud son problemas sociales. Podemos padecerlos individualmente o socialmente pero cómo los resolvemos cambia la perspectiva de cómo consideramos que un mundo puede ser habitable, es decir, determina nuestra capacidad de ser, un conjunto, una sociedad y, nuestra capacidad de lucha y solidaridad con y por el otro.

De esta manera, un actor primordial es el Estado. Su participación es clave para llevar a cabo tratados, acuerdos, debates que puedan realizar entre los distintos países como lo fue en la declaración de Alma Ata en 1978 donde se pensó una nueva estrategia denominada Atención Primaria de la Salud con el fin de lograr la salud para todos. Esta estrategia alcanzó una mayor accesibilidad y una atención más integral e igualitaria, además de plantear la participación y la responsabilidad de todos en la planificación, organización, funcionamiento y control de la Atención Primaria de la Salud.

En este sentido, en Rosario, a partir de los años 90 se optó por un proceso de descentralización para mejorar la condición y gestión que se encontraba el sistema de salud. Se delimitaron dentro de la ciudad seis distritos (Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste, Sur y Centro) y diversos Centros de Salud ubicados

estratégicamente para que estén más cerca del ciudadano, tanto el servicio como la administración.

De esta manera, los Centros de Salud se ubican en el primer nivel de atención, nivel que se fortaleció gracias al alcance que tuvo y a la articulación que fue creciendo con otros efectores. Esto fue posible no solo por los Centros de Salud sino por los equipos interdisciplinarios de profesionales que lo componen y lo llevan adelante construyendo con el otro, con el vecino, espacios de comunicación, encuentro de saberes, diálogos que son imprescindibles para la resolución de los problemas. Cada profesional deberá tener la responsabilidad de intervenir integralmente en la salud y deberá enfocarse particularmente en no naturalizar las situaciones sino verlas como únicas y a partir de allí abordarlas terapéuticamente conforme a lo que sea necesario en cada situación.

En este equipo se encuentra inmersa nuestra profesión el Trabajo Social. Su participación comienza y aporta a dejar de poner la mirada en lo biológico y comenzar a estudiar los modos de vivir de la población desde una mirada más integral que incluya las dimensiones históricas, sociales, culturales y simbólicas.

Objetivos y metodología

Contemplando todo lo dicho, será de nuestro interés analizar dos tiempos: pre pandemia y post pandemia. Y en este sentido poder sugerir algunas reflexiones, pensando que sucedió con el Centro de salud n° 6 “Eva Perón” de la ciudad de Rosario y que sucedió con el ejercicio profesional del Trabajador Social, y a partir de allí dialogar con autores de la profesión que trabajan estas problemáticas.

El interés por el tema surge por haber realizado, en dicha institución, el recorrido de las prácticas pre profesionales en el Centro de Salud n° 6 de la ciudad de Rosario. La concurrencia al lugar nos invita a profundizar ambos tiempos que atravesó y atravesamos en la institución junto a todo el equipo de salud. Por lo tanto los objetivos que intentaremos responder son:

Objetivo General

Analizar que sucedió en los tiempos pre pandemia y post pandemia con la institución denominada “Centro de Salud Eva Perón n° 6” del barrio Tablada

de la ciudad de Rosario y, que sucedió con el ejercicio profesional del Trabajo Social.

Objetivos Específicos

- Describir el proceso histórico a través del cual fue emergiendo un nuevo modelo de salud
- Reconocer el rol que tiene el trabajo social en la Atención Primaria de la Salud
- Identificar como la pandemia modificó las formas de intervenir y hacer trabajo social

Para responder a estos objetivos la modalidad metodológica que elegimos es la cualitativa, ya que nos permitirá indagar en los puntos de vista y el testimonio del Trabajador social. Tomando los planteos de Sautu la investigación cualitativa tiene como propósito "...analizar los procesos y fenómenos sociales, prácticas, instituciones y patrones de comportamiento, para desentrañar los significados construidos alrededor de ellos, en un contexto o entorno que puede ser de redes de relaciones sociales, sistemas de creencias, rituales, etc." (Sautu 2003:83)

La autora también sostiene que en la investigación cualitativa los datos se van construyendo a partir de unas pocas ideas y conceptos teóricos generales, apoyados en una coherente argumentación, los cuales se van nutriendo a medida que la investigación avanza.

En cuanto a los procedimientos que utilizaremos para la obtención de información, podemos mencionar las fuentes primarias y las fuentes secundarias. En lo que respecta a la obtención de la información primaria, realizaremos entrevistas semi estructuradas, que son guías de un diagrama previo y definido por los ejes a trabajar; las conversaciones están orientadas pero pueden modificarse o ampliarse en el transcurso de la entrevista.

Y para la obtención de información secundaria, las fuentes seleccionadas fueron libros, revistas tradicionales y de sitios virtuales, documentos y textos gubernamentales y textos derivados de tesinas y trabajos finales de las prácticas profesionales.

CAPÍTULO 1 - CONCEPTOS Y PARADIGMAS DEL CAMPO SALUD

El concepto de salud no es único, como tampoco lo es el de enfermedad. Son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde donde se conceptualizan. Cada época y cada contexto ha realizado su aportación con la que se ha construido el campo actual que conocemos.

En el presente capítulo tratamos de hacer un recorrido de esa construcción, dando a conocer los momentos principales que han supuesto un avance en el significado del binomio salud-enfermedad a través de diversos modelos, paradigmas y las significaciones que fue adquiriendo el propio campo.

Definiendo al campo de la Salud

El concepto de “campo” nos ha acompañado en casi toda la carrera y nos ha ayudado a pensar y repensar los espacios sociales de intervención en los cuales nos insertamos cotidianamente, invitándonos a tener una mirada amplia e integral de los distintos procesos y relaciones histórico-sociales que atraviesan nuestro ejercicio profesional, superando miradas fragmentadas y reduccionistas.

¿Por qué hablar de “campo”? Partimos de entender por “campo” una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones (Bourdieu y Wacquant; 2005: 150). Pensar en términos relacionales nos permite entender nuestras acciones en un espacio dinámico, en un entramado de relaciones permanentes, donde nos encontramos con distintos actores que poseen determinados capitales, y que a la vez ponen en juego determinadas estrategias en pos de un objetivo en común: un “capital en juego” del cual buscan apropiarse. Este capital en juego puede reconocerse como un capital económico, social, cultural (que se relaciona con los conocimientos o prestigio) y el simbólico, que determina la capacidad de imponer significaciones de manera legítima. Nos referimos a un espacio de conflictos permanentes, de alianzas y enfrentamientos, donde el poder circula y se ejerce por sobre los distintos actores y sus relaciones.

El campo se presenta así como una estructura objetiva que determinará posiciones y posibilidades a cada uno de los actores en juego: “estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del

poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera)” (Bourdieu y Wacquant; 2005: 150)

Estas “relaciones” atraviesan todos los aspectos de la realidad, tejiendo redes en las cuales el profesional se introduce, y las cuales debe develar y entender para poder intervenir. Se debe partir para la identificación de la naturaleza conflictiva e intersectorial de un campo de análisis, ya que todo campo está sometido a una dinámica de tendencias teóricas, políticas e institucionales y a una dinámica de regularidades pero también de transformaciones (Alberdi; 2003)

De tal manera, un campo tiene historia y la va construyendo ya que es una construcción histórico-social; es el producto del juego constante y permanente entre los distintos actores que van transformando e instituyendo una estructura de relaciones que busca generar un orden, mantenerlo, o en algunas situaciones “subvertirlo” en pos de un objetivo en particular. En este sentido, la historia del campo salud atravesó por distintos procesos en los cuales se han puesto en juego distintas concepciones, creencias e ideas, que han representado distintos paradigmas que estructuraron las formas de entender y comprender los procesos de salud-enfermedad.

Paradigmas de la Salud

En sus inicios la medicina se reconoció como un campo de prácticas y saberes con el objetivo de prevenir y curar las enfermedades. Al interaccionar con otras disciplinas y tecnologías se fueron desarrollando sus paradigmas (Liborio, 2009).

Si partimos desde las primeras formas de organización de las acciones de salud, nos encontramos con una “concepción biologicista” que pensaba a la salud como ausencia de enfermedades, anclada en el paradigma positivista, pensando las enfermedades como desajuste del individuo a la sociedad y desgarrando su identidad histórica y social. Es así como toma protagonismo el

"modelo médico hegemónico"¹ al cual Menéndez define como "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (Menéndez, 1988:1).

Se consideraba que la enfermedad podría estar determinada por la acción de un agente externo de tipo biológico, priorizando un sentido unicausal de la enfermedad. "Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyo una causa a la enfermedad" (Vergara Quintero, 2007:44).

Lo que sucede con este modelo es que no incorporaba otras miradas, es decir no incluía a otras disciplinas en la interpretación de la salud-enfermedad y comprendía por separado lo biológico de lo social. Lo que generaba que la enfermedad se reduzca solo al plano individual, no incluyendo en sí aquellos aspectos psíquicos y sociales. De tal manera, se consideró a la enfermedad como un hecho biológico, natural y no como un hecho social, histórico, y a la salud, como la ausencia de enfermedad, reduciendo lo humano a lo biológico, quedando el paciente ubicado en un rol subordinado y pasivo.

Desde esta perspectiva, pensamos que los médicos son formados para enfocarse en la enfermedad como la única evidencia causante de un deterioro físico, sin tener en cuenta que somos sujetos y no somos objetos que hacemos uso de la enfermedad, sino más bien que la podemos despertar y/o transportar porque somos cuerpo, mente, alma y espíritu. Con lo cual, no solo las enfermedades nos pueden afectar sino también nuestras emociones, decisiones, nuestro entorno, las condiciones de vida, lo cultural, político, económico y social. O así también lo que creemos que es saludable para nosotros mismos. Poder preguntarnos cuál fue la causa y consecuencia nos quita el enfoque sólo en la enfermedad y nos amplía la mirada a un proceso de salud-enfermedad-cuidado.

¹ Susana Beltramino se refiere al modelo médico hegemónico como un modelo con cuatro o cinco rasgos predominantes: una concepción de la salud y de la medicina que es individual, biologicista, tecnocrática, iatrogénica, medicalizante.

Aproximadamente entre los principios de la década del cincuenta y la década del setenta se comienza a cuestionar el modelo médico hegemónico cuando se decide a tener consideración a las dimensiones sociales y políticas de los fenómenos de la enfermedad. Esto permitió que los estudios y debates sobre las prácticas médicas hicieran más hincapié en lo social, no aferrándose a lo clínico sino acercándose más al conocimiento de la sociedad.

De hecho, la superación de la concepción del modelo fue gracias a una mirada más amplia e integral que tuvo su impulso en 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud, en su Constitución, busca sentar las bases de una nueva forma de entender el proceso de salud-enfermedad, detonando un nuevo paradigma conocido como “salud integral”: afirma que la salud debe entenderse como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS; 1946).

Por tal motivo lo biológico forma parte de una nueva idea de salud como desarrollo, es decir, el proceso biológico se considera como un hecho ligado a las condiciones y factores que rodean y hacen a la vida humana, incluyendo también, el medio ambiente y la participación activa de la comunidad en el proceso de salud.

Más tarde la declaración de ALMA-ATA (1978) viene a acompañar este proceso con un nuevo impulso, reforzando la necesidad de realizar acciones para proteger y promover la salud de todos los pueblos, reconociendo la salud como “un derecho humano fundamental” y poniendo el acento en la responsabilidad estatal, la descentralización, la participación social, la promoción y la prevención de la salud, llamando a todos los países a un compromiso firme con el objetivo de lograr “un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000”.

Esta concepción orientó el sentido de las políticas de salud en el último tiempo a nivel mundial y todavía lo sigue haciendo en distintos espacios. Sin embargo, más allá del consenso y la aceptación relevante, este modelo ha encontrado voces de resistencia y de cuestionamientos en el último tiempo. A pesar de haber significado una cierta superación de la visión positivista más clásica, el paradigma de “salud integral” ha sido criticado por su forma de concebir el proceso de salud enfermedad bajo una mirada “funcionalista” de la relación entre sujeto y medio social, como una búsqueda de “adaptación” del primero al segundo.

Con el auge de los Derechos Humanos y la consolidación del “enfoque de derechos” permeando las distintas políticas públicas y sociales, se puso sobre la mesa nuevos debates y discusiones que trataban la importancia de entender la salud como un derecho de todas las personas y, lo necesario para su concretización, el rol del Estado. Determinó así, entre otras cosas, que el campo de tensiones se trasladara a la concepción de “sujeto”, intentando poner en cuestión la idea de “paciente” como sujeto pasivo, para empezar a pensar en “sujetos de derechos”, sujetos activos y participes, con determinaciones y protagonismo en el proceso de prevención y promoción de la salud.

A grandes rasgos podemos entender que sobre estas cuestiones giran hoy en día las principales tensiones dentro del campo de la salud.

Siguiendo con Bourdieu, esto representa el habitus distintivo del campo, un conjunto de esquemas a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas son estructurados, conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social; pero al mismo tiempo son estructurantes, ya que son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente. Sin embargo, como ya dijimos, esto no significa que este “orden” no sea inmutable (Bourdieu; 2005).

Definiciones de Salud

Durante mucho tiempo la salud fue considerada como la ausencia de enfermedad pero en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a esta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Fue un gran avance que se consideren y tengan en cuenta otras formas de comprender a la salud, no solo aquellas físicas o biológicas que se ven a simple vista o como quien diría son la punta del iceberg, sino también aquellas consideradas sociales y mentales que muchas veces son la raíz del asunto.

La transición de un paradigma a otro fue quitando centralidad a la enfermedad y se tuvo en cuenta a la enfermedad como un factor más. De esta manera, la salud no es un concepto unívoco, sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico.

Con la mirada puesta en los numerosos factores que intervienen en la producción de enfermedades, por contraposición de la causa única, los científicos arribaron a la sustitución de este modelo por otro: el de la “multicausalidad”. La denominación multicausal hace alusión a la interacción de varios factores de diverso origen y naturaleza: estructuras mentales, hechos sociales, ambientales, económicos y políticos en la ocurrencia de enfermedad. A partir de este momento la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el ambiente, resaltando la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se comienza a hablar entonces del proceso salud-enfermedad.

En este proceso, aunque contradictorio a la vez, comprendemos y entendemos que tampoco se puede conseguir ese completo estado, más bien es algo utópico. Poder pensar a la salud como conflicto, surge del intercambio dinámico del hombre con su medio. El ser humano está en salud si resuelve los conflictos y mantiene el intercambio. El hombre conquista la salud. Según Floreal Ferrara, la salud es “la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida”. La conquista de la salud es una conquista de derechos sociales.

Sistema de Salud en Argentina

La conformación del derecho a la salud en Argentina es el resultado de una compleja construcción donde, a mediados de la década de 1940, el Estado comenzó a asumir un rol fundamental en términos de planificación, regulación y prestación de las políticas, y dio un fuerte impulso a la salud pública, pero en convivencia con el desarrollo de otros actores como los sindicatos y la medicina privada (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe).

La situación de salud de la población hace referencia a las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en la materia. En ese sentido, existen tres dimensiones centrales para el análisis: a) la situación de salud de la población, que hace referencia a un conjunto de factores combinados como conductas, ambiente, genética y sistema de salud; b) las políticas de salud y c) el sistema de salud. A las dimensiones señaladas se debería sumar una perspectiva que relacione la evolución del sector salud con la del resto de la sociedad y sus instituciones (Tobar, 2012).

Por tal motivo, consideramos que un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

El campo de la salud en Argentina adquiere su identidad y sus particularidades en la comprensión histórica de distintas formas de garantizar su acceso en todo el territorio. Sus formas actuales sólo pueden ser comprendidas como resultado de una construcción socio-histórica y política en la cual se enmarca una puja constante entre las formas de cobertura garantizada por la protección de la seguridad social, la salud pública estatal y por la medicina privada. Es así que, en nuestra etapa actual, y debido a los distintos procesos de reformas sociales y políticas de las últimas décadas, el campo de la salud Argentina se encuentra altamente fragmentado y con poca capacidad de organización y coordinación entre los distintos “subsectores” mencionados.

Antes de desarrollar la descripción de los subsectores, nos parece conveniente realizar un breve recorrido por la historia que atravesó a nuestro sistema de salud.

Siguiendo a Tobar (2012), se pueden considerar históricamente cuatro periodos: el primer periodo, es aquel denominado “Policía Médica”, caracterizado por un Estado Liberal que solo intervenía para controlar y evitar la propagación de epidemias y para vigilar y disciplinar a la población. De ahí surge la denominación de policía médica. Este tipo de Estado consideraba a la salud como un asunto privado y no público.

Nos parece importante resaltar que durante estos años en Argentina, la provisión de servicios de salud fue impulsada por una vertiente comunitaria que se expresó en hospitales, dispensarios vecinales y organizaciones mutuales a la par de una oferta pública y privada de base higienista y sanitarista (entre 1880-1943)² y en ausencia de definiciones directas del Estado Nacional debido a que la Salud, a diferencia de la Educación, no figuraba entre las demandas políticas, y tampoco en la Constitución Nacional como responsabilidad entre las distintas jurisdicciones, lo que configuraba un

² El higienismo, desarrollado principalmente entre 1880 y 1920, abordó dolencias urbanas y suburbanas como la tuberculosis y el cólera y las enfermedades infectocontagiosas y problemas sanitarios en torno al conventillo o inquilinato. El sanitarismo, a partir de 1920 centró la atención en la vida rural concentrándose en el paludismo, la malaria, las parasitosis, etc. (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

encuadre débil y ambiguo que confluyó a lo largo del siglo XX en la conformación de un sistema heterogéneo (Chiara, 2009).

Con el tiempo, a mayor demanda social, a partir de 1930/40 se da comienzo a un “Estado de Bienestar” que se caracterizó por un doble nacimiento: “el del Estado responsable-garante de la Salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales” (Tobar, 2012). Este modelo cambió de perspectiva al instaurar la salud como un derecho, y se hizo cargo de prestar los servicios de atención a la población, regular los recursos, fiscalización de ambiente y llevo a cabo campañas de prevención, creación de hospitales.

A partir de la primera presidencia de J. D. Perón en 1945, el sector público ocuparía un lugar predominante en la prestación, diseño y desarrollo de las políticas del sector, con la creación del Ministerio de Salud de la Nación en 1949 (Cetrángolo y Devoto, 2002).

El desarrollo del sistema de Salud pública irá en paralelo con el desarrollo del modelo de seguro social, expresado en un esquema de protección vinculado al mundo del trabajo, que implicó el pasaje del seguro individual y voluntario al seguro social obligatorio a medida que el Estado fue incorporando funciones de regulación del mercado de trabajo y de las contribuciones patronales. Al mismo tiempo, van a persistir instituciones privadas de atención desvinculadas de la política estatal, que a partir de la década del setenta se van a consolidar en el marco del Estado neoliberal (Tobar, 2012).

Llegado el periodo que va de 1955 a 1976 todo lo que se había logrado cambia de parecer y se da inicio al “Modelo Desarrollista” donde el Estado deja su rol central y comienzan los achicamientos, principalmente en gastos dirigidos al área de salud y se implementan políticas de descentralización transfiriendo responsabilidades a las provincias.

Es a partir de 1976 en adelante donde el “Modelo Neoliberal” toma su protagonismo: “las fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada(...) Transfiere el conflicto a las esferas provinciales liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la

población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales” (Tobar: 2001;9).

En relación al rol del Estado en sus distintos niveles y a la morfología del sistema de salud en Argentina, es importante señalar que, a partir de 1976 y hasta la década de 1990, se inicia un proceso de descentralización administrativa de establecimientos y hospitales nacionales que pasan al ámbito provincial y municipal, sin la transferencia de recursos para financiar los mismos. La descentralización generó una doble situación: promovió una mayor autonomía relativa entre los actores del nivel subnacional y dejó en evidencia los límites en las condiciones institucionales y presupuestarias de las provincias para sostener las políticas del sector en un contexto de fuertes diferencias regionales. (Chiara, 2009).

Más allá de los embates que sufrió la salud pública durante los duros años del neoliberalismo más crudo de nuestro país, donde la defenestración de lo público y el achicamiento del Estado fueron de la mano con la descentralización del sistema de salud y la ponderación de la medicina privada, en la última década se ha visualizado un reposicionamiento del Estado a través de una gran variedad de políticas sociales y de salud, privilegiando un discurso de inclusión y de la salud pública como un derecho de todos:

“(…) los cambios ocurridos en la última década en nuestro país y en la región, muestran signos de diferentes intentos de alternativas desde una presencia del Estado en la vida social, que va desde la intervención en la economía hasta la generación de nuevas políticas sociales y sanitarias ligadas a paradigmas centrados en la defensa de los Derechos Humanos y la inclusión social” (Carballeda; 2012:2).

Es así que en esta trayectoria, el sistema de Salud en Argentina se encuentra dividido en tres subsectores: público, de la seguridad social y privado; se caracteriza por su alto nivel de fragmentación y desintegración producto de su compleja evolución y donde se juegan las disputas entre actores claves por el control de ciertos aspectos del sistema (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe).

El “subsector público” se divide en tres jurisdicciones de gobierno —nacional, provincial y municipal—, se encuentra regulado por las normativas emanadas

en cada jurisdicción y comprende a hospitales, centros de salud, dispensarios, etc. El “subsector de la seguridad social” comprende a las obras sociales nacionales, provinciales y a las obras sociales que tienen regímenes especiales como las Fuerzas Armadas, las Universidades Nacionales, Poder Legislativo etc. Este sistema se caracteriza por la heterogeneidad de las instituciones que lo componen en términos de la población que agrupan, la cobertura que brindan, los recursos por afiliado y la modalidad de operación. Por último, el “subsector privado” está compuesto por la medicina prepaga e incluye prepagas, sanatorios, clínicas y servicios de características muy diversas. Es importante señalar que los dos últimos subsectores están fuertemente conectados entre sí por el sistema indirecto de contratación de servicios. (Cetrángolo y Devoto, 2002; Cursio, 2011)

Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público. Además de las desigualdades que existen de una provincia a otra con respecto a los servicios o atención que brindan.

Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe

Un sistema de salud como ya hemos desarrollado compromete todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito es realizar acciones de salud y garantizar el Derecho a la Salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“El sistema de salud incluye distintos componentes interrelacionados: del medio ambiente, de actividades educativas, aspectos de la vivienda, condiciones laborales y otros aspectos relacionados”.

En la provincia, al igual que en el resto del país, dentro del sistema de salud según la anterior definición, se distinguen tres sectores: Sector público; Sector privado; y el de obras sociales. Cada sector posee una autonomía relativa respecto de los otros. Estas diferencias residen en la estructura de la red de servicios que administra, en las fuentes de financiamiento, en el modelo de atención y en el modelo político de gestión.

El sistema público provincial de salud es administrado por el Ministerio de Salud de la provincia. Está integrado por una red de servicios y establecimientos constituida por: centros de salud, hospitales y

organizaciones de apoyo como pueden ser las redes de emergencias, laboratorios centrales, de planificación, de ejecución de políticas de salud y de regulación, incluso de los servicios que ofrecen los otros dos sectores. En base a ello se dice que el Ministerio tiene funciones de regulación.

En lo relativo al financiamiento la principal fuente proviene del presupuesto estatal, proviniendo los recursos de los impuestos que los santafesinos abonan al estado provincial. El Ministerio también define en qué y cómo se orientan estos recursos. Este es uno de los rasgos distintivos respecto de los otros sectores: el sector privado se financia con el pago directo de las personas y la venta de servicios al sector de obras sociales, mientras que el de obras sociales se financia con el aporte obligatorio de trabajadores y empleadores.

En lo relativo al modelo político de gestión, el ministerio propone para la gestión del sector un modelo democrático, con la participación de los trabajadores y los ciudadanos. Otras propuestas sostienen modelos de gestión más normativa, en el que sólo deciden funcionarios y técnicos.

Con respecto al modelo de atención, en tanto estrategia para atender los problemas de salud-enfermedad de la población, el sector público provincial se orienta siguiendo los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia fue definida por la OMS en 1978 como:

"...la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, 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 todas 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."

Los principales valores que caracteriza la estrategia de APS son:

Universalidad: toda persona tiene derecho a la salud más allá de los medios económicos con los que cuente; Equidad: en tanto respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia;

Integralidad: resolución de los problemas de salud, considerando tanto la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar; Accesibilidad: posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna. La accesibilidad tiene dimensiones geográficas (distancia de los servicios del lugar dónde las personas viven), de transporte (caminos, transporte público), de costo (precio para pagar los servicios), culturales (costumbres, conocimiento, etc.); Gratuidad: es la inexistencia de pago directo por el uso de los servicios; Calidad: garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema de salud-enfermedad que se presenta y también que se presta de manera correcta según las normas que se definen combinando criterios científicos y posibilidades económicas en un determinado tiempo y lugar. En ese sentido no siempre lo más moderno o lo más caro es lo más adecuado.

Es importante señalar que la estrategia de APS no es privativa de un centro de salud (primer nivel de atención), ni de un número determinado de enfermedades, sino que pone la centralidad en el ciudadano y la población a fin de garantizar el Derecho a la Salud. Por lo tanto, la estrategia vertebra a toda la red de servicios y establecimientos de salud. La red pública de salud está conformada por:

Establecimientos asistenciales con internación: hospitales de complejidad técnica alta o tercer nivel de atención (13 establecimientos) y hospitales de complejidad intermedia o segundo nivel de atención (aproximadamente 129 establecimientos en toda la provincia); establecimientos asistenciales sin internación o centros de salud del primer nivel de atención (450 aproximadamente); servicios de soporte: - Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias 107 (SIES 107) para traslado y atención de urgencia-emergencia; - Red Provincial de Laboratorios, constituida por servicios de distinta complejidad y especificidad (bioquímica, anatomía patológica, hemoterapia, inmunología, genética, microbiología, etc.); - Red de Rehabilitación; - Red de Medicamentos para apoyo al proceso de atención (farmacias hospitalarias, bocas de dispensa en centros de salud, depósitos regionales y los laboratorios públicos productores de fármacos (Laboratorio Industrial Farmacéutico –LIF-) y Comisión Provincial de Medicamentos.

A fin de asegurar los atributos de la APS, la red de establecimientos públicos se organiza en base a tres criterios operativos:

Adscripción de población, definida como la responsabilidad estatal por el cuidado en salud de la población pensando en la necesidad del usuario; Referencia/contrarreferencia, definida como la comunicación a mantener entre los establecimientos cuando se deriva al usuario de un nivel de atención a otro; Cuidados progresivos, organización de servicios de internación según las necesidades de atención del usuario, de forma tal que reciba servicios según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física más apropiado a su estado clínico.

Desde el año 2007, se inició un proceso de Reforma del Estado y la provincia de Santa Fe fue dividida en cinco regiones que comparten rasgos geográficos, culturales, sociales e históricos. Cada Región tiene sus particularidades y en cada una de ellas se identifican nodos de distribución y redistribución de capacidades, información y recursos. En general se ubican en la ciudad más importante de la región que es la que le da el nombre a la misma. El principal objetivo de la regionalización tiene que ver con facilitar el proceso de descentralización del Estado santafesino, lo que no es otra cosa que transferir poder a un lugar más cercano a donde las personas habitan, en el que los funcionarios y trabajadores se relacionan de manera directa con la comunidad.

Un desafío de este proceso es respetar la diversidad de cada región sin perder un proyecto de unidad provincial. La herramienta clave de esta construcción es el diálogo, para lograr acuerdos de concertación entre el Estado y la Sociedad Civil. Las asambleas participativas mediante las que se elabora el Plan Estratégico Provincial son un instrumento para ello.

La descentralización, entendida como un proceso participativo, requiere del diálogo entre todos los actores involucrados: responsables centrales del ministerio, autoridades hospitalarias, actores locales estratégicos (líderes, representantes de la sociedad civil, vecinales, usuarios etc.), de manera tal que se potencie la capacidad de gestión y resolución de problemas del sistema de salud en todos los niveles.

En cada Región se ubican las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud y su oficina regional, a la que se suele llamar Nodos de Salud.

El Nodo de salud es un actor vital en el proceso de descentralización, mediando entre las necesidades de salud de un territorio dado y los recursos del Estado para atenderlas.

Sistema de Salud en la ciudad de Rosario

El antecedente inmediato en relación a la gestión del sistema de salud en la provincia de Santa Fe a partir del año 2007 es la experiencia de desarrollo en materia de salud impulsada por la municipalidad de Rosario a partir del año 1989, que se llevó adelante a partir de la intendencia de Héctor Cavallero y la gestión de la Secretaría de Salud a cargo de Hermes Binner (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe).

Durante las décadas de 1970 y 1980, la ciudad de Rosario asistió a un proceso de reducción significativa del sector público en contrapartida con el crecimiento del sector privado y de la seguridad social y en el marco de los «avatares» que durante esas décadas produjeron la configuración de un sistema de salud fragmentado y excluyente (Rovere, 2006).

La experiencia de la ciudad de Rosario fortaleció el componente de salud pública porque la «propia gestión de gobierno ha construido parte de su identidad a partir de la importancia otorgada a la salud pública en una década en la que el gobierno nacional se desentendía de ella» (Rovere, 2006: 125). Esto se da en el marco de la transición y consolidación de la recuperación democrática a contramano de la implementación del neoliberalismo a nivel nacional propiciado por el gobierno de Carlos Menem para el decenio 1989–1999 (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe).

En el año 1989, en el escenario de una crisis política y económica de gran magnitud, desde el ejecutivo municipal se produjo una convocatoria amplia a todos los actores involucrados en el sistema de salud y, entre ellos, se destacó el Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS) de la Asociación Médica de Rosario. La decisión política en el ámbito de la salud pública fue pasar de lo normativo a lo estratégico, apoyados en dos «vigas maestras: la descentralización y la participación» (en palabras de Hermes Binner).

En clave institucional, la experiencia de Rosario, de acuerdo a Rovere, se puede organizar en tres etapas: 1989–1995 Fundacional de un sistema de salud solidario; 1995–1999: Institucional y 2000–2004: Ampliación de coberturas y redefinición del territorio.

En la primera etapa, se inscriben hechos destacados, como la recuperación de hospitales, el fortalecimiento de la atención primaria y la construcción de una agenda estratégica y participativa. En la segunda etapa, se destacan la creación del Instituto de la Salud Juan Lazarte en 1994, el fortalecimiento de redes y la reasignación de recursos con criterio geográfico–poblacional y gestión de calidad centrada en el ciudadano con eje en la accesibilidad, de adentro hacia afuera «admisión–puerta de entrada», y de afuera hacia adentro «siguiendo el camino del paciente». En la tercera etapa, en primer lugar se extendió la cobertura y se consolidaron los canales de acceso a prestaciones de diagnóstico y tratamiento de segundo y tercer nivel (media y alta complejidad), mediante la inauguración del Centro Médico Asistencial (CEMAR), que se sumó a la red de hospitales en funcionamiento. En segundo lugar, en el marco de una gestión provincial ocupada en el fortalecimiento del Ministerio de Salud, se facilitó la apertura del espacio conjunto de gobernabilidad «sala de situación», que priorizó cuatro áreas: atención primaria, salud materno–infantil, medicamentos y urgencias (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe).

La Sala de situación provincial es un espacio de información para la gestión donde se desempeñan equipos interdisciplinarios, cuya función principal es integrar la información relevante producida en servicios y dependencias. Los principales destinatarios de la información son los trabajadores del sistema de salud, los actores gubernamentales y la población. Por último, se inició el proceso de descentralización municipal con la construcción de Distritos y la articulación con los Centros de salud en el territorio (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe).

Rovere (2019) propone como continuidad de su análisis asumir la escala provincial a la luz de la experiencia en la ciudad de Rosario y, en función de ello, señala un conjunto de hitos fundamentales que otorgaron al Derecho a la Salud un lugar protagónico en la gestión de la provincia. La nueva gestión del poder ejecutivo que se inauguró en el año 2007 partió de una premisa básica: el rol principal en la prestación lo debe asumir el Estado y el sector privado

debe ocupar un lugar secundario, dado que no se puede pensar en un sistema de salud si no se fortalece el sector público.

En el periodo 2007–2011, se planificó y descentralizó el gobierno, en el período 2011–2015 se articularon y consolidaron las políticas sobre la estructura de nodos que propició el trabajo en redes impulsado por la expansión de alianzas políticas y la generación de acuerdos más amplios. En el periodo 2015-2019, unos de los rasgos más importantes fueron el crecimiento de la infraestructura, la formación de recursos humanos y la consolidación de la inversión pública en salud.

En la ciudad de Rosario, destacamos que posee una importante red de servicios públicos de salud, los cuales son dirigidos por dos administraciones diferentes, una provincial y otra municipal, proveen cobertura regular de servicios a los sectores de la población de menores ingresos. La estrategia principal del sistema es la de la Atención Primaria de la Salud, la cual se lleva a cabo bajo un enfoque de prestación de salud caracterizado por la equidad, la acción intersectorial y la participación comunitaria. Involucra cuestiones como la educación sanitaria, la lucha contra enfermedades transmisibles, salud de la madre y el niño, inmunizaciones, suministro de alimentos, de medicamentos esenciales, de agua potable y saneamiento básico.

Esta estrategia se organiza en tres niveles de atención: el primer nivel está conformado por los Centros de Salud y algunas vecinales, distribuidos distritalmente en todo Rosario (aquellos de dependencia municipal son: CS 20 de Junio, CS Alicia Moreau de Justo, CS Barrio Toba, CS Casiano Casas, CS Ceferino Namuncura, CS Debora Ferrandini, CS Dr. Esteban Maradona, CS Dr. Salvador Mazza, CS Dr. Víctor Cue, CS Dr. David Staffieri, CS El Gaucho, CS El Mangrullo, CS Elena Bazet, CS Emaus, CS Eva Duarte, CS Gerontocomio, CS Itati, CS Jean Henry Dunnant, CS José Raúl Ugarte, CS Juan B Justo, CS Juan Pablo II, CS Juana Azurduy, CS Julio Maiztegui, CS La Estación, CS La Florida, CS Las Flores, CS Luchemos por la vida, CS Ludueña Norte y Moreno, CS Luis Pasteur, CS Marcelino Champagnat, CS Martin, CS Mauricio Casals, CS Parque Sur, CS Pocho Lepratti, CS Primero de Mayo, CS Roque Coulin, CS Rubén Naranjo, CS San Martín, CS San Vicente de Paul, CS Santa Lucía, CS Santa María Josefa Rosello, CS Santa Teresita, CS Sur, CS Tío Rolo, CS Vecinal amor al estudio, CS Vecinal Ángel Invaldi, CS Vecinal Antonio Paravano, CS Vecinal Barrio Plata, CS Vecinal Domingo Matheu, CS Vecinal Julio A Roca, CS Vecinal

San Martín, CS Villa Urquiza, CS Hogar del huérfano; y los de dependencia provincial también anclados en Rosario son: CS Alfonsina Storni, CS Asistencia a la comunidad CEAC, CS Dr. Ernesto Che Guevara, CS Empalme Graneros, CS Juntos Podemos Kolping, CS La Posta, CS Libertad, CS N° 10 Villa Manuelita, CS N° 11 Villa Corrientes, CS N° 12 Dr. García Piatti, CS N° 13 Fonavi, CS N° 14 Avellaneda Oeste, CS N° 15 Juan Domingo Perón, CS N° 16 Pablo VI, CS N° 17 Caritas Guadalupe, CS N° 19 La Cerámica, CS N° 2 Fonavi Super Cemento, CS N° 20 La Esperanza, CS N° 22 González Loza, CS N° 25 Fonavi, CS N° 26 de la Comunidad Organizada, CS N° 27 Ramón Carrillo, CS N° 28 Sargento Cabral, CS N° 29 Araoz de la Madrid, CS N° 3 7 de Septiembre, CS N° 36 Pichincha, CS N° 47 Comunidad Quom, CS N° 5 Pedro Fiorina, CS N° 6 Eva Perón, CS N° 8 Independencia, CS N° 9 San Francisquito, CS N° 7 12 de Octubre).

El segundo nivel funciona en hospitales de mediana complejidad (como el Hospital Roque Sáenz Peña, el Carrasco y el Alberdi); en dos maternidades; el ILAR y el CEMAR; Hospital Provincial y Hospital de niños zona norte.

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad como Hospital de Niños Víctor J. Vilela y el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez.

Esta concepción estratégica de intervención de la política de salud pública responde a las transformaciones y adecuaciones del proceso de “descentralización” que atravesó nuestra ciudad hace ya varios años. Orientada por nuevos paradigmas y lineamientos en el campo de la gestión de lo público, la descentralización fue un proceso que se inició a mediados de los años 90 en el marco de un proyecto de gobierno más eficiente, cercano y participativo, orientado por una nueva forma de gestión más eficaz, que baje a lo local y que se acerque a los barrios y a la ciudadanía, dando solución a los problemas comunitarios donde participen los distintos actores del territorio.

En ese sentido es que, por un lado, se organizó el sistema de atención en tres niveles de atención, donde los centros de salud representarán el primer nivel de atención y la primera referencia en cada barrio de la ciudad, y por otro lado se dividió estratégicamente el territorio rosarino en distintos “distritos” a partir de los cuales se organiza y distribuyen los distintos efectores. Sin embargo, más allá de las ventajas que puede anunciar este “acercamiento” al vecino o a la comunidad, es necesario traer aquí las situaciones que se presentan hoy en día en los distintos centros de salud de la ciudad: la excesiva

demanda de situaciones de distintas índoles cada vez más complejas y diversas, encuentran en estos efectores la primera respuesta (y a veces la única) ante la urgencia que representan. Esto adquiere más gravedad si entendemos que en la mayoría de los barrios son los centros de salud la única presencia visible del Estado, la única referencia y la más inmediata ante una problemática concreta.

CAPÍTULO 2 - ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN TERRITORIO

En este segundo capítulo profundizaremos sobre la estrategia denominada Atención Primaria de la Salud ya que su nacimiento marcó un antes y un después, y determinó un gran cambio en cómo pensar la salud y cómo abordarla. Además, haremos mención sobre el rol del trabajo social como disciplina y el rol del trabajador social como profesión, en una institución que aplica la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Origen de la Atención Primaria de la Salud

En la década de los '70, el mundo estaba atravesando un crítico contexto político y económico. Dictaduras militares, democracias inestables, eran algunos de los hechos. Sin embargo, en medio de todo este panorama comenzaba a conformarse un interés gubernamental por alcanzar un mayor acceso a la salud. Por tal motivo, en 1978 en Alma Ata nace una nueva idea que surge dentro de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Fue auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contando con la representación de 151 Estados y más de 100 ministros de salud de distintos países. En común acuerdo, lograron pensar y planificar una estrategia específica denominada "Atención Primaria de la Salud", la cual obtuvo un amplio consenso internacional en pos de garantizar el derecho a la salud en forma universal.

La conferencia adhiere a la concepción de Salud planteada por la OMS: "La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (Declaración de Alma Ata; 1978:1)

En este sentido, la declaración buscaba visualizar a la salud como un derecho y buscaba extender la cobertura de salud a todos los ciudadanos de cada país.

Si pensamos a la salud como un derecho y como un objetivo social, la propuesta de dicha estrategia también estaba dirigida a transformar los sistemas de salud y a mejorar las condiciones de salud en general.

Más allá de las particularidades nacionales, esta propuesta surgió y fue aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, pero también dentro de cada nación. Por lo tanto, al reconocer la desigualdad entre los países y dentro de ellos, y asumir la preocupación, la declaración de Alma Ata incorpora la participación de la población en la salud dentro de la estrategia Atención Primaria de la Salud, como un derecho, compromiso y responsabilidad de las naciones.

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos (...) debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (Declaración de Alma Ata; 1978:1)

En estos tiempos, la declaración define a la Atención Primaria de la Salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, 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 pueda soportar, en todas 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. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración de Alma Ata; 1978:2)

Se puede observar un acercamiento a la idea de descentralización, una política que comenzaba a gestionarse para reducir la participación del Estado garante y ceder responsabilidad a los gobiernos locales. Esta reformulación no implica la desaparición o disolución del Estado, sino su completa reconfiguración: de garante y protagonista central, pasa a ser a socio o cliente en una trama cuyo centro es el mercado, representado por los organismos financieros internacionales (Susana Murillo, 2008).

A partir de la década de los noventa, Argentina se sumó a la adopción de políticas neoliberales y a la aparición del mercado como la única voz autorizada para dictar la agenda pública. La desvalorización del Estado intervencionista, las estrategias de privatización, descentralización y focalización en el intento de establecer un orden, impactaron con especial dureza en la situación de la salud, la nutrición y la educación de crecientes sectores sociales (prescripciones del denominado “Consenso de Washington”).

El Neoliberalismo pisa fuerte a nivel mundial y la salud de la población es determinada por esta economía mundial. Es así como la Atención Primaria de la Salud queda relacionada con políticas de focalización que se limitan solo a una población identificada como los más necesitados. Políticas que se utilizaron para reducir el gasto social. De este modo, la Atención Primaria de la Salud pasó a ser sinónimo de una estrategia destinada a los grupos vulnerables, a los pobres, los excluidos del mercado. Pero hay que resaltar que fue gracias a las tensiones sociales que esta estrategia se haya llevado a cabo en un contexto neoliberal.

Definiendo la Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia que consiste en una manera distinta de organizar, brindar y generar salud pública y colectiva. Atraviesa todo el sistema de salud y es organizadora del sistema de atención.

La estrategia de APS coloca a la población en el centro de la escena y alrededor de ella la red de servicios. En este sentido, se la define como una herramienta que refuerza la capacidad de la población para reducir las desigualdades. Por lo tanto la salud, además de constituirse en un derecho, es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal y un elemento esencial para la construcción de sociedades democráticas.

Para resolver los problemas de salud de los ciudadanos, la APS se basó en los principios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Es decir, brinda información y educación sobre los problemas de salud; promueve el suministro de medicamentos, alimentos, agua potable y saneamiento básico; brinda asistencia materno infantil y tratamiento apropiado de las enfermedades.

Se reconoció la participación de todos los sectores y campos de actividad, sobre todo la autorresponsabilidad de la comunidad y del individuo para planificar, organizar y poner en funcionamiento la APS. Fue necesario para ello, un trabajo interdisciplinario compuesto por un equipo de salud que atendiera las necesidades de la población y también fue necesario un trabajo intersectorial para abordar los problemas en conjunto con los distintos sectores y actores de la salud que nos atraviesan, de un modo integral y funcional para romper con prácticas tradicionales, segmentarias y fragmentarias.

Todo esto fue posible gracias a la solidaridad entre los países para garantizar la APS a toda la población y así beneficiarse entre ellos.

Como describimos al principio de este apartado, la APS nació con la intención de un cambio en la organización y la estructura de los recursos humanos, físicos y materiales con el fin de que la cobertura de la salud se extienda en distintos niveles de atención y cuidados de acuerdo a los niveles de complejidad. Se pensó así para brindar mayor eficiencia, eficacia y accesibilidad a la población.

Al considerarse la APS como integrante del sistema de salud público, se constituye como la puerta de entrada al sistema de salud, como la principal referente y el primer acercamiento de los pobladores al sistema de salud. Por eso, es primordial que los equipos de salud estén preparados para intervenir de manera integral y su visión sea amplia y no reducida.

En este sentido, la principal hipótesis de Campana (2010), es que la política de APS, se convirtió en la “vía principal de territorialización” impregnando nociones de descentralización y participación, identificando y delimitando poblaciones que requieren atención específica, lo que generó una tendencia al tratamiento localizado de los problemas.

Funciones de la APS

La APS en el territorio se basa en ser la puerta de entrada, el primer contacto al cual se puede acudir cuando surge un problema de salud.

Existe una amplia cantidad de efectores de salud que conforman el sistema público provincial de salud y se encuentran organizados en tres niveles de atención con el objetivo de universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, interviniendo de manera multidisciplinaria, oportuna, con un nivel de atención asistencial adecuado en función de las necesidades de cuidado que requiera la población.

Dentro del primer Nivel, y el cual vamos a profundizar, se encuentran los efectores de salud sin internación, es decir los Centros de Salud, distribuidos en todo el territorio provincial en cercanía con la población. Cada uno de ellos está integrado por equipos de salud multidisciplinarios que se encargan de la adscripción de la población en un territorio determinado. Las actividades que se realizan dentro de este nivel son las de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, rehabilitación y tratamientos.

Esta función de primer contacto, se compone además de la accesibilidad que depende de la capacidad de resolución de cada efector o profesional, y la continuidad, que dependerá del vínculo que se desarrolle a largo plazo entre el centro y el usuario.

La coordinación es la función de enlace entre los servicios de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su efector de APS. Permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluye también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados. La coordinación se compone de dos subdimensiones: el sistema de información (instrumentos de registro) y la integración de la información (mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas).

Por último, la integralidad o globalidad, se refiere a la característica de la organización que pueda ofrecer, integral y en forma articulada de todos los servicios que la población necesita. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos

más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa respecto de los servicios disponibles (aquellos servicios con los que el centro cuenta para ser provistos cuando sean necesarios) y de los servicios proporcionados (los servicios necesarios para la población, que el centro realmente provee).

Desarrollo de la estrategia de APS en Rosario

El año 1990 es considerado como el principio de la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema. A partir de este momento la APS en Rosario transcurre por diversas etapas en el marco de las cuales se construyen nuevos valores y se introducen innovaciones en la organización y estructura de los servicios (Bascolo y Yavich, 2010).

Previo a este periodo y al desarrollo de la estrategia, fueron los hospitales considerados aquellos espacios de saber y formadores de recursos humanos. Lo que hoy denominamos centros de salud, en este periodo, se denominaban dispensarios o centros periféricos, ubicados en los asentamientos informales, y lo que se considera trabajo en APS en aquella época era sinónimo de desprestigio profesional, falta de interés científico. Esto “(...) expresaba la concepción desde la cual se trabajaba hasta ese momento; la localización de los centros era hecha en base a criterios guiados por el clientelismo político y existía un predominio absoluto del enfoque de atención de la demanda espontánea (...)” (Rovere 2006: 15). “No se puede seguir poniendo el eje del compás en el hospital y a partir de ahí decir que todo el resto de la atención es periférica y en consecuencia la población más periférica aun” (Rovere, 2006:23). Esto generó que no haya conexiones entre los diversos efectores de la salud y como consecuencia no existía derivación de pacientes entre ellos.

En este panorama, hacia 1990 con el fin de mejorar las condiciones de acceso, fortalecer los lazos y el vínculo con la comunidad, se pensó y se creó la Dirección de APS como punto de partida de la red de atención.

La Dirección, jugó un papel muy importante ya que funcionó como coordinadora de los distintos niveles y eso le dio un valor comparado con el de las demás direcciones de la Secretaría de Salud Pública; se le asignó un

presupuesto específico que le permitió la coordinación entre los centros de salud y llevo a cabo un trabajo con los hospitales. Esto ocasiono una nueva mirada, una nueva forma de pensar la atención de la salud a partir de darle un lugar reconocido a estos espacios sanitarios que se encontraban aislados, favoreciendo la creación de centros de salud y priorizando la atención medica de baja complejidad. Se buscó construir, junto a los trabajadores de las instituciones y la población, un espacio de convivencia, de comunicación; un espacio donde se puedan fortalecer los vínculos en un proceso como herramienta de trabajo. Desde entonces, con esta nueva definición y modalidad, el hospital queda relegado a resolver los asuntos que excedan la capacidad resolutoria del primer nivel de atención; los programas de atención que se realizaban en los hospitales comienzan a darle curso en los centros de salud, trasladándose los pacientes hacia los mismos.

La implementación de este modelo de atención de salud permite la lógica de trabajo en red; una red integrada e integral de servicios con la intención de generar una cercanía a la población y poder acompañarlos en sus problemas. La red, como forma de organizarse, corrompe las estructuras de jerarquización, asume la heterogeneidad y deja en claro que la relación que se establece entre instituciones es una relación entre personas, entre sujetos de derechos y no son hechos o sujetos aislados, es por eso que se construye el lenguaje de los vínculos a partir de la coordinación entre el primer nivel de atención y los hospitales.

“Redes se parece al tránsito, hay calles principales, hay zonas congestionadas, hay zonas periféricas con menos densidad de tráfico, es más geográfica, atrapa mejor la heterogeneidad. La ciudad de Rosario no es ni un círculo, ni un triángulo; tiene una geografía heterogénea y las redes del servicio de salud tendrán que ser heterogéneas como la ciudad misma, heterogénea geográfica y culturalmente, heterogénea en capacidad de respuesta a necesidades diversas, etc. (...) En el modelo de redes podemos permitirnos respuestas flexibles a necesidades diversas de la gente” (Rovere, 2006:37).

Esta lógica de redes en salud, no solo nos permite vincularnos con el afuera sino también con el adentro, es decir, nos permite vincularnos intrainstitucionalmente, ya que no solo reconoce la importancia de las instituciones sino también le da valor a los demás actores y colectivos que componen la sociedad.

Campana (2010) plantea que, con la llegada de Binner a la provincia se intenta pensar a la salud partiendo de las ideas de “red”, “equidad”, “sistema integrado de gestión de salud regional”. Todos estos conceptos fueron retomados del modelo de Salud que Hermes Binner planteó en Rosario desde 1989, cuando inició su mandato como Secretario de Salud “la idea fundamental es la de Red. La misma está conformada por tres niveles de atención. El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolución y está conformado por los Centros de Salud Provinciales, Municipales y vecinales, distribuidos estratégicamente en toda la Provincia y organizados distritalmente. El segundo nivel de atención está constituido por hospitales de mediana complejidad a donde se derivan casos con alguna dificultad. El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad y está conformado por los grandes hospitales provinciales y municipales (en el caso específico de Rosario). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias” (Campana; 2010: 212 y 213).

La idea de priorizar la estrategia y los esquemas de APS como modelo de atención tuvo que ver con la eficacia y accesibilidad que la red generaba para poder garantizar el derecho a la salud. “La estrategia de Atención Primaria de la Salud como opción política significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales, lo que implica asegurar la participación popular y la de los trabajadores, la acción intersectorial, la tecnología apropiada, y, fundamentalmente, acercar lo máximo posible las decisiones al contexto en el que los problemas se sufren. (...) la estrategia de Atención Primaria de la Salud supone la construcción de un modelo de atención que fundamentalmente implique enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la justicia y no como una ciudadanía asistida. (Secretaría de Salud Pública de Rosario; 2002: 2)

Es así que, para lograr instalar la estrategia de APS como una Política Pública de Salud se necesitó de una decisión política del gobierno como así también de una reorganización y reestructuración del Ministerio de Salud.

Como ya hemos dicho, el Ministerio de Salud, se encuentra organizado administrativa y territorialmente en nodos, ubicados en las principales ciudades de Santa Fe, son núcleos de articulación, concentración y distribución

de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de atención. Dentro del Nudo Rosario (el cual comprende los departamentos Belgrano, Iriondo, además de San Lorenzo, Caseros, Casilda, Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución) existe la Dirección de Atención Primaria de la que dependen todos los centros de salud de la provincia que están en dichas localidades. A su vez, ésta se divide en diferentes distritos o subregiones, que responden cada una de ellas a un Coordinador. Dentro del territorio de Salud del Distrito, no solamente está el centro de Salud sino también están los hospitales, donde existe articulación con el centro de salud y todas las instancias gubernamentales que tengan que ver con ese territorio. Ubicar en este engranaje a los centros de salud nos permite visualizar y comprender que estos no son absolutamente autónomos sino que forman parte de una red de servicios de salud, aun con sus diversas dependencias que pueden ser provinciales o municipales, estos coexisten entre si coordinando acciones, decisiones e intervenciones que van a influir y determinar las prácticas cotidianas de los Centros de Salud.

Centro de Salud Eva Perón n° 6

El Centro de Salud Eva Perón constituye el espacio institucional particular donde realice el proceso de aprendizaje del ejercicio de la profesión implicado en el campo de Salud Pública. Y elegimos el recorrido realizado en la institución para el objeto de nuestro proyecto de tesis.

Es una institución de carácter público provincial. Al hablar de institución nos apoyaremos en Baremblytt (2005:33) quien explicita:

“Las instituciones son árboles de decisión, es decir, una serie de prescripciones, prohibiciones, y de opciones indiferentes, que guían la vida social. De manera consciente o no. Esas prescripciones para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc. Es decir, que se plantean de acuerdo con los valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto para la sociedad en cuestión. Desde luego esas prescripciones y decisiones adquieren modalidades específicas, políticas, económicas, culturales, etc. En cada campo de la vida social. Según el grado en que esos árboles de prescripciones y opciones o decisiones estén formalizados formalizados, expuestas o registradas, las mismas pueden ser leyes, principios, máximas, códigos pautas, o solo costumbres o hábitos”.

Desde esta perspectiva pensamos a las instituciones como procesos en continuo movimiento y serán los grupos que la integran quienes pondrán en juego ese movimiento. Ese juego implica conflictos, desajustes, presupone todo menos armonía, lejos de pensarlas (a las instituciones) como procesos fijos y estables.

En el marco de estas breves consideraciones diré que el Centro de Salud Eva Perón connota un espacio institucional propio, singular, físico, material y simbólico, en donde se entrecruzan discursos y prácticas heterogéneas (económicas, ideológicas, políticas, jurídicas, técnicas, etc.) que van configurando “lo institucional” (nudo de relaciones complejas y móviles), van configurando lo que las instituciones son y lo que creen que son. Como dice Kaminsky (1989:9): “lo que son, lo que no son y lo que desean ser...compone la pluralidad de imaginarios y confunden con la realidad singular institucional”.

Esto da cuenta que toda institución a parte de expresar una dimensión funcional y simbólica también está atravesada por la dimensión imaginaria.

El “Eva Perón” se constituye entonces como un espacio particular de la actuación en la red de APS provincial, con voz propia para expresar su mirada sobre cómo se administra y se practica la salud en un determinado territorio de la ciudad de Rosario, en un tiempo histórico-social también determinado.

Al hablar de territorio nos estamos metiendo en el espacio de lo microsocioal, lo barrial, lo comunitario, con significaciones que le son propias. La territorialidad del Centro de Salud, en primer lugar, está demarcada geográficamente por el barrio conocido como “Tablada” pero legalmente llamado Gral. José de San Martín (comprende calle Necochea hasta Avenida Belgrano y desde Ayolas hasta 27 de Febrero) en zona sur de la ciudad de Rosario. Según Carballeda (2008:77) “el territorio es, entonces, el espacio habitado, donde la historia dialoga con el presente y permite a partir de reminiscencias construir una idea de futuro o incertidumbre. Allí el territorio se transforma en un “lugar” delimitado por lo real, lo imaginario y lo simbólico. Esa delimitación marca los bordes que encierra al territorio en sí mismo, pero, como tales, esas orillas están en constante movimiento.”

Historia del Barrio Tablada

El barrio Tablada tiene orígenes semejantes a un barrio de trabajadores, así es como lo denominan sus pobladores, el cual fue surgiendo al ritmo del Matadero, el Puerto, el Ferrocarril y del cirujeo de los basurales. Estas actividades laborales se nutrieron con los migrantes que arribaron al barrio, en distintos momentos de la constitución del mismo, como inmigrantes de ultramar, entre fines del siglo XIX y principios del XX, o desde las provincias del interior, lentamente en esa época y más fluidamente desde 1930 en adelante. Por su emplazamiento en el Distrito Sur absorbió numerosos núcleos familiares que se fueron trasladando desde la zona céntrica. Tuvo un límite móvil, que se desplazaba a medida que lo hacía el Matadero. El nombre de Tablada, fue dado por los bretes o corrales donde encerraban a los animales.

En este proceso de construir un lugar en la ciudad, Tablada se presenta como una “unidad dentro de lo diverso”; por un lado, el barrio aparece como una unidad diferenciada y demarcada, tanto desde lo geográfico como desde lo simbólico frente a la ciudad considerada en su totalidad. Pero al indagar su conformación encontramos que esta aparente “unidad” se transforma en un rico entramado de relaciones entre distintos sectores socioétnicos. Italianos, españoles, árabes y otros inmigrantes llegaron al barrio y junto con “criollos” y migrantes internos de las provincias de Corrientes, Entre Ríos y norte de Santa Fe fueron habitando y apropiándose diferencialmente del espacio barrial y, a la vez, construyendo su propia identidad. La gran mayoría vivían en condiciones de pobreza y precariedad similares, con niños que tenían una temprana inserción laboral, socializados en un conocimiento de oficios, habilidades y destrezas que se transmitían generacionalmente.

En los últimos 30 años ha habido cambios trascendentales en la sociedad argentina que se han sentido muy fuertemente en Tablada, especialmente los ocurridos a partir del proceso de aplicación de la economía neoliberal con sus secuelas de desempleo, subempleo y pobreza. Las políticas estatales, acompañadas por las empresas que impulsan el mercado inmobiliario, propician y profundizan las diferenciaciones socioétnicas explicitadas y van creando nuevas formas de estructuración del espacio urbano. Establecen así fronteras o espacios de fricción o cuasi fronteras sociales. Confrontación que, aparentemente, no existía décadas atrás cuando el trabajo sostenía y contenía a todas las familias del barrio. El cierre de numerosas fuentes de trabajo, entre

ellos varios frigoríficos de la zona, el levantamiento de los ferrocarriles que daba trabajo a mucha gente, la desocupación, el subempleo, ha golpeado fuertemente a las familias de Tablada. En estos momentos la posibilidad de revalorización de los terrenos, de las propiedades de muchas familias de clase media que se habían quedado sin trabajo o que sobreviven con trabajos precarios ha provocado una situación de tensión entre viejos vecinos. Para los vecinos afincados en la zona el “cabecita negra” pasó a tener connotación de peligroso, violento, enemigo, no adaptado a las normas de convivencia y relación social aceptadas y adecuadas.

Se fue produciendo un panorama con múltiples atravesamientos. Procesos de diferenciación que resuenan en los pobladores. El barrio no es la villa dicen los pobladores; hay rechazo de estas estigmatizaciones producto del incremento de las “industrias sin chimenea”, de las industrias de la sociedad de los servicios que preconiza el neoliberalismo, de la modernización motorizada por agentes privados e inmobiliarios; frutos de una política económica perversa que propone una ética individualista y desocializante y un mundo empeñado en el consumo y la inmediatez. Pero ante todo este panorama, la vida comercial, el trabajo a destajo de sus habitantes y los esfuerzos colectivos por mejorar las condiciones de vida siguen siendo un rasgo identitario del lugar. Nos gustaría remarcar que Tablada, también son sus fábricas, sus espacios verdes, escuelas públicas y sus clubes como el populoso Central Córdoba, el orgullo deportivo de muchos vecinos. Pero el avance de la droga, un fenómeno que empezó décadas atrás, transformó la fisonomía del barrio y en la otra cara de Tablada hay búnkeres, soldaditos, tiroteos y crímenes.

Orígenes del Centro de Salud Eva Perón

En este marco, encontramos que el Centro de Salud data de comienzos de los años 90 del siglo pasado. Producto del accionar de una comisión de vecinos fue impulsado como “Centro Comunitario de Salud y Acción Social” mediante la puesta en marcha de una asociación civil con personería jurídica. Funcionó en un local alquilado, de características precarias y a pocas cuadras del domicilio actual. Por aquellos años se caracterizaba por hacer reuniones sobre política, necesidades e inquietudes del barrio. Contaba con personal voluntario (enfermera y una administrativa) y se realizaba asistencia en odontología, clínica médica y de laboratorio y ecografías mediante un mecanismo de “bonos voluntarios” como lógica de contraprestación. Contó

durante un lapso acotado con la colaboración de la Iglesia del barrio que prestaba sus instalaciones para que pudieran hacerse allí trámites de documentación y/o regularización de situaciones de indocumentación.

En sus orígenes, la salud de la población del barrio no era muy buena, el único Centro de Salud que había cercano a la zona era el Pasteur y la atención no era de lo más eficiente. Esta realidad motivó a los vecinos a involucrarse en un proyecto que pudiera dar respuesta a este déficit y que fuera un referente de salud en el barrio a lo largo de su historia (la construida y la por construir). El nacimiento del centro fue la adquisición de un terreno, le prosiguió la construcción de las instalaciones y en noviembre de 1998 se formalizó la inauguración. En el 2007 bajo pleno funcionamiento como Centro de Salud de la Atención primaria, el Ministerio de Salud de la Provincia comienza a destinar partidas presupuestarias para su funcionamiento.

Sus características edilicias se asemejan al diseño de una casa con patio, habiendo en cada habitación o espacio de trabajo lavabos de manos. Al entrar por mano izquierda, se visualiza la administración, recepcionada por un hombre o mujer en sus respectivos horarios y turno. El horario de atención es de 7 a 17 hs. A mano derecha cuenta con el área de enfermería, donde se encuentran dos enfermeros y dos enfermeras. Siguiendo por el pasillo, se encuentran los espacios de atención del médico generalista o clínico, pediatría, odontología, ginecología, psicología, trabajo social, psiquiatra y; llegando al final, el dispensario de medicamentos, cocina, dos baños y el patio donde se realizan actividades o talleres recreativos.

El “Eva Perón” se inscribe en el primer nivel de la cadena de la estrategia de la Atención Primaria, adoptando los principios y los objetivos que se le reconocen desde estándares normativos que rigen a nivel internacional y que se hacen eco en la política de salud local. Este nivel privilegia la promoción y la prevención de la salud, por lo que el proyecto inicial que comprendía un servicio de guardia de 24 horas y un ingreso para ambulancia quedó sin efecto.

Los trabajadores del Centro de Salud son asalariados, forman parte de la plantilla de planta permanente dependiente del Ministerio de Salud y las vacantes que se producen están cubiertas por “reemplazantes”.

Desde el punto de vista burocrático carece de un organigrama explicitado en términos formales, lo que no implica que no se pueda identificar una

estructura orgánico-funcional a partir de discriminar incumbencias profesionales y de trabajo. Que traducen responsabilidades y compromisos desiguales. Tareas y actividades diferentes, e ingresos económicos y reconocimientos laborales también distintos, localizables por la división de áreas y funciones: coordinación, profesionales, especialidades, administración, limpieza, etc. El lugar de la “coordinación” cumple una función homologable a una “jefatura”. Prevalece un organigrama implícito que cumple funciones como tal: organiza a la institución en términos funcionales, simbólicos e imaginarios. Hay circulación de saberes, discursos, oficios que denotan jerarquías, relaciones de fuerza desiguales que evidencian también intereses en tensión, en disputa. Vale decir, hay fuerzas que luchan por mantener las cosas como están y otras fuerzas (instituyentes) que llevan el impulso de que “las cosas cambien”.

El Centro de Salud también está atravesado por otros dispositivos que son “el trabajo en red o interinstitucional” y las “reuniones de equipos”. Respecto a su articulación interinstitucional distinguimos un vasto trabajo en red. Dentro del barrio mantiene vínculos con el “Colectivo de Tablada”, propuesta realizada entre varios trabajadores en el que participan: Jardín y Escuela Vigil, la Vecinal AVROSE, la Biblioteca Pocho Lepratti, El Tablón, Club El Porvenir, el CeAC. Además, existe la “Mesa Barril” gestionada desde el municipio y coordinada por trabajadores del Distrito Sur, como secretario de Desarrollo Social, la coordinadora de Salud del Municipio, Cultura y Seguridad Comunitaria. Está presente el “Plan Abre” del Servicio Público de la Vivienda, diferentes escuelas y centros de salud, como el Pasteur y el No10. Por fuera de lo que es “Tablada” se trabaja con PAMI, Tecnicatura en ópticos del Politécnico, el Ejército de Salvación, con oficinas del Distrito Sur, Centro de noche del Programa Andrés, La Estación, Servicio Público de la vivienda y el Hábitat, Dirección Provincial de Niñez, el Hospital Provincial, entre otros.

La población que concurre al Centro de Salud se presenta como una población homogénea, tanto en clave de sus características como de sus lugares de procedencia. En lo referente a la composición etaria de esta población, aunque las edades suelen ser muy variadas, el grueso de la misma está representada por personas adultas y mayores de edad. La población menor de edad, que representa la minoría de la población, se concentra en la especialidad de Pediatría.

Dentro del área del Trabajo social con las personas que se interviene quisiéramos destacar algunas características que nos interesan: en primer lugar, nos encontramos en la mayor parte de los casos con personas adultas mayores, de distintos sexos; en segundo lugar, en las diversas situaciones se destacan ciertas problemáticas o factores causales que determinan la llegada de estas personas al efector y que giran alrededor de “tres ejes problemáticos”: la situación habitacional o de vivienda, los recursos materiales o económicos, y las relaciones personales, tanto familiares como vecinales y de amistad. Pensando en esta clave, se vuelve algo normal escuchar hablar de falta de vivienda, de condiciones de inhabitabilidad, de desempleo, de incapacidad para trabajar, de ausencia total de ingresos o recursos económicos, de problemas familiares, de abandono de persona, de lazos familiares desgastados o totalmente rotos, etc. Todas estas situaciones, que muchas veces van de la mano, se entrelazan con problemáticas que aparecen como corrientes en el día a día: consumo problemático, alcoholismo, delincuencia, embarazos no deseados, acumuladores compulsivos, y otras enfermedades como psicosis, esquizofrenia y aquellas enfermedades por transmisión sexual. Así se constituye la “materia prima” de la intervención, la cual es resultante de procesos anteriores que dejan entrever que por detrás de estos padecimientos se inscriben las trayectorias de distintos sujetos; trayectorias enmarcadas en las dificultades y perversidades de un sistema socialmente injusto, y talladas por las marcas de la vulneración, la exclusión, la violencia, la desidia del estado, el desarraigo, etc. Así se van mediatizando y construyendo las distintas manifestaciones de la cuestión social, materia prima y objetos de nuestro trabajo.

En este sentido, el Centro de Salud se ubicó estratégicamente en una zona delimitada por “enfoque de riesgo”. Se buscó construir “un distrito sanitario” organizado en torno a la definición de un espacio geográfico, poblacional y administrativo.

Siguiendo estos criterios de territorialización y delimitación poblacional, identificamos que el Centro de Salud se encuentra anclado en un territorio que se caracteriza por, segregación (muchas veces forzada), relegación, aislamiento territorial, condiciones de vida y de hábitat degradadas, baja accesibilidad a servicios públicos, vulnerabilidad social y económica de su población. Es una institución que funciona tanto “puertas adentro” como así también “puertas afuera”, en relación constante con el barrio y la población

sin generarse brechas; el peso del territorio, de las características del barrio, de las particularidades de las familias y de las relaciones vecinales que se entretajan, se transforman en datos muy visibles y con mayor nivel de llegada para los profesionales. El sujeto de nuestras intervenciones se nos presenta en gran parte cercano y otras veces como alejado de su lugar o distanciado de sus espacios de identidad propia (familia, vecinos, amigos, comunidad, barrio). El acercamiento y el conocimiento de estas particularidades, insumos fundamentales de nuestra intervención, se reducen a la posibilidad de que estas personas puedan dar cuenta de ello, o que sus familiares, vecinos y/o amigos puedan hacerse presentes en el Centro de Salud para que podamos construir juntos a ellos estas trayectorias personales.

En todo este contexto, atravesado por las implicancias del sistema público de la salud, APS y la institución, es que el Trabajo Social desarrolla su trabajo.

El Trabajo Social como proceso de trabajo

El Trabajo Social, se ubica en el Centro de Salud como un “servicio” del mismo, desarrollando su trabajo a la par de las demás profesiones y especialidades.

Para poder analizar y reflexionar sobre el Trabajo Social y su práctica en el Centro de Salud, partimos de entenderlo como un proceso de trabajo. Es decir, en primer lugar, un abordaje distinto al que he trabajado en otros momentos, más dinámico y rico desde mi punto de vista; implica entender al Trabajo Social en los procesos de reproducción de las relaciones sociales, ocupando un lugar en la división social y técnica del trabajo.

Pensar en esta clave nos aporta distintos elementos y nos exige poder pensar en distintos componentes que intervienen en cualquier proceso. En esta línea, un primer elemento para pensar el proceso es el marco o las condiciones en las cuales se desarrolla. Nos referimos a que el Trabajo Social se desarrolla en el marco de una política o institución, con una reglamentación, una lógica de funcionamiento, una estructura de trabajo determinada, que organiza y posibilita este proceso. En este caso nos referimos a la política de salud pública con su estrategia de los tres niveles de atención que mencionamos, y el Centro de Salud como efector de primer nivel. Cuando nos referimos a que “organizan” el proceso, hacemos hincapié en que tanto la política como la institución no son meros condicionantes externos, sino que son condiciones y vehículo para su realización (Iamamoto; 1998:122), son condiciones de

posibilidad: el presupuesto asignado, los recursos, las estrategias a desarrollar, los programas que se ponen en marcha, los proyectos en los cuales formamos parte, etc. En este sentido, es que una de las hipótesis es que el Trabajo Social encuentra en el Centro de Salud una “especificidad de trabajo” determinada, muy distinta a la de otros campos. Especificidad que se materializa en distintas características en relación al espacio, los recursos, las problemáticas que abordamos, el tipo de población, las estrategias y los objetivos, entre otros.

Entonces, para que el proceso se ponga en marcha, entre otras cosas es indispensable que exista ese “algo” sobre lo cual accionar. El Trabajo Social se pone en marcha en el momento en que la intervención, ese conjunto de acciones reunidas bajo la denominación genérica de trabajo social (Karsz; 2007), se encuentra con una materia prima. La materia prima es aquello sobre lo cual intervenimos, sobre lo cual accionamos nuestro trabajo: para nuestra profesión nos referimos a las nuevas manifestaciones de la cuestión social, a situaciones, problemas y demandas de los sectores más vulnerados y excluidos de nuestra población, las cuales he enumerado anteriormente y que hacen carne en los cuerpos estas personas. En algunos casos, la materia prima llega o se nos presenta en forma de demanda, como la “solicitud de intervención”, como ese “pedido” o “planteo” hacia los profesionales del trabajo social con el fin de que estos intervengan (Cazzaniga; 2007). En este sentido, creemos que es posible hacer dialogar el concepto de demanda con la idea de materia prima, entendiendo que es la demanda la manera o la vía por la cual el trabajo social se encuentra con esta materia inicial. Y en otros casos, la demanda se presenta como “espontánea”: aquellas movilizadas por personas que se acercan al Centro de Salud con el objetivo de dirigirse específicamente hacia nuestro servicio a plantearnos su demanda concreta; estas se presentan a diario, donde las personas involucradas recurren directamente al profesional en función de una problemática que quieren resolver o un pedido que quieren realizar.

Ahora, cuando un paciente llega, muchas veces, lo que llega no es un problema concreto. La materia prima se presenta aquí como una materia “bruta”, una realidad compleja y caótica, resultado de procesos anteriores que la constituyen, no como algo ya sintetizado y concreto que debemos abordar. No hay un problema o una demanda explícita, sí distintas manifestaciones que serán interpretadas de distintas maneras.

Una de las formas de aproximarnos a esas “demandas” en la política social de salud, la realizamos a través de los Informes de Trabajo Social elaborados a partir de los Registros de Atención Diaria. En estos informes se visualizan las problemáticas o diagnósticos más utilizados por el trabajador social en Atención Primaria en Salud y en los Registros de Atención Diaria, se completa información individual sobre los/as usuarios/as atendidos/as y se establece un “diagnóstico” (que se puede desagregar hasta en cuatro “problemáticas”) para cada atención. Estos diagnósticos guardan un sesgo biologicista ya que son derivados del Código Internacional de Codificación de Enfermedades llamado CIE 10. En este sentido, una de las dificultades que el trabajador social presenta a lo largo del proceso transcurrido es la posibilidad de encuadrar situaciones, en “problemáticas” o en diagnósticos, por tratarse de “problemáticas sociales complejas”, atravesadas por una multiplicidad de problemáticas. Se hace visible una tensión entre un análisis más totalizador de las situaciones y el sesgo individual, parcial que proponen los diagnósticos del CIE 10.

Intencionalidad y funcionalidad del Trabajo Social

Para este apartado nos surgieron estas preguntas: ¿Cuáles son los problemas que demandan nuestra intervención? ¿Cuáles son los problemas relevantes para el Centro de Salud? ¿Cuáles son para nosotros? ¿Por qué un problema y no otro? Las respuestas a estas preguntas nos ayudarían a responder de qué problemas, o de qué tipos de ellos, se ocupa el Trabajo Social en el Centro de Salud Eva Perón.

En primer lugar, podemos decir que el Trabajo Social se incorpora al campo salud cuando la salud comienza a ser considerada de un modo abarcativo. Es decir, la profesión se incorpora de la mano de los médicos con el modelo social de la medicina y con la consideración del sujeto en su totalidad (social, biológica y psicológica), con el fin de abordar los casos desde la totalidad de las dimensiones y concibiendo las determinaciones sociales en el proceso de salud-enfermedad. Entonces podemos decir también que el ingreso de trabajadores sociales al centro de salud tuvo que ver con poder deconstruir los procesos de atención, en un momento donde los equipos que estaban pensados en la atención primaria estaban constituidos por médicos y enfermeros. Incluso empezaron a haber trabajadores sociales en los lugares de gestión de los Centros de Salud, interpellando al discurso médico y al médico como única disciplina. Esto llevó a que se dieran procesos interdisciplinarios

de abordaje de situaciones, que años atrás eran impensados. Pensar en la incorporación de los trabajadores sociales en esos equipos es un avance importantísimo de cómo pensar a tal persona que se acerca con un problema orgánico no es solo el problema orgánico que tiene, sino que está atravesada por cuestiones subjetivas y cuestiones que pasan por lo familiar, lo económico y social. De este modo la incorporación del trabajador social estuvo marcada con poder contextualizar en tiempo y espacio al paciente y así deconstruir esa visión lineal. Manteniendo una mirada integral de los problemas de la población, corriendo el eje biologicista de la atención del síntoma de la enfermedad hacia la comprensión del modo de vida de la población, incluyendo las dimensiones sociohistóricas, culturales, simbólicas de la vida cotidiana de los sujetos.

Además, debió involucrarse de manera transversal a los equipos de referencia como apoyo matricial. Entendiendo esta función como la interacción entre varias miradas y saberes, que aporten a la construcción del problema en una propuesta organizacional que supere los modos instalados de la derivación y la interconsulta, concluyendo en la construcción de un proyecto terapéutico, que dé lugar a la escucha, a la pregunta, a la contextualización y a la desnaturalización de los procesos de trabajo. Dentro de esta matricialidad, la intervención es pensada desde dos dimensiones: singular, tiene que ver con la constitución del sujeto de derecho de la persona, es su historia, sus intereses, su deseo, no es el caso individual; y colectiva, tiene que ver con trabajar con otras organizaciones, áreas, abordando las temáticas por las que atraviesa la población. Es decir, un trabajo interdisciplinario y desde la intersectorialidad.

En segundo lugar, sumado a esta lógica, tiene que ver con las condiciones materiales que posibilitan el trabajo. Nos referimos no sólo a recursos materiales sino también a presupuesto, herramientas, tiempos, y a la cantidad de profesionales misma. En este marco el Trabajo Social orientará sus acciones teniendo en cuenta estas condiciones; buscará identificar el grado de congruencia entre el candidato y los recursos institucionales y profesionales existentes, es decir, convertir al usuario potencial en usuario institucionalmente viable. Es aquí donde radica la importancia y la necesidad de conocer los límites y las posibilidades profesionales e institucionales en las cuales desarrollamos nuestro trabajo.

Y en tercer lugar, el Trabajo Social necesita de un diálogo fluido y constante con los demás profesionales, con quienes comparte los distintos espacios de trabajo. Muchas de las intervenciones se dan en conjunto con la psicóloga, psiquiatra, ginecóloga, médico, enfermeros. Pero muchas otras veces, son estrictamente intervenciones de asistencia que le son derivadas al trabajador social porque se supone que le corresponden a él atenderlas o que sólo él puede hacerlas. Por ejemplo, gestión para lentes, lo habitacional, lo alimentario, trámite de pensiones, etc. Demandas estrictamente asistenciales aumentaron exponencialmente: chapas, tirantes, materiales, comida, empleo, etc. Es en esta gestión donde se pierde de hacer otro tipo de trabajo como lo sería un proyecto terapéutico o alguna estrategia con el grupo familiar. Se considera que el trabajo social no está ahí solo por una mirada asistencial, sino que el trabajo sería otro y no es ser gestores de lo que el Estado debería estar garantizando. Pero como esto no está sucediendo y no hay una presencia en los territorios ni lugares donde las personas puedan ir por sí mismas a hacer planteos, pedidos o demandas, entonces modifica sustancialmente la función del trabajo social, en donde el trabajador social deja, por una decisión política, de ser el trabajador social de un centro de salud y de poder pensar los procesos de salud y clínica ampliada, para ser gestor del Estado en el territorio, teniendo que filtrar en primer lugar demandas, cuestiones estrictamente socio asistenciales, a áreas que deberían hacerse cargo directamente de esto.

Sobre esta construcción, el Trabajo Social tiene la difícil pero esencial tarea de desarrollar una intervención superadora que pueda romper el constreñimiento de esta lógica. Siendo la intervención “con un otro” una característica constitutiva de nuestra profesión, es necesario pensar como nos dirigimos hacia los sujetos de nuestra intervención, desde qué lugar nos posicionamos, cómo habilitamos un diálogo, en fin, cómo generamos las condiciones para que nuestra intervención no los anule y permita que “emerja” su voz, su subjetividad. No podemos ver a estos sujetos como meros pacientes frágiles, con problemas, con deficiencias o con carencias; no podemos percibirlos como ingenuos o incapaces; no podemos encasillarlos en un lugar de “no saber”, no saber qué les pasa, cómo, ni por qué, porque eso no haría más que reducir la persona a un “caso”, reforzando una relación de poder y por ende de opresión. Es condición de posibilidad para nuestro trabajo concebir a los sujetos como sujetos plenos, sujetos sociales e históricos, con identidad, con su propia subjetividad. Karsz (2007) decía algo muy interesante a partir de esto: “No debemos diagnosticar si andan bien o mal, si cumplen o

no sus deberes, sino entender cómo se las arreglan para andar a secas (...) Las supuestas deficiencias de los usuarios no son vacíos que hay que llenar, sino un lleno que hay que acompañar y co-elaborar”.

Estrategias de trabajo

Desde el momento mismo en que nos esforzamos por identificar el/los problemas a abordar, y a partir de allí nos proponemos un objetivo que sirva de horizonte para nuestras acciones, estamos desarrollando distintas estrategias de trabajo.

Estas estrategias no sólo nos permitirán una identificación concreta y acertada de el/los problemas, sino que a partir de ellas buscaremos alcanzar el objetivo que nos proponemos, movilizando medios de trabajo, recursos, conocimientos y nuestra fuerza de trabajo misma para lograrlo.

Hablar de “estrategias” es referirnos a un conjunto de acciones, decisiones, u omisiones que desarrollamos en nuestro trabajo diario con el fin de lograr un objetivo que nos proponemos. Implica pensar todo esto en el marco de escenarios dinámicos, de conflictos, con distintos actores, atravesados por relaciones de poder. Implica reconocer los intereses en juego, las condiciones materiales de posibilidad, la viabilidad de nuestras acciones y demás elementos que se ponen en juego.

Una de las formas de trabajo implica el abordaje intersectorial de situaciones que toma diversas formas: desde la articulación con instituciones del territorio, la gestión de recursos a través de programas sociales de distintas dependencias estatales, como así también el trabajo mancomunado con instituciones estatales que abordan problemáticas sociales específicas. En este sentido, tales instituciones de diversa índole van desde: instituciones estatales a organizaciones sociales ancladas en el territorio (como los Centros de Convivencia Barrial, las escuelas, los comedores, movimientos sociales), como otras dependencias del Estado en sus tres niveles: Municipal, Provincial y Nacional. A nivel municipal se menciona al Servicio Público de la Vivienda y Hábitat (del cual depende el Programa de Emergencia Habitacional), la Secretaría de Desarrollo Social y sus dependencias (entre ellas, el Servicio de Atención Ciudadana y Área de Atención en Violencia de Género), la Secretaría de Economía Social y la Secretaría de Cultura y Educación, como también a las

instituciones de segundo y tercer nivel de la red de salud municipal (como hospitales y dispositivos de salud mental). Por otro lado, se mencionan centros de día públicos como “La estación”. A nivel provincial fundamentalmente al Ministerio de Desarrollo Social del cual dependen el Programa de Tarjeta Única de Ciudadanía, la Subsecretaría de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia, también trabajan con la Subsecretaría de Inclusión para personas con Discapacidad dependiente del Ministerio de Salud. A su vez se mencionan programas que articulan niveles provincial y municipal como el Programa Nueva Oportunidad. A nivel nacional, las trabajadoras sociales hacen mención mayormente a derivaciones a dependencias de A.N.Se.S como al Ministerio de Desarrollo Social y la dependencia de Comisión Nacional de Pensiones.

Por otro lado, como mencionamos, además del trabajo con las instituciones presentes en el territorio, se muestra un trabajo articulado con otras dependencias estatales en la obtención de recursos tanto financieros, técnicos y humanos que el trabajador social no posee. Se trata de aquellos “medios de trabajo” que se encuentran alienados. En este sentido, el trabajador social, a través de la presentación de informes sociales en diversas dependencias estatales, logran realizar gestiones sociales para responder a demandas relacionadas a la obtención de recursos materiales o económicos. Por ejemplo, al Programa de Emergencia Habitacional dependiente del Servicio Público de la Vivienda y el Hábitat, a través del cual se otorgan materiales para construir una habitación y un baño o un subsidio para comprar los materiales. Por lo tanto, el trabajador social recibía las demandas, entrevistaba a los pacientes y luego realizaba la visita domiciliaria pertinente para poder tomar los datos y armar el informe social. La respuesta a este informe podía ser rechazada, podía tardar meses o podía ser tomada, todo dependía cuan afectada se encontraba la salud de aquellos que allí estaban viviendo y de cuál era la mirada de quien analizaba el informe social.

Así mismo, refiere al Servicio de Atención Ciudadana dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad, en donde se gestionan subsidios para anteojos, prótesis, tarjetas de colectivo para acceder a tratamientos en otras instituciones de salud.

Por otra parte, también se menciona la gestión de la Tarjetas Únicas de Ciudadanía dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe. La T.U.C. consiste en la asignación de un monto de dinero destinado

a la compra de alimentos. A su vez, alude al asesoramiento para el acceso a cuestiones de seguridad social como la Asignación Universal por Hijo dependiente de la A.N.Se.S y a Pensiones Nacionales No Contributivas dependientes de la Comisión Nacional de Pensiones.

Por otra parte, en el abordaje de situaciones complejas como las referidas a la salud mental, a la violencia de género, a la interrupción legal del embarazo, como también a las relacionadas a infancia y la niñez, se articulan con instituciones que abordan el tema específicamente. En referencia a la salud mental trabajan de manera conjunta con dispositivos como centros de día por ejemplo “La Estación”, en relación a la violencia de género lo desarrollan articuladamente con el Área de Violencia de Género dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad. Las cuestiones referidas a la interrupción legal del embarazo se trabajan junto con hospitales. En el centro de salud hace años se brinda un espacio de consejería para aquellas personas que deseen interrumpir su embarazo, pero también ha ocasionado tensiones puertas adentro ya que algunos profesionales son objetores de conciencia. En lo que refiere a niñez, se apoyan en la Subsecretaría de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia.

Y como segunda estrategia se lleva adelante un trabajo interdisciplinario. Las aproximaciones realizadas en torno al trabajo interdisciplinario en el Centro de Salud analizado, nos invitan a reflexionar respecto a niveles del trabajo interdisciplinario que conceptualiza Vasconcelos. Los mismos, se clasifican según los grados de cooperación y coordinación identificando de menor a mayor grado: el nivel multidisciplinar consiste en un conjunto de disciplinas propuestas simultáneamente, sin una mirada integral, por ejemplo, la interconsulta). La pluridisciplina se basa en disciplinas yuxtapuestas ubicadas en el mismo lugar jerárquico, estableciendo relaciones entre ellas (por ejemplo, reuniones clínicas, donde sólo se intercambia información o se definen estrategias particulares sin cooperación). Por otro lado, en la interdisciplina auxiliar, una o varias disciplinas contribuyen al dominio de una sola disciplina con mayor legitimidad. La interdisciplinariedad es entendida como un grupo de disciplinas relacionadas entre sí que tienen una axiomática y finalidad común. Exige: identificar un problema común, concepciones políticas y teóricas básicas, un juego de decodificación recíproca. Por último, la

transdisciplina radica en la coordinación de disciplinas de acuerdo a una axiomática general común, creando un campo de autonomía teórica.

A partir de estas conceptualizaciones, es posible identificar la alternancia y presencia híbrida de estos niveles de cooperación y coordinación entre disciplinas. En primer lugar, la apelación por parte del trabajador social respecto a espacios democráticos (o más democráticos que otros), nos aproxima al nivel de trabajo pluridisciplinar. Por otro lado, la mayor articulación y cooperación con disciplinas matriciales (principalmente la psicología), la apuesta de las mismas a darle importancia a las instancias de retraining y de elaboración de estrategias conjuntas, se aproxima más al nivel interdisciplinario. Por último, la mencionada resistencia de las disciplinas médicas respecto a la valoración de estas instancias de retraining, nos aproxima a la persistencia de la hegemonía del modelo médico. Según este modelo, los niveles de articulación se relacionan más con la lógica multidisciplinar (caracterizada principalmente por la derivación) o a la interdisciplina auxiliar (en donde las disciplinas matriciales se posicionarán al servicio de la medicina).

CAPÍTULO 3 - PANDEMIA COVID 19

En este capítulo, haremos mención de lo que fue la irrupción de la pandemia ocasionada por el covid 19. Caracterizaremos como impacto en nuestra sociedad y, en este marco, cómo se armaron los procesos organizacionales de la institución y cómo se resignificó el ejercicio del Trabajo Social.

Origen del Covid 19

Somos partícipes de un fenómeno viral extraño a nivel global, del cual no tenemos antecedentes, ni de cómo vino, ni de cómo se va, ni de cómo sobrevivir. Sabemos poco y nada. Lo que sí sabemos es que se extiende rápidamente. Nosotros, los seres humanos, lo llevamos de un lado a otro y se multiplica a gran escala.

En Diciembre de 2019, irrumpe en el escenario una pandemia con impacto profundo en toda la sociedad global: el coronavirus.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).

El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus covid 19. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (OMS, 2019). Ya la humanidad había presenciado con temor el surgimiento de otras pandemias pero ninguna de ellas había alcanzado la diseminación del coronavirus ya que en menos de tres meses más de ciento veinticinco países sufrieron el impacto del virus. Las personas se enferman repentinamente (fiebre, debilidad, pérdida del apetito y dificultad para respirar). Todo parecía ser una gripe invernal que en ciertos casos concluía en una neumonía pero los expertos empezaron a sospechar que era un nuevo virus contagioso que amenazaba con propagarse rápidamente. Se señala que el coronavirus se extiende fundamentalmente por el vínculo humano.

A partir de aquí, se considera a la enfermedad como un asunto internacional y se la declara emergencia de salud pública de alcance mundial. La OMS es la fuente de información. Allí filtran toda la información que circula, se aseguran de que sea válida y luego hacen una evaluación de riesgo regularmente, presentan evidencias y hacen recomendaciones. Normalmente lo que observan es ¿quién se enferma? ¿por qué se enferma? ¿cómo se enferma? e inmediatamente se intenta descubrir la forma de detener el brote.

De pronto, el coronavirus hace posible lo impensable. El mundo se detuvo como nunca antes por un enemigo invisible que nos paraliza, nos aísla y nos distancia. La manera de protegernos es quedarnos en casa, haciendo cuarentena, evitando el contacto físico o de ser necesario estar a dos metros de distancia, solo salir si es necesario para realizar alguna actividad esencial utilizando barbijo o máscaras y lavarnos las manos con jabón y alcohol en gel. En algunos países se implementó el toque de queda. “Quedate en casa” era el mensaje que aparecía en todos los medios de comunicación para salvar nuestras vidas y la de otros e impedir que el contagio aumente.

Sociedad en cuarentena

Tras el aumento de la transmisión comunitaria del virus se dispuso el confinamiento de la sociedad en sus hogares y como consecuencia se detuvo la economía. De tal manera, se cancelaron y privaron todo tipo de viajes, se cerraron las industrias de producción y consumo, también así las escuelas, universidades, actividades recreativas, deportivas, artísticas, bares, boliches, instituciones varias, etc., todas aquellas tareas que no eran esenciales.

Del terror a viajar se pasa al miedo por el contacto humano, como si el vecino, el amigo, la persona que encontramos fuera un potencial vector, un peligro para nuestra salud. La deshumanización adquiere una nueva escala y el desencuentro se convierte en un “acto responsable”.

La cuarentena y una economía parada hicieron que se construyeran condiciones de posibilidad a un nuevo paradigma social. Este contexto cohesionó mentalidades y forzó a ver nuevos caminos de cruce entre aceleración de la innovación y un modelo de organización social. La sociedad comienza a reordenarse desde la casa. Se educa o expande el consumo online o el delivery. Se promueve con hechos la nueva educación para el consumo.

Millones de seres humanos entran en contacto acelerado con algo que aún les resultaba incómodo, el nuevo modelo de consumo en casa.

Los trabajadores y las trabajadoras habían construido una identidad de labor que se consideraba imprescindible y de pronto encontramos que la sociedad puede marchar con un nuevo modelo de organización, sin muchos de los trabajos que estamos acostumbrados a que se realicen. Por ejemplo, algunos trabajos se trasladaron a los hogares con una nueva modalidad laboral, el “teletrabajo”. Ante el aislamiento, el teletrabajo aparece como solución tanto para mantener las actividades en un escenario de reclusión como para asegurar cierta productividad a las empresas. Pero, a medida que pasaron los días, el estrés y las tensiones se extendieron a las relaciones familiares y comenzaron a surgir las preocupaciones financieras. En muchos casos, no todos los trabajos pudieron trasladarse a la nueva modalidad ya que depende tanto del tipo de actividad como de las condiciones de trabajo y de hábitat que estos trabajadores/as tengan; muchos de los salarios no se habían pagado o se habían recortado; se perdieron empleos y, las empresas se habían hundido.

Además, con las escuelas cerradas, el sistema educativo realizó una transición forzada e improvisada hacia una educación online y los padres también tuvieron que asumir el papel de maestros. En este contexto, el sector informal se ve muy desfavorecido y no vive la misma realidad que el sector formal. Desiguales son las condiciones habitacionales, las posibilidades de los padres de acompañar los ejercicios, los recursos tecnológicos, el acceso a materiales. No todas las escuelas y universidades tienen los mismos recursos tecnológicos y esto refuerza desigualdades que se expresan en sus estudiantes y docentes y en sus entornos. Las desigualdades educativas son también experimentadas por las y los docentes, que se exponen a exigencias mayores y a un gasto de recursos propios que casi nunca es reconocido o recompensado.

En este panorama que estamos viviendo, las relaciones de género también son afectadas. Si pensamos en elementos que tienen que ver con el trabajo y las relaciones económicas, consideramos que, si bien ya las mujeres venían sosteniendo un lugar secundario en la estructura económica, en los procesos de toma de decisiones, en la distribución de la riqueza, en la forma en que se distribuyen responsabilidades, derechos y deberes, en este sentido, lo que generó la pandemia fue profundizar aún más estas cuestiones. Se observa que la mayoría de los empleos que se han perdido o reducido corresponden a

actividades que realizaban tradicionalmente las mujeres, por ejemplo trabajos domésticos, cuidadoras, trabajos informales de calle, y todas esas mujeres han quedado sin la posibilidad de conseguir muchas veces el sustento para su familia.

Por otro lado, hubo un aumento importante de violencia contra las mujeres. Durante el confinamiento social hubo excepciones y razones que te permitían poder salir. Quienes lo podían hacer eran solo los trabajadores esenciales pero dentro de tales actividades esenciales no se encontraban las mujeres que tenían que salir a pedir ayuda porque estaban siendo víctimas de violencia. Consideramos que el “quédate en casa” para muchas mujeres era un riesgo porque el hogar es un lugar inseguro. Entonces en ese sentido observamos que el confinamiento obligatorio lo que hizo fue poner a las mujeres en condiciones todavía más precarias con mayores dificultades para pedir ayuda, para distanciarse socialmente de su agresor, con mayor recargo de las tareas laborales porque al haber cerrado los espacios educativos también se le adiciona el papel de maestra, que tradicionalmente lo han sido las mujeres pero ahora lo son formalmente las maestras del sistema educativo. De tal manera, así es como y según Montserrat Sagot, hay una “romantización del quedate en casa” y a su vez la romantización de que todos somos clase media y que todos nos podemos quedar en nuestras casas sin necesidad de tener que salir en busca de la sobrevivencia cotidiana. Creemos que más que una crisis sanitaria estamos viviendo una crisis civilizatoria la cual está teniendo impactos en todos los ámbitos de la vida y, al desarticular, desestructurar la normalidad, o aquello que conocemos como normal que dábamos por sentado, probablemente ocasione una nueva sociedad, un nuevo orden social.

Repensando lo social e institucional

Como veníamos desarrollando, la pandemia hizo que se deba repensar ante un suceso imprevisto aquellas bases, formas de abordar, estructuras de diversas instituciones y los quehaceres profesionales de cada equipo de salud.

Una vez instalada la pandemia en la ciudad de Rosario y habiendo tomado su curso de expansión hubo que tomar ciertas medidas, recaudos y cuidados.

En términos organizativos, la primera medida que se tomó en el Centro de Salud Eva Perón n° 6 fue disminuir la circulación de la población hacia adentro de la institución al máximo posible. Es decir, mantener las puertas cerradas y que sólo podrían ingresar al centro de salud aquellas personas que tuvieran turnos programados o aquellas personas que tuvieran algunas cuestiones particulares. Se trataba de evacuar en la puerta todas las consultas y se trabajaba de esa manera.

Esta medida, incluidos los protocolos de barbijo, máscaras, fue bastante engorrosa específicamente para el trabajo social, ya que muchas veces las demandas que llegan son sensibles, o son demandas que llegan desordenadas y que hay que ordenar con el otro, pensar cuestiones en clave de procesos. Consideramos que esa lógica más médico hegemónica de responder a la demanda cuando, por ejemplo, un paciente se acerca y nos comunica que está teniendo un dolor en la rodilla y el doctor le sugiere que se tome un diclofenac y que haga reposo, es decir, esa lógica de atención primero es perjudicial para el trabajo social y segundo es muy difícil trabajar desde ese lugar, por lo que engloba lo vincular, por la privacidad.

Se llevó a cabo una segunda medida que consistía en formar burbujas sanitarias. Una para el turno mañana y otra para el turno tarde, dos grupos sin cruzarse y un cierre al mediodía de 40 minutos para higienizar.

Esta modalidad de trabajo también trajo coletazos porque todo lo que pasaba en el otro turno parecía que pasaba en otro lado y había cuestiones de la cotidianeidad que antes no aparecían.

Por último, se realizó una tercera medida, en la cual se optó por agregar a la modalidad de las burbujas la tarea de trabajar una semana virtual y otra semana presencial. Este trabajo virtual también fue bastante engorroso porque si bien se pudieron realizar algunas tareas administrativas, no es lo mismo que la modalidad presencial más trabajando en un centro de salud con la modalidad de trabajo que eso conlleva.

Puertas adentro de la institución sucedían estos cambios pero puertas afuera con respecto al trabajo con otras instituciones tuvieron muchísimas más

dificultades sobre todo en la primera etapa porque muchas de las instituciones estaban cerradas y además algo que vino a complicar en paralelo a la pandemia fue que en las elecciones de 2019 la provincia de Santa Fe queda con un color político y la municipalidad de Rosario con otro, entonces eso también complicó mucho las relaciones interinstitucionales, complicó la posibilidad de gestión por ejemplo con el Servicio Público de la Vivienda porque la prioridad es lo municipal y la caja que cuentan nunca alcanza. Entonces esta diferencia de colores políticos obtura vulnerando derechos y por más voluntad que haya de los equipos de trabajo no se logran las articulaciones.

Previo a la pandemia, hemos dicho que existían ciertas demandas que caracterizan a la población que asiste al centro de salud. Tales problemáticas giran alrededor de tres ejes que tienen que ver con lo habitacional o vivienda, los recursos materiales o económicos y las relaciones personales o familiares.

En este contexto que nos atraviesa desde principios de marzo del 2020, hubo demandas que se mantuvieron pero que tuvieron la dificultad de no poder darles respuesta como vivienda, renovación de DNI, demandas referidas al A.N.Se.S, porque tales instituciones se encontraban cerradas, y también hubo demandas nuevas como ser la de alimentación.

No se había visto hasta la pandemia que llegue la demanda de falta de alimentos al centro de salud, mejor dicho se había visto, se había trabajado pero eran situaciones puntuales, era tal familia, en tal momento y si bien estaba la demanda, era canalizada por otros canales como comedores del barrio, copas de leche, referentes barriales pero en la pandemia sucedió que comenzó a llegar al centro de salud más frecuentemente de diferentes familias y la forma de darle cauce fue realizar una recorrida barrial para obtener nueva información acerca de cuál era el funcionamiento de estos referentes barriales. No fue una respuesta directamente del centro de salud, más bien la función fue ser un nexo entre la demanda y quienes podían responder. Si fue a mediados de los meses septiembre y octubre que el Ministerio de Salud les propone la posibilidad de gestionar recursos alimentarios para aquellas familias que tenían que cumplir el aislamiento. El problema de esto es que siempre estaba desfasado, es decir, se enteraban que una familia estaba en aislamiento, pedían la caja alimentaria y llegaba una semana después cuando

la familia ya terminaba el aislamiento, entonces al llegar siempre tarde no cumplió su objetivo de evitar que la familia salga.

Actualmente se sigue con estos refuerzos alimentarios pero se pide con anticipación y así si se cuenta con una cierta cantidad de cajas y son de prioridad familiar con un criterio interno.

En este sentido, y considerando a las ya nombradas demandas, podemos decir que se pauperizó la forma de dar respuesta y en aquellas demandas denominadas nuevas que si bien no se le dio una respuesta institucional se buscó por dónde.

A pesar de que el barrio por sus características urbanas podía llevarse todas las de perder en la implementación del cuidado y la protección ante el covid 19, no fue prioridad ni responsabilidad del centro de salud provincial identificar a los pacientes con coronavirus ni solicitar el hisopado ni hacer el seguimiento ni dar el alta clínica.

En cambio, diferente fue la experiencia de espacios municipales. Un equipo compuesto de médicos y otros profesionales con diferentes coordinaciones según distritos e instituciones, incorporándose también personal municipal no profesional y dependiente de otras secretarías municipales, no sólo de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, estudiantes en carácter de pasantes del Instituto Universitario del Gran Rosario; estos equipos son quienes realizaron los primeros contactos y los seguimientos hasta el alta a todas las personas que se hisoparon en los efectores municipales (centros de atención primaria, Policlínico San Martín u hospitales municipales) y a sus contactos estrechos (familiares, convivientes o no, laborales, sociales).

Es la experiencia de Mirta Sotelo, Trabajadora social del Centro de Salud Emaús, tuvo que repensar sus prácticas, tuvo que repensar cómo hacer trabajo social. Herramientas e instrumentos como la escucha, palabras, entrevistas, visitas domiciliarias que se daban de forma presencial en un espacio institucional o en domicilios, a partir de la pandemia en ese marco tuvieron que ser dejadas de lado y las pantallas comenzaron a hacer las nuevas aliadas para comunicarnos, acotar las distancias.

Entrevistas telefónicas o por WhatsApp, eran las herramientas que utilizaban estos integrantes de equipo con el fin de evitar la transmisión del virus. Sus

llamadas eran para informar los resultados de los hisopados realizados y el seguimiento consistió en indagar cierta información personal, datos de sus familiares convivientes, o con quienes han tenido contacto antes de las 48 horas del inicio de sus síntomas, a fin de contactarlos/as para el correspondiente seguimiento y que también se aislen de modo preventivo; datos de sus síntomas y de la fecha de inicio de los mismos, además de su estado actual; si cuentan con enfermedades preexistentes (comorbilidades) que pongan en riesgo su recuperación; datos de las condiciones habitacionales para el aislamiento, ya que suelen convivir dos o tres generaciones compartiendo la vivienda, o un patio en el mismo terreno o si se debe coordinar con el Centro de Aislamiento su ingreso, o se debe ubicar un lugar donde pueda quedarse durante el período necesario; datos de las posibilidades de contar con ayuda de familiares, vecinos/as o amigos/as para acercarle alimentos, medicamentos o elementos de limpieza necesarias durante el aislamiento; datos de su lugar de trabajo, si existiera, las condiciones del mismo ya que varía si se encuentra en relación de dependencia o no para poder realizar el aislamiento. En ocasiones las/os empleadores descreen de que sean covid positivo, no les permiten los días que deben ausentarse del trabajo, e incluso amenazan con despedirlas/os del mismo; en otras ocasiones, profesionales de la ART realizan un seguimiento simultáneo. Ante estas situaciones conflictivas que surgen, suelen pedir la intervención de otros niveles de la Secretaría de Salud Pública (coordinación, por ejemplo) a fin de que medie entre el/la empleador/a y la persona afectada por el virus, de modo de no dejar sola a esa persona entre dos lógicas diferentes: la laboral, y la de Salud Pública. En el barrio del centro de salud Emaús muchas familias se sostienen económicamente con trabajos informales: las mujeres realizando tareas en casas de familia, cuidando niños, adultos/as mayores, enfermos/as, y los hombres en changas de albañilería o jardinería. Además, se les pregunta si cuentan con obra social (o prepaga), médico o médica de referencia o de cabecera a fin de contactarlos ante necesarias consultas durante su proceso de recuperación; si no cuenta con obra social, cuál es el lugar de atención de sus problemas de salud; si cuentan con servicio de emergencia a domicilio a fin de poder convocarlo ante una necesaria evaluación por síntomas reiterados o porque se complejiza su estado y deba trasladarse a una guardia. Por último se les da recomendaciones de higiene durante el aislamiento.

Estos diseño de trabajo, si bien no son específicos de la práctica del trabajo social, respondieron a la emergencia sanitaria del momento, a lo que

necesitaban los barrios ya que fue una forma de acompañarlos, reconocerlos, escucharlos, asesorarlos, construir con el otro un vínculo, a pesar de las distancias por una llamada o por WhatsApp, para que cada situación mejore.

CONCLUSIONES

En las primeras líneas de nuestro trabajo esbozamos nuestro objetivo general, el cual consistió en analizar que sucedió en los tiempos pre pandemia y post pandemia con la institución denominada “Centro de Salud Eva Perón n° 6” del barrio Tablada de la ciudad de Rosario y, que sucedió con el ejercicio profesional del Trabajo Social. Y para los objetivos específicos nos propusimos describir el proceso histórico a través del cual fue emergiendo un nuevo modelo de salud; reconocer el rol que tiene el trabajo social en la Atención Primaria de la Salud; e identificar como la pandemia modificó las formas de intervenir y hacer trabajo social.

Al concluir el trabajo de investigación, consideramos que fueron cumplidos nuestros objetivos y a su vez hubo inconclusiones.

En palabras de Castel, realizamos una “genealogía del presente”. Nos enfocamos en reconstruir el presente contemporáneo que se nos presenta como dado pero en realidad es la suma de factores que nos fueron heredados. Nos fue necesario desandar el camino recorrido y descubrir lo inédito de la actualidad, o parafraseando a Michel Foucault, problematizar la historia.

Después de haber finalizado ciertas etapas del trabajo, destacamos que la reorganización del modelo de Salud Pública fue el que dio paso a la reconfiguración de una nueva idea como lo es la “Atención Primaria de la Salud”. A través de la descentralización, territorialización y participación, esta manera de hacer y pensar a la salud, permitió darle reconocimiento a aquellos sectores que necesitaban una cierta atención específica que les permitiera mayores niveles de accesibilidad.

La creación y apertura de los Centros de Salud fueron el inicio y la confección de la estrategia Atención Primaria de la Salud y, la conformación de los equipos de salud fueron quienes respondieron a través de estas instituciones, de estos efectores de salud, a los procesos y programas de descentralización y territorialización.

Tales equipos de salud fueron transformándose en sus saberes y prácticas a partir de la incorporación de nuevos profesionales, nuevas disciplinas para llevar a cabo el nuevo modelo de salud y la nueva concepción de salud. La

incorporación de estos saberes a los equipos fueron desestructurando tradiciones que provenían del modelo médico hegemónico. Un modelo que pisaba fuerte que tenía cierto liderazgo sobre los saberes y las prácticas. Fue tal el cambio que estos equipos generaron que pudieron brindar, desde una lógica integral y desde la concepción de la salud como derecho humano, accesibilidad y calidad de salud acorde a la población.

Desde entonces, consideramos como lo hace Spinelli (2010), que la salud forma parte de un campo donde confluyen “actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, la apropiación y el predominio de uno o más capitales del campo”. Es decir, entendemos que fue la puja de diversas demandas que fueron aflorando en cada contexto histórico que hizo que los paradigmas, las perspectivas y los procesos de trabajo se modifiquen para estar a la altura o intentar dar las respuestas adecuadas a esas demandas, a las demandas que provenían de la población.

Desde esta lectura, comprendimos que el trabajo social es un actor que disputa la interpretación de los problemas de salud, las modalidades de abordaje. Es un actor que dentro de sus procesos de trabajo entabla un vínculo particular con la población, lo utiliza como herramienta principal para conocer y responder a las demandas.

En lo que respecta al centro de salud, el trabajo social, además de lo dicho, también está orientado a trabajar desde la matricialidad, desde la transversalidad. De hecho, los cambios que nombramos que fueron generando transformaciones en los paradigmas, modelos de salud y las concepciones de la salud, fueron los que permitieron la incorporación del trabajo social a estos equipos de salud, equipos de referencia, para abordar interdisciplinariamente e intersectorialmente las situaciones, teniendo en cuenta el contexto y la salud integral de la población. En la práctica, esto sería interactuar con las diferentes profesiones y áreas con el objetivo de pensar y crear estrategias de intervención que sean respuesta a las situaciones que se presenten.

En las experiencias vividas en el centro de salud Eva Perón n° 6 pudimos reconocer este tipo de trabajo en equipo y por otro lado también sigue sucediendo algo histórico que es recaer en demandas asistenciales o de

gestión de recursos. Pero en la actualidad, estos procesos de trabajo, estas nuevas estrategias y las políticas como así también los modelos de salud pública se encuentran debilitados por la constante de gobiernos neoliberales que hemos atravesado, por las grietas y tensiones a partir de intereses diversos y aún más se debilitó y colapso con el proceso desencadenado por la pandemia, en términos generales, y con las medidas sanitarias en particular, ya que implicó grandes desafíos y dificultades tanto para quienes se encargan de idear y ejecutar políticas públicas, como así también para los y las trabajadores/as de los equipos de salud que debieron afrontar este momento en condiciones de partida sumamente complejas.

Específicamente, en lo que concierne al subsector público de la región encontramos efectores de salud de gestión provincial y municipal. En este sentido, evaluamos sus diferencias y encontramos la disparidad en los recursos económicos y en los lineamientos políticos-administrativos entre las diversas jurisdicciones que hace que las condiciones de sus trabajadores/as sean disímiles. Es decir cada cual responde de acuerdo a la bajada de línea del gobierno de turno.

La situación de los efectores de salud con el auge de la pandemia, la declaración de la emergencia sanitaria y el aislamiento preventivo, trastocaron las formas en que se ejecuta y organiza el trabajo en estos efectores. Se optó por cerrar instituciones, se suspendieron actividades, hubo cambios en la organización, tiempos y ritmos laborales, en la mayoría de los casos implementando el “teletrabajo”, hubo transformaciones en los equipos de trabajo y en las formas de trabajar generando burbujas para evitar la aglomeración de personal.

Cada medida implementada para salvar nuestras vidas, dentro de un proceso, fue provocando debilitamientos o fallas de soportes institucionales que influían en el abordaje y seguimiento de las demandas poblacionales. Demandas que ya se encontraban vulnerables en sus derechos como lo habitacional, alimentario, violencia de género, tercera edad, etc., con la pandemia se agudizaron aún más ya que en el territorio al padecer el cierre de otras instituciones del sector salud u otras áreas no se pudo contar con tal apoyo y provoco la variación de la función del trabajo social en los centros de salud, cada uno con su particularidad.

A partir de la pandemia y las experiencias desarrolladas, notamos que rotundamente tuvieron que modificar las formas de intervenir tanto dentro como fuera de las instituciones, aún más el rol del trabajo social se vio interrumpido y tuvo que reorganizarse o quizás también reinventarse ante los nuevos acontecimientos que impedían seguir trabajando como lo venían haciendo. Los criterios de intervención son diferentes de acuerdo a las dependencias institucionales, ya sean provinciales o municipales. Fue notorio en las experiencias municipales abocarse de lleno a problemáticas ligadas al covid 19, como testeos, seguimientos de su estado de salud, de sus trabajos y de su entorno familiar. Distinto fue la experiencia provincial, la cual no tuvo como prioridad el seguimiento de casos de covid 19, no fue que no los atendieron al contrario pero más bien la atención estuvo puesta en las nuevas demandas alimenticias o tratar de resolver las demandas ya existentes.

Las instituciones venían siguiendo líneas de trabajo y de intervención que ya eran conocidas, eran “cotidianas” y ante ciertas demandas ya sabían cómo actuar o como intentar resolver. Hoy en día, la pandemia nos descoloca y nos desarma todo aquello que teníamos armado como un rompecabezas donde las piezas se unen o se intentan unir por medio de “juegos”, “lazos”. Para gestionar la pandemia se opta por priorizar la vida sobre la economía entonces se ordena el cierre total exceptuando las actividades esenciales. Al cerrarse gran parte de las instituciones que trabajaban con estos efectores de salud produce que el proceso de descentralización y territorialización se encuentre detenido y adquiera cierta premura biológica la gestión sobre la pandemia que sirvió más para favorecer y defender la hegemonía del saber biomédico y monopolizar la explicación de la situación epidemiológica.

Por eso, es necesario instalar en los servicios de salud, en las instituciones del Estado y en diferentes espacios societales, que hablar de pandemia es más que hablar del virus covid 19 ya que la pandemia actual no es la crisis que nos agarró de sorpresa como en general lo sentimos, sino que es un hecho que ya se venía gestándose, como un iceberg que solo deja apreciarse como algo indefenso y visualmente atractivo pero en realidad esconde y no deja ver su magnitud, lo que hay por debajo en lo profundo, su estructura, sus fundamentos, raíces. Es decir, la pandemia viene a empeorar una situación de crisis constante que veníamos atravesando no solo argentina, más bien todo

el mundo al estar inmersos en un contexto de “capitalismo neoliberal” que nos ha incapacitado para responder ante las emergencias. De hecho no solo ha incapacitado al Estado, sino a todo tipo de creación considerada institución como lo son las familias hasta todo tipo de institución que se encuentran ancladas en los territorios.

En este sentido, Gatto expresa que la pandemia es la coyuntura de una multiplicidad de conflictos a escala global, “aspecto que suele ser minimizado en proyecciones de expertos (...) que pierden de vista la dimensión constitutiva e inventiva de los conflictos como modos de participación en la morfología de las sociedades en y pos pandemia” (2021:5). Recuperar el concepto de coyuntura para pensar el impacto de esta pandemia en diferentes campos de la vida social implica otorgarles centralidad a las relaciones de fuerza política (poder y conflicto) como elemento central en la constitución de la realidad, y no mirar las consecuencias de la pandemia como acontecimientos fatales inevitables (Guzmán Ramonda, 2021).

Con la irrupción de la pandemia en el mundo se produce el fin de la revolución industrial para dar paso a la era digital, y la era digital deja atrás a la posmodernidad y comienza lo que se denomina modernidad líquida que se caracteriza por un mundo volátil, incierto, complejo y ambiguo, y en ese mundo tenemos que pensarnos, situarnos, estudiar, luchar y no dejarnos influenciar por las falsas noticias ni negociar nuestros derechos humanos. Es complejo porque nos encontramos en un mundo donde lo digital nos va a conectar más que lo vincular. Entonces vamos a pertenecer a una sociedad pero no vamos a actuar como comunidad, sino más bien vamos a ser seres individuales conectados a redes digitales y no vinculados en intimidad a nuestros pares. ¿Cómo es que vamos a poder hacer trabajo social?

Poder pensar que, si bien la pandemia y la cuarentena no nos afectaron a todos por igual pero si nos revelo que como sociedad nos adaptamos a nuevas formas de vida. Lo que nos lleva a poder concretar nuevas alternativas de vivir, producir, consumir que no tengan que ver con el capitalismo, eurocentrismo y colonialismo. De hecho si no pensamos nuevas alternativas podremos seguir sufriendo otras pandemias. Por eso cuando deseamos volver a la “normalidad” ¿a qué normalidad estamos deseando volver?

A partir de analizar ambos tiempos, consideramos que tanto el trabajo social como el resto de las profesiones que componen el equipo de salud a pesar de las circunstancias siempre intentan responder a las demandas que presenta la sociedad o mediatizan con quienes podrían resolverla. Así como cada individuo es único y no igual a otros, así como cada contexto histórico tiene su particularidad, podemos reflexionar que las intervenciones del trabajo social en lo particular son inacabadas, porque siempre surgen y van a seguir surgiendo nuevas problemáticas que hacen repensar nuestra intervención. Cada intervención es diversa porque cada problemática es particular y genera que se reinventen nuestras respuestas a pesar de la similitud entre ellas.

Consideramos como desafío para los equipos de los centros de salud que no pierdan de vista en estos tiempos y en los venideros que la sociedad es el sujeto y el objetivo es seguir impulsando trabajos interdisciplinarios con la participación de la población. Reinventarse en todo tiempo a favor de la solidaridad, los derechos humanos y la salud integral. Aprender a habitar y convivir en el mundo a favor de todos y no de unos pocos.

Como cierre de este trabajo nos parece importante aclarar que no es nuestra intención sacar conclusiones definitivas sino más bien comenzar a problematizar aquellas prácticas diarias que llevan adelante los trabajadores sociales en los centros de salud. Es necesario, para los tiempos que se avecinan, seguir repensando, estudiar las coyunturas, debatir con los colegas y otras profesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, J. M. (2003) “La cuestión de los campos de acción en el Trabajo Social”. En: Revista Temas y Debates, Año 7 No 6/7, facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, UNR.
- BAREMBLITT (2005) “Compendio de análisis institucional”. Ed. Madre de Plaza de Mayo. Buenos Aires.
- BÁSCOLO, E. y YAVICH, N. (2010) “Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina”. Revista salud pública.
- BOURDIEU, P y WACQUANT. (2005) “Una invitación a la sociología reflexiva”. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- BUTLER, J. (2020) “¿Qué hace que la vida sea vivible?”. Disponible en: <https://culturaendirecto.unam.mx/video/judith-butler-en-el-aleph-2020/>
- CAMPANA, M. (2010) “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.
- CARBALLEDA, A. (2012) “La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas”. En: Revista Margen n° 65.
- CAZZANIGA, S (2007) “Abordaje desde la singularidad”. Mimeo.
- CENTRAGOLO, O. y DEVOTO, F. (2002). “Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual”. Taller Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health. Toronto: CEPAL.
- CHIARA, M. (2009). “Relaciones intergubernamentales y política de la política sanitaria en Argentina: reflexiones post descentralización”. Administración Pública y Sociedad N° 16 Universidad Nacional de Cuyo. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/APyS/article/view/12453>

- CLACSO, CONSEJO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES (2019/2020) “Pensar la Pandemia”. Disponible en: <https://www.clacso.org/pensar-la-pandemia-observatorio-social-de-coronavirus/https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/ownload/228703/1197588/>
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. (1978) Declaración de Alma-Ata. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf. Alma-Ata, URSS.
- CURSIO, J. (2011). “Descripción del Sistema de Seguridad Social: componentes al cabo de la década del '90 y de la primera década del siglo XXI”. En Danani, C. y Hintze, S. (2011) Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990–2010 (págs. 33–60). Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- DEFENSORIA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. Libros: “Políticas Sociales y Derechos Humanos a nivel local, de 2017” y “Progresos y Desafíos de los derechos en la provincia de Santa Fe, de 2019”. Disponible en: <https://www.defensoriasantafe.gob.ar/institucionales/area-de-investigacion-y-evaluacion-en-derechos-humanos>
- GATTO, E. (2021). “A partir de la pandemia”. Le Monde Diplomatique, (263). Disponible en: <https://www.eldiplo.org/263-pandemia-perpetua/a-partir-de-la-pandemia/>
- GUZMAN RAMONDA, F. (2021) “Pandemia, coyuntura y Trabajo Social”. Disponible en: <https://catedraparalela.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/264/213>
- IAMAMOTO, M. (1998) “Servicio Social en la Contemporaneidad”. Cortez Editora, Sao Paulo.
- KAMINSKY, G. (1990) “Dispositivos Institucionales”. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- KARSZ, S. (2007) "Problematizar el Trabajo Social Definición, Figuras, Clínica". Editorial Gedisa.
- KOLDORF, A. Y CASTRO, R. (2005) "Entramado de relaciones: pertenencias y apropiaciones de "territorios diferenciales" en Tablada, un barrio un barrio de trabajadores de Rosario". X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario. Disponible en: <http://cdsa.academica.org/000-006/574.pdf>
- LIBORIO, M. "¿Por qué hablar de salud colectiva?". Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/Liborio.pdf>
- MENÉNDEZ, E. (1988) "Modelo medico Hegemónico y Atención Primaria", en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Grupo Editor de las Jornadas.
- MINISTERIO DE SALUD, GOB. DE SANTA FE. Conceptos básicos y generales de salud pública. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/>
- ROVERE, M. (2006). "Rosario, una ciudad modelo en salud pública". En Políticas para la gobernabilidad. (págs. 121–186). Disponible en: https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/rosario_politicas_gobernabilidad.pdf
- ROVERE, M. (2011) "La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos". Una reconstrucción a partir de testimonios, huellas y rastros en un estudio espacial y temporal. En: El Ágora. Buenos Aires.
- SAUTU, R. (2003) "Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación". Ediciones Lumiere, Buenos aires.

- SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE ROSARIO (2002) “Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la Secretaria de Salud Pública”. Rosario, Santa Fe.
- SPINELLI, H. (2010). “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. Salud Colectiva. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- TOBAR, F. (2012) “Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina”. Argentina.
- VERGARA QUINTERO, M. (2007) “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. Colombia, Revista hacia la promoción de la salud.