



Universidad
Nacional
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social
Trabajo Integrador Final (TIF)

Trabajo social y lógicas familiares. Las intervenciones del trabajo social con las familias que asisten al Centro de Salud N°19 La Cerámica de la ciudad de Rosario.

Estudiante: María Florencia Gabilanes

Directora: Lic. en Trabajo social Georgina Olivera

Codirectora: Lic. en Trabajo social Aylén Alegrechy

Correos electrónicos: mariaflorenciag19.mg@gmail.com
ogeorgina16@gmail.com // aylen.alegrechy@gmail.com

Rosario, 2024

Agradecimientos

A mis papás, Silvia y Omar, por darme la posibilidad de estudiar y apoyarme siempre.

A mis hermanos, Javier, Gabriela y Verónica, por ser mis compañeros a la distancia.

A toda mi familia en general por acompañarme en estos momentos importantes de mi vida.

A Franco, por su amor y compañía en estos ocho años.

A Georgina y Aylén mis tutoras de TIF, por su tiempo de lectura y compañía para concretar este proyecto de vida.

A Marisa Perfecto, trabajadora social del Centro de Salud, quien me transmitió sus conocimientos profesionales y me enseñó a respetar mis tiempos.

A mis amigas de Rufino, por compartir todos estos años en Rosario siendo apoyo y hogar.

A mis compañeras de cursado y futuras colegas, con quienes compartí diferentes momentos de la carrera y momentos de la vida: Sol, Aldana, Alfonsina, Franco, Araceli, Naylea, Martina, Nailén.

A Josefina De Santis, nada hubiese sido lo mismo sin tu compañía.

A Virginia, por el cariño con el que me has ayudado más de una vez.

A todos/as los/as que formaron parte de este proceso en algún momento.

A la Universidad Nacional de Rosario, por haber transformado mi vida.

La construcción de subjetividades no se puede hacer sino sobre la base de proyectos futuros. Y los proyectos futuros no se establecen sobre la realidad existente, sino sobre la realidad que hay que crear.

(Silvia Bleichmar, 2010, p.11)

Índice

Introducción	4
Fundamentación	7
Pregunta Problema	11
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Encuadre Metodológico	12
Capítulo 1. Sistema de Salud en Rosario	13
Marco legal del campo salud	16
Capítulo 2. Las familias del Centro de Salud N°19 La Cerámica	25
Características del Barrio La Cerámica	29
Capítulo 3. Las familias en tiempos de pandemia y postpandemia	33
La pandemia en el interior de los hogares	36
Demandas de los sujetos al Centro de Salud N° 19 en tiempos de pandemia	38
Análisis de la situación de Mariana en contexto de pandemia	39
Postpandemia	42
Capítulo 4. Las Intervenciones del trabajo social con las familias que asisten al Centro de Salud	43
El lugar de trabajo social	43
Equipo e Interdisciplinariedad	44
Instrumentos de Intervención en trabajo social	45
Otras conceptualizaciones sobre las Intervenciones del trabajo social	49
Reflexiones Finales	51
Bibliografía	54
Anexos	58

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final (TIF), presentado para la carrera de trabajo social en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario, se propone abordar como tema el trabajo social y las lógicas familiares.

Este tema resulta pertinente y relevante en términos académicos para la profesión de trabajo social en la actualidad debido a que la demanda familiar es uno de los primeros escenarios con los que se encuentra el trabajador social a la hora de intervenir frente a diversas problemáticas. Es decir, que a pesar de ser una demanda individual, directa o indirectamente la familia siempre está implícita. Además, en el campo de la salud en particular, también están comprometidas demandas subjetivas que responden a diferentes lógicas familiares que desde el punto de vista del profesional deben ser visibilizadas.

Con la intención de realizar un recorte sobre el tema, la problemática se centra en preguntarse específicamente sobre la intervención del profesional ante la lógica familiar tomando como punto de análisis los sujetos que asisten al Centro de Salud N°19 La Cerámica en un período particular de la historia, como fue la pandemia del 2020.

¿Cuáles son las características de las familias seleccionadas para este trabajo? ¿De qué manera el profesional interviene ante ciertas lógicas familiares? ¿Cómo podemos pensar las intervenciones de trabajo social en la actualidad (postpandemia) retomando algunos ejes de intervención en periodos de pandemia?

Para poder desarrollar estos interrogantes, las categorías de análisis centrales de este trabajo, son: Familia - Salud - Intervención - Subjetividad - Trabajo Social. A su vez los referentes bibliográficos que han sido utilizados parten de autores clásicos, como Bourdieu, Menéndez, para abordar el campo de la salud y se toman algunos otros, como Jelin, De Jong, Saibene, para desarrollar conceptos como familia e intervención. Así como también, es necesario destacar las leyes que forman parte del campo de la salud específicamente en Argentina.

El concepto de salud tomado en este trabajo se piensa interdisciplinariamente a partir de las ideas de Floreal Ferrara (1975), el cual destaca que el sujeto vive enfrentándose a los conflictos que la interacción con el mundo físico, mental y social le imponen. De esta manera el sujeto se esfuerza y lucha para resolverlos y/o modificarlos. Por otra parte, la familia, según diferentes autores, es la unidad humana en las sociedades actuales que implica un lugar

paradójico para el afecto y también para el ejercicio de la violencia. Si bien esta cambió actualmente, también se presupone que seguirá cambiando a lo largo del tiempo (Guerrini, 2009). Cabe aclarar que el concepto de familia utilizado a lo largo del desarrollo se menciona tanto en singular como en plural, entendiendo que existe la institución familiar en términos generales, pero también está la particularidad de cada familia, la cual puede ser conformada de múltiples maneras, es por eso que el uso del plural o del singular en ningún caso se desentiende de la complejidad que supone tomar este término.

A su vez se destaca que el trabajador social interviene desde una perspectiva integral de derechos humanos, a partir de la cual intenta contribuir a la transformación de la calidad de vida de los sujetos, con el fin de garantizar y/o restablecer dichos derechos vulnerados. Existen diferentes definiciones de intervención, en esta oportunidad se recupera la de Alicia González Saibene (1996), quien propone pensar la intervención profesional caracterizándola como el acercamiento a los fenómenos que constituyen un problema para los sujetos, desde la perspectiva de la modificación de la situación, es decir, que pensar en una estrategia metodológica significa, en principio, que, como tal, “forma parte de un conjunto teórico de un enfoque epistemológico, lo que le marca el espacio de lo posible. Por un lado, esto no nos impide concebir su desarrollo como un proceso de permanente construcción” (p. 17).

Teniendo en cuenta lo desarrollado, tras la fundamentación, los objetivos y el encuadre metodológico, la parte central del trabajo se divide en cuatro capítulos que hacen al tema y que facilitan la lectura del mismo. El primero explica en qué consiste el sistema de salud en general para arribar a desarrollar como funciona el sistema de salud en la ciudad de Rosario.

El segundo capítulo busca desplegar aportes teóricos en torno a la familia, sus vínculos, relaciones y la importancia de esta para la constitución subjetiva tomando como ejemplo algunos de los sujetos seleccionados que asisten al Centro de Salud N°19 La Cerámica y que tienen una demanda común.

En el tercer capítulo se aborda un periodo específico de la historia como lo es la pandemia, contemplando sus diferentes aspectos a nivel mundial, social, educativo y económico. También se analizan las consecuencias que trajo aparejadas este momento histórico en general y su incidencia en la historia particular de los sujetos, lo cual requirió intervención del área de trabajo social en pandemia. De esta manera, se busca entender la estrategia de

intervención que se llevó a cabo en ese caso y a partir de allí, si es posible, pensar los cambios de intervención en la postpandemia.

Por último, el cuarto capítulo tiene como objetivo reflexionar acerca del lugar de la profesión en la actualidad, el trabajo interdisciplinario entre profesionales del equipo, los instrumentos de intervención y su importancia y funcionalidad. Estos temas se articulan con recortes de situaciones particulares como la de Sonia y Adrián y con otras conceptualizaciones afines. Para concluir, cabe aclarar que durante todo el escrito se intenta utilizar una escritura que respete la perspectiva de género sin intenciones de evitar o limitar otros modos posibles.

Además, se suma a la lectura de estas familias y a la perspectiva del trabajo el paso por el cursado de algunos años de la carrera de psicología, en la Universidad Nacional de Rosario, lo cual se menciona ya que aporta al enriquecimiento de la mirada sobre la subjetividad en este tema.

Fundamentación

Con la finalidad de dar cuenta sobre qué fundamentos se basa este TIF, es relevante mostrar cómo la temática trabajo social y lógicas familiares puede permitir al trabajador social la reflexión sobre la profesión y las estrategias de intervención en el ámbito familiar.

Para ello se ha partido de diferentes interrogantes que han surgido en el contexto de estos últimos años de prácticas profesionales, en torno a ¿Qué se entiende por familia?, ¿Qué vínculos y/o relaciones son considerados como tal?, ¿Qué familias asisten al Centro de Salud?, ¿Cuál es la función de la trabajadora social en la institución? y ¿Qué características definen a la intervención con familias? Estas preguntas, al considerarse, no pueden ser respondidas de manera definitiva, sino que la ética profesional requiere poder posicionarse y fundamentar el trabajo desde contenidos y autores abordados a lo largo del camino académico.

Para la presente escritura se recuperarán diferentes aportes en torno a la temática para, de esta manera reflexionar y pensar desde una posición crítica y ética que considere la flexibilidad y reelaboración constante de la práctica profesional entendiendo que existen multiplicidad de definiciones y conceptos a lo largo del tiempo.

El trabajo social concibe al sujeto de intervención atravesado por los vínculos familiares que tiene o ha tenido a lo largo de su vida. Es por ello que se considera que es importante la reflexión acerca de la familia, ya que lo familiar puede estar presente de manera explícita o implícita en el sujeto, por lo que, el profesional que aborda las situaciones lo hace desde el conocimiento de estas relaciones existentes.

Para ello, lo que da sustento a los fundamentos de los autores seleccionados es que estos, además de tener un amplio recorrido sobre el tema, se contraponen a determinados modelos de salud, como el Modelo Médico Hegemónico, el cual responde a un modelo médico científico tradicional que ubica al médico como el único capaz de aportar soluciones al malestar del sujeto o de tener injerencia en su problema, considerando, por lo tanto, a las demás profesiones subalternas a él.

Por otro lado, la salud colectiva, a la cual en este trabajo se adhiere, concibe a la salud de manera integral, ya que esta es abordada por diferentes profesionales competentes, lejos de

pensar al proceso de salud como salud-enfermedad. Para ello se utiliza el concepto de salud de Floreal Ferrara (1975), quien sostiene que:

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos (p. 175).

Desde este paradigma es desde donde interviene el trabajador social en el campo de la salud, específicamente en la Atención Primaria de la Salud (APS) en el Centro de Salud N° 19, entendiendo que es la puerta de entrada de los sujetos a la atención en salud, con cercanía a los barrios de mayor vulnerabilidad social, la cual intenta resolver los problemas que requieren menor dificultad, en caso de no ser así, deriva a otros niveles de atención.

Por último, se toma como ejemplo el recorte de las experiencias de trabajo social con las cinco familias del Centro de Salud N°19 La Cerámica. Este trabajo adhiere al concepto de singularidad que Susana Cazzaniga (1997) define de la siguiente manera:

Aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del “es” como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, es decir, su expresión como ser singular.
(p. 6)

Dicho esto, es importante aclarar que la elección de las situaciones que se presentan no fue azarosa, sino que dentro de la extensa cantidad de historias clínicas que existen en el Centro de Salud, fueron seleccionadas estas cinco familias (que no dejan de ser historias, familiares o individuales) debido a la complejidad de sus problemáticas, por lo cual son leídas en clave del paradigma de la complejidad, desde donde se propone una mirada integral de los acontecimientos y no solamente desde las posturas o respuestas unívocas. En este sentido,

cabe recuperar las palabras de Edgar Morin, que advierten sobre la necesidad de “imponerse progresivamente a lo largo de un camino en el cual aparecerán, ante todo, los límites, las insuficiencias y las carencias del pensamiento simplificante, es decir, las condiciones en las cuales no podemos eludir el desafío de lo complejo” (p. 10).

Se observa como característica en común de las cinco familias, la escasez de recursos económicos, por lo que se puede afirmar que son familias que viven en situación de pobreza, algunas en mayor medida que otras. La pobreza en sí trae aparejado otros escenarios, como lo es el carácter limitante de los aspectos de la vida, ya sea por la estigmatización que cargan los sujetos en esta situación, así como también por no poder acceder a otras posibilidades que impliquen una mejor calidad de vida e incluso el acercamiento a mantener otras relaciones sociales; por lo que podemos afirmar que la pobreza afecta al sujeto en diferentes dimensiones.

Parafraseando a Florio y Labrunee (2021), en su texto explican la multidimensionalidad de la pobreza, entendiendo a ésta mediante dimensiones constitutivas de la privación de derechos, como la salud, alimentación, servicios e infraestructura, vivienda digna, medioambiente, educación, empleo y seguridad social (p. 18). Por lo que no es solamente una descripción sino que la falta de recursos afecta en otros aspectos de la vida del sujeto, lo que la hace multidimensional.

Al mismo tiempo, podemos observar que las situaciones de violencia cobran una relevancia particular en estas familias, ya que tres de esas cinco historias clínicas están atravesadas por situaciones de violencia en los vínculos, sumado al contexto de crisis e incertidumbre que trajo aparejado la pandemia de Covid-19, en este momento tan inusual por el cual se transitó en términos generales y afectó a las familias particulares del barrio.

Cabe destacar que a las situaciones seleccionadas se les ha otorgado un nombre ficticio para resguardar la identidad de las personas, respetando la no divulgación de sus nombres verdaderos. Por lo que, estas historias clínicas, o, historias al fin, demuestran y sirven para ejemplificar el desarrollo de este trabajo personalizado en historias de vida concretas, como lo son las de Estefanía, Sonia, Paula, Adrián y Mariana.

Estos sujetos, y algunos de sus familiares, tuvieron su paso por el Centro de Salud en donde fueron atendidos por alguna demanda específica, como es el caso de Mariana en pandemia, que al igual que otras situaciones, es de larga data. Las problemáticas que se repiten en mayor

medida dentro de estas familias son habitacionales y de violencia intrafamiliar, pero también se encuentran situaciones de consumo problemático, discapacidad y salud mental, las cuales se complejizan aún más por cuestiones de género y clase social.

Estas características son descriptivas de las familias que hacen de muestra y acompañan el aporte teórico que se desarrollará a lo largo del trabajo. Lo cual permite llevar los contenidos teóricos generales a lo particular de la práctica, para su análisis y reflexión, lo que contribuye al escrito y lo vuelve singular.

Pregunta Problema

¿Cómo pensar las intervenciones desde el trabajo social ante las lógicas familiares que se encuentran en el Centro de Salud N°19 La Cerámica, a partir del periodo de la pandemia del 2020?

Objetivos

Objetivo General

Indagar los modos de intervención de la trabajadora social ante las lógicas familiares de cinco familias que servirán a modo de muestra del Centro de Salud N°19 La Cerámica en el periodo de la pandemia de 2020.

Objetivos Específicos:

- Recuperar las conceptualizaciones sobre el sistema de salud en general y en la ciudad de Rosario en particular.
- Describir los aportes teóricos en torno a la familia, sus vínculos y relaciones.
- Reflexionar en cuanto a las formas del quehacer del trabajo social recuperando las cinco historias clínicas perteneciente al Centro de Salud N°19 La Cerámica que servirán de muestra de este trabajo integrador final.

Encuadre Metodológico

El presente TIF toma como punto de partida la metodología de tipo cualitativa. Según Sautu (2005), es aquella empleada en los estudios que presentan como necesario conocer cómo funciona el conjunto. Por lo que se intenta describir o explicar un proceso, y para ello los estudios del lenguaje y la comunicación son una parte constitutiva central del objetivo, pudiendo así hacer hincapié en el análisis con la interacción misma entre los actores.

En este caso se abordan las experiencias subjetivas y las formas de intervención ante las lógicas familiares que la trabajadora social utilizó en un determinado momento de la historia, el periodo de la pandemia del año 2020. Buscando un análisis crítico sobre las intervenciones de la trabajadora social en algunas familias que asisten al Centro de Salud N°19 La Cerámica de la ciudad de Rosario. Sus realidades sociales y económicas, sus vínculos, relaciones, la comunicación y el lenguaje. Todo ello teniendo en cuenta que se estaba transitando por un momento histórico específico con infinidad de cambios en diferentes aspectos.

En este sentido, las herramientas utilizadas son las siguientes:

- Observación participante de los años 2020-2021
- Registros del cuaderno de campo realizados en los años 2020-2021.
- Entrevistas semiestructuradas realizadas a diferentes profesionales de la institución que sirvieron de recurso para la construcción de este trabajo integrador final ya que este aporte facilitó la escritura.
- Análisis de cinco historias clínicas brindadas por la institución, que fueron relevadas a fin de acotar el campo de escritura.

Por último, se señala que la observación se llevó a cabo por la propia autora de este trabajo, a fin de realizar descripciones e interpretaciones que posibilitan repensar la intervención de la trabajadora social en periodos de pandemia y postpandemia visibilizando como la subjetividad de dichos sujetos es puesta en juego a partir de tales intervenciones.

Capítulo 1

Sistema de Salud en Rosario

En este capítulo se pone en contexto el campo salud, en el cual se retomarán dos grandes paradigmas de la salud como son el Modelo Médico Hegemónico y la Salud Colectiva, así como también las definiciones más importantes de salud que están actualmente vigentes. Tomando en cuenta estas definiciones se obtiene una mayor comprensión de los procesos sociales, las luchas y las relaciones de fuerza que se dan en el campo de la salud, y la puja de los distintos actores por conseguir logros que se aproximen a sus intereses. Además se mencionan las leyes, tratados y decretos que tienen incumbencia en el campo de salud, tanto internacionales, nacionales como provinciales para luego abordar específicamente el Centro de Salud N°19 La Cerámica, ubicado en la zona norte de la Ciudad de Rosario.

Para ello se considera interesante comenzar retomando el concepto de salud en clave de lo que Bourdieu (2005) define como campo:

En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. 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) (p. 150).

En este sentido el campo de la salud, históricamente ha estado compuesto por diferentes actores sociales. En un comienzo estos eran los/as médicos/as, psiquiatras, enfermeros/as que pertenecían a la primera línea de acción para atender la urgencia de lo que les sucedía a los sujetos. Siguiendo con la concepción de campo, es importante resaltar que estos actores están dotados de *habitus*, que es el proceso por el cual lo social se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas (Bourdieu, 2005)

A su vez Bourdieu (2005) plantea que se puede comparar el campo con un juego, ya que el mismo contiene reglas y regularidades que no son explícitas, están codificadas, pero que

quienes están insertos en él, las conocen. Es decir que todo profesional tendría conocimiento de estas reglas y regularidades implícitas y por ende reconocería que lugar ocupa, que funciones cumple dentro del sistema de salud y cuáles son sus derechos y obligaciones por los cuales pelea. Por lo que se le atribuye conjuntamente un reconocimiento de estas reglas fuera de cualquier cuestionamiento.

Dentro del campo de la salud existen dos grandes paradigmas que han ido surgiendo a lo largo de la historia. En primer lugar el *Modelo Médico Hegemónico*, que Eduardo Menéndez (1988) define del siguiente modo:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde finales 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 (p. 1).

Este modelo tiene una serie de rasgos estructurales ya que es un paradigma que hace foco en la enfermedad particular del sujeto, pero no puede ver su totalidad, no evalúa la complejidad ni el contexto en el que se encuentra la persona. Otra de sus características es que se posiciona como la única manera válida de “curar”, dejando de lado las llamadas prácticas subalternas. Además el método que utiliza este modelo es positivista, porque trabaja sobre lo que se puede ver y observar, genera así una forma reduccionista de entender la salud, dejando al sujeto en un lugar de paciente, en un estado pasivo, que espera que se le otorgue un diagnóstico y un tratamiento para su cura. De este modo se produce una visión de la salud desde una relación asimétrica de poder, en la que el profesional tiene en sus manos la solución que el paciente espera (Menéndez, 1988).

Luego, este paradigma entra en crisis cuando deja de ser una forma de respuesta válida ante las necesidades que se estaban presentando a nivel político, social, económico y poblacional en la sociedad, para dar paso a un nuevo paradigma de *Salud Colectiva*. Este nuevo paradigma tiene una forma diferente de concebir el proceso salud-enfermedad, ya que agrega la visión de complejidad, la cual comprende al sujeto de atención como un todo y no de una manera fragmentada. En palabra de Ana Lucía Casallas Murillo (2017):

La Salud Colectiva parte de ver a la sociedad como un proceso de cambio atravesado por contradicciones, cuya resolución va dando origen a nuevas formas mediante las cuales las personas y las colectividades buscan resolver los problemas, resignifica la noción del proceso salud-enfermedad y se ocupa de generar saberes y prácticas que se alimentan de asuntos como la incorporación de procesos históricos y la dialéctica; la consideración epistemológica del objeto salud, y el establecimiento de conexiones con las ciencias sociales para materializar la interdisciplinariedad y hacer una crítica al modelo preventivista y a la insuficiencia de herramientas metodológicas para el análisis de las condiciones de salud y enfermedad de los colectivos de la epidemiología convencional, entre los más importantes (p. 399).

Sin embargo, en la actualidad el campo de la salud no es solamente competencia médica, sino que se amplía a otras profesiones y a la sociedad en general. Pero, si bien algunas respuestas pueden ser al día de hoy tradicionales, están pensadas en conceptos interdisciplinarios. A. Stolkiner y S. Ardila (2012) plantean que, “en esta búsqueda epistemológica se revisaron críticamente los modelos de pensamiento causalistas lineales como los dualistas dicotómicos salud-enfermedad, individuo-sociedad, biológico-mental, incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno” (p. 60).

De acuerdo a lo expresado por estos autores, el campo de la salud se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de concentración de capital económico y financiero y de la capacidad de gestión de los gobiernos en la que prevalece la intervención del Estado en la salud. Por este motivo es considerable la preservación de las políticas sociales como una preocupación central en la agenda estatal y en la sociedad en general.

A su vez, Menéndez (1988) sostiene que la enfermedad y su respectiva atención constituyen hechos estructurales en toda la sociedad y no solo expresan el carácter epidemiológico y clínico en sí, sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que todos los sujetos invariablemente necesitan procesar a través de las formas de enfermar, curar y morir.

Por otro lado, según el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta última es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones y/o enfermedades, y en armonía con el medio ambiente” (1948),

definición que se presenta como un estándar ideal inalcanzable a los fines de la vida cotidiana.

Tomando en cuenta lo desarrollado hasta el momento cabe destacar que en las entrevistas realizadas a diferentes profesionales del Centro de Salud N°19 La Cerámica, en los últimos años de prácticas de la carrera de trabajo social, se pudo observar que, aunque en la actualidad permanece la definición de la OMS, los profesionales adhieren a otras concepciones sobre la salud más integrales y flexibles, como por ejemplo la de Floreal Ferrara (1975), quien sostiene que:

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos (p. 175).

En síntesis, el sujeto lucha ante las dificultades que le son impuestas por el contexto en donde vive y por las mismas limitaciones que él mismo se adjudica, por este motivo se generará un constante movimiento en donde el sujeto insistentemente va a ir modificando las situaciones que lo atraviesen y se le impongan en el camino, por lo que buscará una solución para batallar y resolver esos impedimentos, y seguramente luego aparecerán otros.

Marco legal del campo salud

En lo siguiente cabe resaltar el papel importante del marco normativo en el que se ha amparado la salud a la largo del tiempo, comenzando por la Confederación Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma Atta en 1979 cuando se declaró a la Salud como Derecho Humano fundamental que requiere de la intervención de diferentes sectores sociales y económicos en conjunto con el de salud. Por lo que se entiende este concepto como una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multívoco y cambiante adquiriendo diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales. Porque la salud comprende distintas dimensiones: física, social, psíquica y cultural

como también representaciones sociales y simbólicas las cuales se encuentran en retroalimentación constante.

La Constitución Nacional es la ley suprema de nuestro país, por lo tanto los derechos y garantías que reconoce a los ciudadanos deben ser respetados por el resto de las leyes, tratados, ordenanzas, etc. En este sentido los artículos más relevantes al campo salud son:

- Art. 14 bis: Enumera una serie de derechos de los trabajadores: condiciones dignas y equitativas de labor, seguro social obligatorio, protección integral de la familia, vivienda digna.
- Art. 41: Derecho al ambiente sano para el desarrollo humano.
- Art. 42: Como derechos de los consumidores, nombra el derecho a la salud.
- Art. 43: Establece la acción de amparo como herramienta alternativa y eficaz para hacer cumplir cualquier derecho que nombra la constitución. También la acción de Habeas corpus, en caso de que el derecho violado o alterado sea la libertad física.

También es necesario mencionar el grupo de estos pactos, tratados y declaraciones que a partir de la reforma constitucional del año 1994 fueron incorporados como norma suprema, como, por ejemplo, los que se detallan a continuación:

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: la cuál prevé medidas para eliminar la discriminación contra la mujer, para asegurar la igualdad en derechos; y nombra el derecho al acceso a la información específica, para asegurar la salud y el bienestar.
- Pacto internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: regula el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los estados partes de este pacto deberán asegurar el mejoramiento de la higiene en el trabajo y el medio ambiente, la prevención de las enfermedades epidémicas, la reducción de la mortalidad infantil, etc.
- Convención sobre los derechos del Niño: el cual propone que los Estados partes garantizan en la máxima medida la supervivencia y el desarrollo del niño; el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones dignas; el derecho del niño; es derecho del niño impedido, recibir cuidados especiales; la cooperación internacional a fin de garantizar este y otros derechos para los niños; se regula el derecho al disfrute del más alto nivel de salud;

habla de reducir la mortalidad, desarrollar la atención primaria de la salud; combatir la desnutrición; el derecho al agua potable; desarrollar la atención sanitaria preventiva; etc.

A propósito de lo que se viene desarrollando, se destaca el papel de las leyes en el campo salud en Argentina, el cual está regulado por una amplia cantidad de leyes, por lo que se mencionan a continuación las más relevantes:

- Ley N° 16.986: Trata la regulación del Derecho de la acción de amparo: la cual establece la Constitución Nacional, es una ley que puede ser utilizada en situaciones de acción u omisión de autoridad pública que altere o amenace los derechos y garantías reconocidos por nuestra constitución nacional, entre ellos el derecho a la salud.
- Ley N° 26.529 Corresponde a los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado; la misma tiene como objetivo principal cuidar al sujeto que se atiende en el efector de salud otorgándole un respaldo, la cual abarca la asistencia, sin distinción alguna producto de -sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición-. Trato digno y respetuoso, de intimidad, confidencialidad. El paciente tiene derecho a aceptar y/o rechazar las diferentes terapias que se le sugieren. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. Autorización, en el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente, historia clínica informatizada, etc.
- Ley de Salud Mental N° 26.657: Reconoce los derechos fundamentales de los usuarios/as de los servicios de salud mental, garantizando el acceso a una atención integral y humanizada; todas las personas deben acceder a una tratamiento

personalizado acorde a su situación, que no restrinja sus derechos y resguarde su intimidad, como así también el derecho a recibir la atención en un hospital común. Ninguna persona puede ser obligada a atenderse o internarse en un hospital excepto que sea considerado un posible daño para sí mismo o para terceros y, en ese caso puede la persona acceder al sistema legal para revisar su situación. También, la ley menciona el derecho que el sujeto tiene a acceder a dispositivos comunitarios para ser atendido y permanecer viviendo en comunidad, un ejemplo de ello son los Centros de Salud que brindan herramientas a la población para hacer cumplir este derecho, entre otros.

- Ley de Discapacidad N° 22.431: es la nueva ley de Discapacidad, si bien existía previamente la ley de discapacidad desde el año 1981 “Sistema de protección integral de las personas discapacitadas”, esta normativa le otorga otro enfoque a la discapacidad, ya no estrictamente desde el ámbito médico sino considerando al sujeto como un sujeto de derechos que tiene la potestad de decidir y el deber de ser respetados en ese derecho y reconocidos. Anteriormente eran considerados como sujetos que debían ser protegidos por el Estado y que solo reciben acciones de cuidados, actualmente eso no es así ya que se reconoce el derecho a la autonomía, como así también introduce el enfoque de la perspectiva de género.

Por su parte en el sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe, se observa que en el año 2007 con la llegada del Frente Progresista Cívico y Social a la gobernación la cual continuó por dos períodos consecutivos (2011-2015/2015-2019), comenzó a impulsarse en el territorio provincial una reforma del Estado basada en cuatro pilares: regionalización, descentralización, participación ciudadana y planificación estratégica. Este proceso tuvo un enfoque de derecho e inició de este modo un camino de transformaciones sociales, culturales, políticas, económicas e institucionales.

Por medio de estos cambios se realiza una reorganización del territorio para su nueva estructura y gestión con el objetivo de disminuir los desequilibrios socioeconómicos y acercar el Estado a la ciudadanía. Para esto se planificó una nueva forma de ordenar integralmente el territorio en cinco regiones teniendo en cuenta las características físico ambientales, económico productivas y socio institucionales distintivas de cada una de ellas y a su vez estas representan espacios simbólicos, con anclaje en el territorio, la historia, las identidades y la cultura con el objetivo de unificar los criterios de abordaje territorial del Estado provincial

que hasta entonces se encontraban superpuestos. Las cinco regiones en las que se organizó la Provincia fueron: (Región 1), Nodo Reconquista; (Región 2), Nodo Rafaela; (Región 3) Nodo Santa Fe; (Región 4) Nodo Rosario; (Región 5) Nodo Venado Tuerto.

A saber, la descentralización provincial es la herramienta fundamental para hacer posible un Estado moderno y cercano con un sentido solidario, integrador y democratizante. El desarrollo del proceso entraña la transferencia de capacidades y recursos a nuevos entes y, como tal, requiere de una profunda reingeniería del Estado provincial en sus aspectos administrativos y funcionales. Gabinete Social de la Provincia de Santa Fe (2019).

Según los datos brindados por la página de la Provincia de Santa Fe, la red de Servicios Público/Estatal está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención. La misma está emplazada en el sector Centro-Sur de la provincia, limita al norte con las Regiones 2 y 3, al Oeste con la provincia de Córdoba, al sur con la Región 5 y la provincia de Buenos Aires y al Este con la provincia de Entre Ríos. Comprende los Departamentos: Belgrano, Iriondo, además de San Lorenzo, Caseros (Distrito Casilda), Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución (excluido Distrito Bombal).

Tomando como referencia la información que brinda la Página Oficial de la Provincia de Santa Fe, y como se mencionó en el punto anterior, se observa que “El sistema público provincial de salud se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud, con énfasis en la descentralización territorial en regiones sanitarias con particularidades que requieren presencia y cercanía” (s.f). La red integrada de servicios de salud comprende el conjunto de efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, así como también los mecanismos por los que estos elementos se relacionan entre sí para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Dichas redes tienen un propósito de ser, a las mismas se le presenta como tarea indispensable brindar una atención inmediata y segura sobre la detección temprana de las enfermedades, su

seguimiento, tanto de los tratamientos como de los cuidados que la persona debe seguir. Los niveles de atención están ingeniosamente diseñados para poder dar respuesta desde una atención estratégica de la salud, desde un nivel primario a los de mayor nivel. Y en base a esto, sus recursos deben ser distribuidos en detrimento de una buena organización por niveles, pensando interinstitucionalmente este proceso de designación de insumos, si bien el que toma esta decisión es el Ministerio de Salud, se puede prever esta redistribución en base a las necesidades inmediatas de los distintos efectores y a la población a la que se debe responder una demanda.

Por su parte el sistema público provincial de la salud se encuentra organizado en tres niveles de atención:

- Primer nivel: Está integrado por efectores de salud sin internación, Centros de Salud distribuidos por todo el territorio provincial con cercanía a la comunidad conformados por equipos interdisciplinarios formados para dar respuestas a las necesidades de la comunidad. Algunas de las actividades que realizan son la promoción, prevención y educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. Como principal función es la de establecerse en la puerta de acceso de la población al sistema de salud, hacer un seguimiento de la salud de los sujetos, sus familias y la comunidad; invitar a la comunidad a participar de las tareas de promoción de la salud y la prevención de enfermedad, asegurar la articulación tanto del equipo multidisciplinario e intersectorial, como con los demás niveles de atención gestionando turnos, referencias y contrarreferencias para que el abordaje sea de manera completa e integral.
- Segundo nivel: Está conformado por efectores de mediana y baja atención asistencial, los cuales brindan una asistencia ambulatoria, con internación abreviada y estabilización de la persona ante la urgencia y/o emergencia. Sus funciones son; constituirse en referencia asistencial entre el primer y tercer nivel de atención. Brindar servicios de atención de calidad a las personas con respecto a las necesidades que comprenda, implementando mecanismos dinámicos, eficaces y calificados de articulación entre distintos niveles.
- Tercer nivel: está conformado por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, ubicados geográficamente de manera estratégica en la región, con responsabilidad territorial. Su función está centrada en dar respuestas a las necesidades de las

poblaciones de cuidados críticos e intermedios, ya sea un internación o de manera ambulatoria. Consolidar mecanismos efectivos de articulación y coordinación en la producción de procesos asistenciales en red con otros niveles de asistencia, pertenecientes a la jurisdicción como también los extrajurisdiccionales que garanticen el acceso a la atención necesaria que este nivel exige.

Por último, se resalta el marco normativo provincial y el sistema de salud en la ciudad de Rosario, específicamente en el Centro de salud N°19 La Cerámica, en la cual se encuadra este trabajo. Empezando por mencionar algunas leyes y ordenanzas que fueron relevantes en la observación de la práctica:

- Ley Provincial N°11.529/1997 Violencia Familiar.: Esta ley protege a todas las personas que reciben malos tratos por algún integrante de su familia, ya sea de forma verbal, física o psíquica. Estas personas pueden convivir o no, estar en matrimonio de hecho, sean relaciones ascendentes, descendentes o colaterales, en la cual deberá intervenir el juez competente. Los mismos tendrán intervención de abandonar el hogar en el caso que sea necesario como así también todo el proceso tendrá carácter reservado a fin de proteger a las personas que viven allí. Es importante mencionar que los servicios asistenciales, de salud y profesionales a fin tendrán que tener conocimiento de la situación.
- Ley N° 27.610 ILE: Tomando esta ley nacional es llevada a cabo en la provincia de santa fe, específicamente en Rosario, la cual tiene como función regular la interrupción voluntaria del embarazo y acompañar en el post de todas las personas con capacidad de gestar. Es legal en todo el territorio argentino y debe garantizarse en efectores públicos de salud, obras sociales y prepagas de manera gratuita e integral.
- Ordenanza 8186/2007: En Rosario, estas prácticas se llevan a cabo tanto en Centros de Salud como en hospitales, entregando gratuitamente misoprostol y dependiendo del caso intervención quirúrgica, en ambas situaciones con seguimiento del paciente.
- Ley Provincial N°10.112 de Celiaquía: La cual consiste en la incorporación de menús de manera obligatoria en las diferentes instituciones y/o establecimientos como también la información de la presencia o ausencia de gluten en las comidas. También declara de interés provincial la investigación, prevención y tratamiento en todo lo que tenga que ver con la enfermedad celíaca. Se procede a registrar los productos sin tacc.

En esta línea cabe mencionar a grandes influyentes que participaron fuertemente en la conformación de la Atención Primaria de la Salud en Rosario (APS) son por un lado Debora Ferrandini, María del Carmen Troncoso, Ena Richiger como para mencionar algunas de las personas más relevantes. Lo que conocemos en la actualidad como Centros de Salud, anteriormente tenían nombres como “estaciones sanitarias” o “dispensarios”; en el año 1990 se creó la Dirección de Atención Primaria en el decreto municipal N° 0769 con en dependencia de la Dirección General de atención médica, luego, en el año 1993 completó su estructura conformada por una subdirección general de atención médica.

Debora Ferrandini expresó que: “El trabajo en Atención Primaria de la Salud es entendido entonces esencialmente como una estrategia para la constitución de sujetos capaces de luchar contra las condiciones que limitan la vida, lo que significa en primera instancia recuperar la capacidad de soñar y comprometerse con el cambio” (P.1).

La Atención Primaria de la Salud funcionó como una instancia de coordinación de los distintos niveles con jerarquía equivalente al resto de las direcciones centrales de la secretaría de salud y en 1993 obtuvo asignación presupuestaria específica. Se conformaron equipos interdisciplinarios y se capacitó a los mismos en APS; por lo que se puede ver notoriamente que desde los años 1989 a 1995 se conformó una etapa fundacional en estos, y que los años que le siguieron se realizaron congresos y seminarios para poder crear una estrategia de viabilidad para esta nueva política.

Por lo tanto, el Centro de Salud La Cerámica al que refiere este trabajo corresponde a APS, con ubicación en la zona norte de la ciudad de Rosario. En este primer nivel de atención se realizan abordajes integrales con profesionales capacitados en salud que puedan dar respuestas a las diferentes situaciones que se presenten. A su vez, tiene como objetivo que las personas puedan vivir una vida plena, digna de ser vivida y con derecho a la salud.

Una de las principales características de este desarrollo fue la definición de su población objetivo, ya que se posiciona como la puerta de acceso a la salud dentro de la población, por lo que la comunidad cobra un rol de importancia invitando a participar de problemáticas como la detección de cáncer de mama, control de embarazo, planificación familiar, desnutrición, como así también el seguimiento, tratamiento y atención de diversas áreas como lo son trabajo social, psicología, psiquiatría, médicos generales, pediatras, odontología, asesoramiento en cuestiones legales, entre otras. Es decir que, se construyeron y capacitaron

equipos profesionales para poder abordar la complejidad que requiere el trabajo en salud, como también se integró a los y las trabajadores/as sociales que hasta ese momento no tenían un lugar concreto de acción en el campo salud.

Capítulo 2

Las familias del Centro de Salud N°19 La Cerámica

En este segundo apartado se describen los aportes teóricos en torno a la familia y sus vínculos; estos contribuyen a dar respuesta a uno de los interrogantes planteados sobre la familia como parte de la constitución del sujeto. Además, se abordan conceptos del derecho y de la psicología que aportan para pensar el sujeto de intervención de trabajo social. Por último, se realiza una descripción de las características del barrio, sus problemáticas y se presentan dos situaciones familiares de sujetos que asisten al Centro de Salud N°19 La Cerámica que sirven para ejemplificar lo desarrollado.

Para empezar, las personas que asisten al Centro de Salud están inmersas en una familia, lo que se denomina institución familiar. La cual oficia de acompañante en los momentos importantes en la vida de cada sujeto, puede estar presente o no, pero todo sujeto deriva de una familia, de una historia, de un pasado y de los discursos que se fueron construyendo y conformando en torno a la misma. Según Guerrini (2009) “la familia cambia y continuará cambiando, pero también persistirá, ya que es la unidad humana más adecuada en las actuales sociedades” (p.2).

Pero ¿Qué se entiende por familia? ¿Qué vínculos y/o relaciones son considerados como tal? y ¿Qué tipos de familia son las que asisten al Centro de Salud N° 19 La Cerámica? Estos cuestionamientos se sustentan en aportes teóricos. Al respecto Carlos Eroles (2007) en su texto cita a Elizabeth Jelin quien plantea a la familia como un espacio paradójico, que posibilita tanto el afecto como el ejercicio de la violencia, por lo tanto de este modo se comprende a la familia como:

Una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de parentesco, conyugalidad y pater/maternidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relación de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. Existen en ellas tareas e intereses selectivos, pero sus miembros también poseen intereses

propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción (p. 95).

Las familias seleccionadas, en específico y en su contextura organizacional, son numerosas, de varios integrantes, cuya función de cuidado puede ser desempeñada por madres, padres, abuelos, tíos, vecinos, hermanos o hijos que cuidan a otros hijos. Además, como es común hoy en día, tres de esas familias son ensambladas, y en una de ellas está conformada por integrantes que no tienen lazo sanguíneo inmediato.

Un ejemplo de lo anteriormente referido es el caso de una familia en la que conviven en el mismo espacio tres niñas y su mamá, su expareja, el padre de las niñas, un hermanastro de éste y los abuelos paternos, propietarios de la vivienda. Por lo tanto, ello implica todo un desafío en la organización de las personas del hogar en varios sentidos, sobre todo para ponerse de acuerdo en criterios básicos de convivencia. Por este motivo, no es posible encasillar a las familias en una “conformación tal de familia” única y determinante, sino que se deben considerar múltiples maneras. Cruz y Fuentes (2017) afirman que:

“La categoría familia, entre otras, conlleva implícitamente ciertas estructuras que se han construido históricamente, pero que no son estáticas ni universales, son constantemente tensionadas por la dinámica de la realidad, y ello requiere ser comprendido desde una disposición pensante, que interrogue el devenir abierto, portador de múltiples posibles” (p.13).

Se puede observar que estos primeros otros con los que el sujeto se encuentra son quienes van a ocupar un lugar esencial en su vida, ya que desde un primer momento son quienes tienen el deber de cuidar, de proteger y proveer a esa persona las mejores condiciones de vida para su desarrollo. Para el abordaje de estos temas resulta imprescindible entender la cuestión material e histórica de las familias, porque pensarlas aisladas de las condiciones materiales de vida sería descontextualizarlas, lo que es fundamental para comprender ciertos accionares y modos de vida. En palabras de Eloísa de Jong (2009):

Se entiende a la familia como producida y productora de un sistema social de relaciones materiales y simbólicas de donde se derivan los modos de entender a la misma, constituyendo representaciones como una trama argumental desde la cual el sujeto interpreta la realidad y orienta su acción en el mundo (p. 15)

La familia entendida como institución es una entidad que posee diversas formas, debido a que no hay una sola manera de concebirlas. Si bien estas concepciones a lo largo de la historia se fueron transformando debido a distintas preguntas y cuestionamientos, actualmente se debate el modelo tradicional de familia que se sostuvo durante demasiado tiempo. Poder instalar nuevos modos de familia en las que se incluyan a todos los sujetos es necesario en las sociedades actuales, más allá de las resistencias y dificultades.

La familia deja una huella relevante en la trayectoria de vida de los sujetos, ya que es, nada más ni nada menos que el lugar donde se le brinda una identidad al sujeto y, por ende, una subjetividad. Aporta a la construcción de los cimientos de su lugar en el mundo, independientemente de la propia elección de sostener esas relaciones o no. Es por ello que Guerrini (2009) afirma que:

“La familia es poderosa por su influencia perdurable en las vidas humanas. Es el primer grupo con el cual entramos en contacto al nacer, y dentro del cual permaneceremos toda o la mayor parte de nuestra vida. La familia influye en el proceso de nuestra socialización y desarrollo de nuestra personalidad” (p. 1).

A su vez, surge la pregunta: ¿La familia, es parte constitucional del sujeto? Para intentar dar una respuesta en el marco de esta producción, se desarrolla primeramente cómo se entiende al sujeto de trabajo social. Se lo comprende como un sujeto integrado, atravesado, y compuesto por múltiples cuestiones; principalmente es un sujeto social, leerlo en esta clave significa que está inmerso en una sociedad, con una cultura determinada, en un momento histórico dado, inserto, en la mayoría de los casos, en una familia, transmisora del lenguaje, de ciertos valores y costumbres que delimitan la subjetividad de cada sujeto.

También está conformado por la historia singular, experiencia que es individual y exclusiva, que va transitando en su paso por las instituciones y por los diferentes ámbitos de socialización que dieron lugar y llenaron de sentido su vida como así también el deseo propio y los vínculos que construyen o sostienen. Sumado a esto, se debe considerar una visión integral del sujeto pensada desde el paradigma de la complejidad, la cual consiste en una mirada integrada de los acontecimientos y no solamente desde las posturas o respuestas unívocas.

Es por ello que resulta interesante pensar al sujeto enriquecido por diferentes puntos de vista que intentan abordarlo en su integralidad. Históricamente, trabajo social se nutrió de algunos conceptos de otras disciplinas o profesiones como lo es el derecho y la psicología.

Por un lado, el sujeto de trabajo social es considerado un sujeto de derecho ya que la profesión adhiere, sobre todo, a concebir a todas las personas bajo este paradigma de derechos humanos. Este posicionamiento pretende garantizar el acceso básico a todos los derechos existentes; algunos de ellos son el derecho a la salud, a la educación, a la vivienda digna, a la seguridad social, a la justicia, a la alimentación, a la identidad, a la información, en suma, a vivir una vida digna y plena.

Por otro lado, la concepción de sujeto entendida en el transcurso de este trabajo puede leerse desde los aportes del psicoanálisis, que comprende al sujeto como un sujeto dividido, descentrado, atravesado por el inconsciente, que se desconoce a sí mismo, no tiene el control de su vida en términos completamente racionales o que a veces sufre y no sabe qué es lo que lo angustia. Esta forma de entender al sujeto deja por fuera todas aquellas nociones de individuo, es decir, de una persona en su completud, consciente de sus actos, indivisible y conocedora de su actitud racional; es por ello que, en palabras de Gentile (2020), “el sujeto es efecto de la relación con el otro; esa relación, como todo lazo humano, está regulada por el lenguaje articulado, es decir, por la palabra, el ser humano es sujeto que habla” (p11).

Otro aporte para sumar al análisis complejo que reviste el sujeto, según Ana Quiroga y Pichón Riviere (1998), consideran al mismo como:

...ser de necesidades que se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan. El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es sujeto producido en una praxis, nada hay en él que no sea la resultante de la interrelación entre individuos, grupos y clases (p.12)

Esta concepción pichoniana de sujeto abre el panorama de lo que significa estar rodeados de otros, ya que sin ellos el sujeto está desprovisto de recursos para poder alcanzar sus propias necesidades de existencia. Por lo que está entramado en una red de relaciones, producido por los procesos sociales, que a su vez es resultado de esas relaciones y también parte de procesos vinculares e institucionales. Por este motivo el sujeto produce su vida material y es creador de la sociedad en la que vive y de su propia historia.

Por lo cual es importante pensar que la familia, aunque sea en los primeros años de vida del sujeto, imprime ciertas normativas de lo que puede llegar a ser, provee de herramientas, valores, modelos, que, por lo menos en un primer momento impregnan la vida del sujeto, estos serán transmitidos por el lenguaje, el cual puede ser concebido como una trama, una red, que se extiende sobre el conjunto de las cosas, sobre la totalidad de lo real, inscribe en el plano de lo real ese otro plano que aquí llamamos el plano simbólico” Martelo (2017) p.27.

Por este motivo, parafraseando a Eloísa de Jong (2009) entendemos que “cada persona, a partir de su vida familiar, tiene una «idea» del «ser de la familia» que puede estar atravesado por una matriz hegemónica del «deber ser» como orden natural” (p. 14).

Características del Barrio La Cerámica

El barrio La Cerámica está ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario, tiene sus propias características, algunas de ellas son generales y compartidas con otros barrios, otras configuran la propia singularidad que lo define. La Cerámica está limitada por las intersecciones de calle Baigorria al sur, Avenida de los Granaderos al oeste, calle Huerta Grande al norte y las vías del ferrocarril Belgrano al este. Los sujetos que asisten al Centro de Salud residen o han residido en algún momento en el barrio, ya que el área de influencia supera al área geográfica correspondiente a la atención.

Históricamente, el barrio se fue conformando en torno a la fábrica Cerámica Alberdi, fundada en el año 1899 por los mismos obreros que trabajaban allí. Este emprendimiento, en sus comienzos, fue un pequeño horno alfarero que en el año 1907 se convirtió en Cerámica Alberdi, aquello que sería con el correr de los años la gran industria que es actualmente. Su población estuvo compuesta en sus inicios por inmigrantes italianos y españoles que trabajaban en la fábrica. Desde la década del ochenta recibió una oleada migratoria de las provincias de Chaco y de Corrientes que venían en busca de empleo, como así también de la República de Paraguay, y creció aún más en los años noventa, producto de las políticas neoliberales.

La fisonomía del barrio ha ido cambiando con el tiempo, en sus inicios las viviendas eran pequeñas casas de material, ubicadas en cercanía a la fábrica por la calle República de Irak. Eran habitadas por los trabajadores de la fábrica, que aún se conservan en la actualidad. Posteriormente, en la década del noventa se construyeron casas de chapa precarias con escasas condiciones de salubridad. En los últimos años el barrio tuvo una notable mejoría ya

que se han abierto calles nuevas asfaltadas y se ha realizado el alumbrado público; el tendido de red eléctrica es amplio y aunque el servicio se corta habitualmente, brinda luz a toda la población.

A su vez, el barrio cuenta con red de gas natural, pero no es utilizada ya que la demora en la instalación es de dos a tres años, por lo que sus habitantes utilizan gas envasado. En cuanto al servicio de recolección de excretas domiciliarias, recientemente ha sido colocado en los domicilios ubicados entre calle Unión y Caminos de los Granaderos, que comprende a un sector del barrio, pero aún falta gran parte. Todas estas mejoras hacen que sus habitantes tengan una mejor calidad de vida.

Dentro de la población que asiste al Centro de Salud N°19, se pueden identificar diferentes situaciones problemáticas. Por un lado, varias de las familias que habitan el barrio, no tienen un ingreso proveniente de trabajos estables, sino que mayormente cuentan con empleos informales, temporales o precarizados, generalmente en el rubro de la albañilería, de las ventas ambulantes o de las changas en las cuales cobran por las horas trabajadas, siendo este su único ingreso. Algunas familias reciben programas estatales como, por ejemplo, Asignación Universal por Hijo, Tarjeta Única de Ciudadanía, Plan Nacer, entre otros.

De acuerdo a las notas de campo de dicha observación participante, se puede relevar que esta situación genera un malestar en la vida de los sujetos que impacta en otros aspectos de sus vidas, ya que las dificultades materiales traen aparejadas una serie de problemáticas en su conjunto. La mayoría de las personas no cuentan con espacio propio, sea casa o terreno, por lo que una forma de paliar esta cuestión es compartir espacios con otras familias, lo cual genera hacinamiento y gran precariedad en las construcciones, que a su vez, dificulta, entre otras cosas, las instalaciones de cloacas en el barrio, porque varias casas no tienen baños correctamente instalados, lo que da como resultado condiciones de insalubridad para quienes habitan estos espacios. En definitiva, el empleo precarizado y la falta de vivienda digna son las dos problemáticas más importantes porque de ellas se desenlazan otras situaciones como es el malestar al interior de las familias, debido a que está en juego la convivencia, la intimidad, la crianza, el cuidado de los niños y adolescentes que habitan esos espacios.

Para ejemplificar lo expuesto, se presenta la situación de Estefanía y Paula¹, dos personas con historias diferentes que tienen como denominador común estas problemáticas. Por una parte, Estefanía madre de tres hijas, se mudó recientemente al barrio. Ellas viven en la casa de su ex pareja y padre de una de las niñas, quien a su vez vive con sus padres y otros familiares. Por otra parte, Paula, se encuentra en situación de reclamo de la vivienda familiar, la misma había sido gestionada por su madre, ya que esta vivienda previamente era para su otra hija menor con discapacidad (hermana de Paula).

Así, las dos situaciones demuestran la necesidad de las familias de tener su espacio propio, ya sea un terreno donde empezar a edificar o planes o programas que permitan acceder a la construcción de la casa propia, pero estos siempre están desfasados ante la demanda de la población. Esta situación da cuenta de la precariedad estructural perpetuada durante años de historia en los que las personas no han contado con recursos para hacer frente a esta dificultad y las políticas pensadas para estas problemáticas no han contribuido a su solución.

En este sentido, tanto lo habitacional, como la situación de los niños, es un punto importante para abordar las demandas que se presentan en salud. Por un lado, las familias no cuentan con situaciones adecuadas para paliar las afecciones físicas. Por ejemplo, en el caso de las discapacidades se agravan por las condiciones estructurales que padecen. Para acompañar este tipo de necesidades, se debe contar con ciertos recursos que algunos hogares no tienen, como agua potable, baño apropiado y espacio disponible para que la persona pueda desarrollar su cotidianeidad. Por otro lado, se observa que varios de los niños de las familias no asisten de forma regular a las escuelas por múltiples factores, con lo cual la perspectiva escolar es baja, así como también la posibilidad de poder acompañar estos procesos por parte de la familia o las instituciones.

Siguiendo con la temática de las problemáticas del barrio como consecuencia de los trabajos precarios que tiene la población, existe una economía organizada en base al delito, al menudeo dentro y fuera del barrio, y a la venta de sustancias que involucra normalmente a jóvenes y niños conocidos como “soldaditos” quienes hacen “mandados” a personas que se dedican al tráfico y a la venta de sustancias. Esta es una fuente de ingreso de las familias a costa de los riesgos que conlleva. A su vez genera disputas por el territorio y provoca

¹ A todas las personas que se mencionan en este trabajo se les ha modificado su nombre real para proteger su identidad.

divisiones en la población, ya que dificulta la circulación en la vía pública, tanto dentro como fuera del barrio, como volver tarde de noche, tomar colectivos o transitar a la madrugada. Además, los jóvenes involucrados se ven obstaculizados para poder desarrollar su vida cotidiana por la violencia y el temor que estas actividades causan.

Con base en lo transitado en las prácticas profesionales, se observa que el consumo de sustancias como problemática deviene, en algunas situaciones, como consecuencia la violencia en diferentes manifestaciones, ya sea violencia de género, violencia extra o intrafamiliar, verbal, física o simbólica.

En este sentido se recuperan los aportes de De Sousa Minayo y Tavares Cavalcanti (2007) quienes afirman que desde la salud colectiva se comprende que la violencia es un fenómeno social, o sea, que no es innato al ser humano ni tiene raíces biológicas puras, pero que forma parte de la condición humana, siendo asimilado en la convivencia social. Si bien ningún tipo de violencia está justificada, se puede entender que es un rasgo que se imprime en la realidad de algunas familias del barrio. Con este desarrollo se intenta realizar una aproximación a las características más relevantes del barrio La Cerámica.

Capítulo 3

Las familias en tiempos de pandemia y postpandemia

La peste es una pausa y las preguntas se cuelan en el aire ¿seremos lxs mismxs cuando pase la tormenta? yo no sé. Pero espero que no. Espero seamos otrxs. Más humanos o menos humanos, según el prisma con que se mire.

(Morini, F. 2022, p.37)

En el presente capítulo se aborda el periodo de pandemia, para esto se realiza una historización a nivel social, educativo, económico y de salud, así como también se recuperan las demandas y los aspectos familiares que se produjeron en el Centro de Salud en dicho momento. Luego se desarrolla la situación de Mariana, mujer que reside en el barrio, de esta instancia se desprende una lectura de la estrategia de intervención de la trabajadora social en conjunto con otras instituciones. Por último, se incorpora un breve resumen de la postpandemia.

En el año 2020 se registró la pandemia² por Covid-19 a nivel global; en enero de ese año, la OMS declaró la emergencia de salud pública de alcance internacional. Como consecuencia de este fenómeno, varios países del mundo optaron por declarar “Emergencia Sanitaria”, establecida por Ley N° 27.541 y Argentina fue uno de ellos.

El 3 de marzo de 2020 se había detectado el primer caso de Coronavirus en Argentina, por lo tanto el Gobierno Nacional presidido por Alberto Fernández a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) ordenó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) esta medida sanitaria se puso en marcha el 20 de marzo con la finalidad de que el virus no se siguiera propagando en el interior de nuestro país.

² La caracterización ahora de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterize-s-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Diferentes teorías fueron surgiendo sobre el origen del virus como así también palabras que hasta ese momento eran ajenas al discurso social, como Covid, contacto estrecho, cuarentena, confinamiento o barbijos, como también diferentes teorías de cómo era la forma de contagio del virus o de cuánto tiempo sobrevivía en una superficie. La información excesiva que se recibía, sumado al encierro, trajo aparejados diversos efectos que están en estudio. La infodemia³, caracterizada por el exceso de información sobre un tema determinado, produjo sobreinformados, incluso en temas hipotéticos que terminaron no siendo reales. La pandemia fue un momento bisagra porque expuso a la población a la trágica posibilidad de ponerse cara a cara con la muerte, ya sea la propia o la de alguien cercano.

En el ámbito mundial, este momento tuvo varias consecuencias, entre ellas se puede mencionar la economía, que tuvo un retroceso debido a que existió incertidumbre sobre las medidas que se iban tomando. Estas estaban sujetas a permanentes modificaciones, como la inversión en diferentes rubros, el gasto público y las variaciones de criterios de los países.

El ámbito social, se caracterizó el toque de queda, la cuarentena estricta, el pánico generado en toda la sociedad, como las familias enteras pertenecientes a las clases medias y altas arrasando con los productos de limpieza de los supermercados por el miedo que generaba el desabastecimiento de los elementos de higiene personal y familiar.

En el ámbito educativo, se suspendieron varias actividades, entre ellas el dictado de clases presenciales en todos los niveles educativos del país. Esto produjo la interrupción de las modalidades de aprendizajes tradicionales, hecho que se consideró de manera negativa en el acceso pleno al derecho de la educación. En una primera etapa de la pandemia las infancias no podían asistir al establecimiento escolar, luego asistieron en grupos llamados burbujas de forma quincenal. Este escenario interrumpió la escolarización presencial de estudiantes de nuestra región, y como respuesta a este momento, se impulsó un acompañamiento de manera virtual a través de plataformas educativas. Este modelo afectó a gran parte de la comunidad debido a la brecha de la digitalización y al escaso conocimiento de los recursos tecnológicos,

³ “La información errónea y falsa puede perjudicar la salud física y mental de las personas, incrementar la estigmatización, amenazar los logros conseguidos en materia de salud y espolear el incumplimiento de las medidas de salud pública, lo que reduce su eficacia y pone en peligro la capacidad de los países de frenar la pandemia”.

<https://www.cultura.gob.ar/que-es-la-infodemia-10436/>

lo que perjudicó aún más a los estudiantes de los niveles iniciales del sistema por su mayor dependencia de las condiciones ofrecidas por su núcleo familiar o por sus responsables a cargo.

En materia de salud, la situación tuvo un difícil desenlace por los miles de muertes ocasionadas por el virus, como así también por la espera de “la cura” o al menos de un método preventivo por parte de la comunidad científica. A su vez, proliferaron problemas de salud emparentados con la salud mental, como ansiedad, depresión, fobia social, insomnio, dificultad para vincularse con otras personas, consumos de diferentes sustancias, sobre todo en los momentos de encierro obligatorio.

Otra respuesta social fue la presencia de los grupos Anti Cuarentena que marchaban en contra de las medidas de confinamiento por considerarlas excesivas. Varios de ellos negaron la información de contagio del virus considerándolo inexistente, dentro de este grupo de personas se encontraron los Médicos por la Verdad, una red de médicos negacionistas del virus, que llamaron a la población a dudar de la información oficial y arengaron a no usar barbijos e incluso negaron la pandemia afirmando que el covid-19 era una gripe más.

En ese momento de incertidumbre y miedo a lo desconocido, se generó un malestar colectivo difícil de transitar. En 2024, aún quedan resabios de lo que fue aquella etapa tan particular. Este suceso puso en suspenso diferentes proyectos de la vida de todos los argentinos en un momento que, a escala global, fue considerado como atípico.

En la provincia de Santa Fe, más particularmente en Rosario, se vivió esta situación día a día. La población quedó sujeta a las directivas de las autoridades provinciales y nacionales que iban desarrollando las indicaciones de la cuarentena por diferentes períodos y fases; cada una de estas fases tenían su reglamento de implementación. Con respecto a las medidas que se tomaron localmente, se menciona la entrega de alimentos por parte de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat pertenecientes al Municipio de la Ciudad, consistente en la entrega de cajas alimentarias a personas que no tenían ingresos estables que pudieran hacer frente a esta situación, y bolsones celíacos para personas que padecían esta enfermedad.

A su vez, también se abrió una convocatoria por parte del Municipio para asistir a personas en situación de calle, se sumaron a esta propuesta organizaciones como la Universidad Nacional de Rosario (UNR), los Centros de Veteranos de Guerra de Malvinas e instituciones religiosas. Como acciones, se destacaron once dispositivos de alojamientos o refugios, puntos

de higiene, entrega de viandas y vacunación antigripal, recursos que la Municipalidad puso en marcha para fortalecer su red asistencial en la pandemia.

Esta convocatoria surge por el hecho de que había personas que querían colaborar y se contactaron con dichas autoridades, por este motivo se abrió a la comunidad; también contaban con donaciones y recibían propuestas de quienes quisieran compartir su proyecto de acción e innovación. Los comedores comunitarios acompañaron a las familias con trabajos informales que no podían salir de sus casas. El lema “Pandemia solidaria” representó la red de contención de los vecinos y vecinas en los barrios.

Ante este contexto de pandemia del año 2020, en el cursado de la Práctica Profesional en la Escuela de Trabajo Social de Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la UNR se estableció comenzar la concurrencia a los centros de práctica pasados los primeros meses del año. Esta situación fue atípica ya que se perdieron encuentros presenciales y se habilitaron espacios virtuales que contemplaron la asignación de tutores, compañeros y centros de prácticas. Dicha práctica se organizó y comenzó a mitad de año del 2020.

Por este motivo, luego de terminada la práctica y rendida la materia Práctica Profesional III, correspondiente al último año de la carrera, se decidió en conjunto con la trabajadora social de la institución, debido a la disponibilidad horaria de un día a la semana, que, como estudiante, la autora de este trabajo, pudiera asistir a algunos encuentros a fin de poder conocer de manera presencial el Centro de Salud N°19 la Cerámica y a las personas que asisten al lugar. Es allí, donde se pudo establecer un mayor contacto con las personas mencionadas en este Trabajo Integrador Final.

La pandemia en el interior de los hogares

La situación de pandemia expuesta parece haber tomado por sorpresa a la sociedad, transformando y limitando abruptamente los itinerarios cotidianos, imposibilitando la continuidad de tareas y proyectos, lo que ha conllevado una fuerte ruptura biográfica vivida colectivamente (Bang, 2020).

La pandemia movilizó el orden de prioridades de todos o en su gran mayoría a las personas, debido a que fue un momento de encierro que quienes no tenían un trabajo formal no contaban con la seguridad de poder quedarse tranquilos en sus casas. En palabras de María Victoria Cano (2022), “la vida de algunos sectores se desarrolla afuera de la casa. Porque

habitar algunas casas es un tema complicado, no solo porque no se cuenta con las comodidades básicas sino también porque se conviven situaciones turbulentas” (pág 12).

El barrio en el que está situado el Centro de Salud N°19 es un barrio de la periferia de la ciudad habitado por una población de clase media-baja, de lo que se resulta que este momento tuvo un fuerte impacto en la vida de los sujetos. Entendiendo que una trayectoria de vida está atravesada por diferentes momentos en la historia de los sujetos, sin dudas, este fue uno de importancia, ya que había que recurrir a todos los recursos con los que se contaba en esa instancia para poder sortear los obstáculos que la pandemia instalaba.

Si bien todos los acontecimientos que un sujeto transita a lo largo de su vida modifica en alguna parte su existencia, la pandemia por su parte generó una marca en toda la sociedad ya que generó miedos e incertidumbres que fueron modificando conductas, planes y proyectos de vida. Afectó dimensiones de la vida de manera exorbitante, en las que se tuvo que priorizar ciertas cosas, sobre todo cuando la situación material se volvía uno de los temas de mayor interés. Al respecto, Sandra Arito (2022), en una entrevista virtual para la radio *Cara o Seca*, plantea lo siguiente:

La pandemia deja una marca, que no necesariamente es traumática en la vida de todas las personas, de todos quienes están habitando en este plano, porque efectivamente modificó súbitamente nuestras vidas. Es probable que de acá a unos años se hable y la irrupción de este hecho aparezca como algo que divide, que actúa como bisagra en las historias de vida; entonces al referirse a algunos hechos, se formularán preguntas como: “¿eso fue antes o después de la pandemia? (7m15s)

En el Centro de Salud N°19 se observó que los sujetos venían con ciertas ideas de cómo sobrellevar sus vidas, sus proyectos y sus demandas, y hubo un cambio general de planes, para pensar un conjunto de alternativas de subsistencia que implicó reorganizarse, acomodarse y este momento no dejaba exentos a los profesionales.

En conclusión, ante lo expuesto, Bang (2020) afirma que el impacto subjetivo de las medidas de distanciamiento social, el significativo empobrecimiento de gran parte de la población, la agudización de situaciones problemáticas previas, las convivencias conflictivas o violentas, el miedo al contagio, los procesos segregativos y de estigmatización hacia personas que

transitan o han transitado la enfermedad fueron sólo algunas de las dimensiones que han incidido en la producción de padecimiento subjetivo (p. 12).

Demandas de los sujetos al Centro de Salud N°19 en tiempos de pandemia

Como consecuencia de lo que se ha ido desarrollando, es necesario mencionar que se agudizaron algunas problemáticas que ya se venían manifestando tiempo atrás. Una de estas fue la violencia de género y la violencia hacia las infancias, debido a que, en el contexto de pandemia, que fue y aún sigue siendo un momento crítico, sufrieron ciertas modificaciones cuestiones que estaban establecidas o que funcionaban de determinada manera, por lo que las dinámicas familiares tuvieron que acomodarse para afrontarlas. Además, este fue un momento complejo con respecto a la economía, ya que varios de los habitantes del barrio viven de changas y al no poder salir a la calle en la cuarentena estricta y obligatoria, vivieron una especie de crisis que derivó en un incremento de las demandas descritas anteriormente.

El ámbito laboral fue un tema importante, ya que la población que asiste al Centro de Salud tiene, en su mayoría, una economía informal. Dicha población se vio obstaculizada para poder salir de sus casas, por lo que tuvo que pensar otras formas de trabajo que le permitiera tener un ingreso; es así como surgen los emprendimientos, mayormente relacionados al rubro de lo alimentario y otras actividades emergentes.

Como se ha mencionado con anterioridad, estas demandas puntualmente tenían que ver con problemas de convivencia familiar causados por el confinamiento, ya que lo habitacional siempre fue una de las problemáticas más recurrentes en el Centro de Salud. Varios de estos lugares no son habitables para la cantidad de integrantes que efectivamente viven allí. En algunos casos se sumaron problemas derivados de la discapacidad de alguno de los miembros de las familias, que requieren otros acondicionamientos estructurales de vivienda. El confinamiento complejizó estas cuestiones, ya que indefectiblemente debían estar todos bajo el mismo techo, lo que se generó el contacto cotidiano entre personas que quizás en el día a día no se veían con tanta frecuencia.

Al tratar las cuestiones habitacionales en el transcurso de la pandemia, la mayor preocupación era cómo poder respetar las indicaciones de las autoridades para que no se propague el virus. No resulta posible hacer un aislamiento que cumpla con las condiciones adecuadas cuando hay familias que comparten todos los espacios del hogar. Este momento expone y potencia

las problemáticas que ya traían estos sujetos, agudizando así un aspecto en particular que se convirtió en uno de los reclamos más formulados por parte del barrio al Centro de Salud.

Análisis de la situación de Mariana en contexto de pandemia

El sujeto cambia constantemente, ya que el cambio y la transformación son parte vital del ser humano. Se cambia de trabajo, de barrio, de casa, de escuela. Estos movimientos en su mayoría son acompañados por la familia, armazón estructural de todo sujeto. Por familia se considera a los lazos fraternales tanto de la familia de origen, con la que se comparte o no consanguinidad y no depende de la elección voluntaria de la persona, como también de la familia construida por elección, compuesta por aquellos otros que ofician de red de lazos, ya sean las demás personas del barrio, los vecinos, o con quienes se considere un vínculo que el sujeto elija para compartir su vida. Estos vínculos son los que se ponen en escena en el caso de Mariana, específicamente en el contexto de pandemia.

Mariana es una mujer residente del barrio La Cerámica. En el mes de octubre del año 2020 se comunicó con el Centro de Salud para informar y pedir asesoramiento sobre la situación del niño de su vecino, que parecía estar en condiciones de abandono. Semanas después de resolver este pedido, ella se volvió a contactar para solicitar una caja de alimentos, ya que estaba aislada por motivos del covid-19, junto a sus tres niños y su pareja. Se resolvió favorablemente esta demanda y, unas semanas después, Mariana se comunicó nuevamente por medio de mensajes diciendo: *“No doy más, necesito irme de acá”*, manifestando que su pareja ejercía violencia sobre ella. Cuando Marisa, la trabajadora social del Centro de Salud, registró esta situación e intentó acercarse por diferentes medios, Mariana se retiró del diálogo y le pidió encarecidamente que no le enviara mensajes, que borrara las conversaciones, que no la llamara ni se acercara al domicilio porque su pareja la controlaba y la vigilaba todo el día.

La trabajadora social respetó su decisión de distanciamiento, por lo que solo se comunicaba cuando Mariana le escribía. Cuando esto sucedía, aprovechaba para proponerle que se acercara al Centro de Salud con alguna excusa médica de ella o de los niños para poder hablar de forma privada, para que pudiera desarrollar mejor su situación y pensar una estrategia en conjunto. Mariana se negó porque su pareja podía sospechar. Entonces, le propuso nuevamente diferentes tipos de acercamiento, como la vía pública, el supermercado o el lugar que ella prefiriera.

Cada vez que se podía concretar el encuentro, ella le manifestaba que eso no era posible porque la pareja conocía sus recorridos y era peligroso si en el barrio la veían. En estas pocas conversaciones que Mariana tuvo con la trabajadora social relató que se había contactado con la línea 144 (la cual tiene como objetivo la atención, contención y asesoramiento en situaciones de violencia de género) y con el teléfono verde (línea de asistencia municipal) sin obtener respuesta alguna. Expresó que necesitaban irse de ahí, porque sus hijos también estaban padeciendo la situación y la casa pertenecía al agresor.

Luego de un tiempo sin comunicarse con el Centro de Salud, se contactó con la trabajadora social porque tenía dolor de espalda, y como había padecido covid, le preocupaba que eso fuera la causa. Ante esta situación Marisa vio una posibilidad de acercamiento e hizo partícipe a una de las médicas, directora del Centro de Salud, informándole la situación de violencia que Mariana estaba atravesando. Es por ello que la médica decidió derivarla al Hospital Alberdi para realizarle una serie de estudios por su dolor, pero dando aviso también a esa institución de la situación de violencia.

Le propusieron internarse por unos días para idear con ella una estrategia y resguardarse de la pareja, ya que por el protocolo del covid-19 no se permitían visitas. Esto se pudo sostener unos días, pero Mariana decidió volver a su casa porque había dejado a los niños con el agresor y temía por ellos. Simultáneamente, Marisa indagó en las organizaciones barriales de mujeres y comedores comunitarios para tener algún dato más sobre la familia y para saber si estaban informadas de esta situación. Sus intenciones eran poder pensar de qué manera se podría retirar a Mariana y a sus hijos de la casa y cómo encontrar un nuevo lugar de alojamiento. Cuando ella se retiró del Hospital, el equipo de trabajo social del Hospital comenzó a trabajar en conjunto con Marisa y con las organizaciones para concretar la salida de Mariana de la casa con sus hijos. Se registró la situación hasta esta instancia.

En este relato se pueden observar diferentes estrategias de intervención, que dan cuenta de las dificultades para avanzar en lo concreto. En el plano de lo ideal, surgen varias alternativas de intervención posibles que se intentan pensar con la víctima, ya que esta es quien pone el cuerpo ante la situación como, por ejemplo, en el intento de acercamiento a la institución por una dolencia de ella o de los niños, o a puntos de encuentros pactados en un supermercado, en la calle, o incluso en sostener una conversación telefónica. Pero en lo real, muchas veces esas posibilidades se truncan, tanto por la naturaleza de la violencia y su ciclo, como por el desenlace mismo de la situación y el riesgo que esta conlleva.

A su vez, estas intervenciones también atraviesan a los profesionales que acompañan, por lo que es importante que dispongan de recursos simbólicos para enfrentar las situaciones y los sentimientos de impotencia, de frustración y de enojo que pueden producirse por el hecho de estar frente a una situación que aparentemente no presenta una salida factible.

También se considera estratégico que estas intervenciones se lleven a cabo con equipos de trabajo con quienes se pueda compartir y pensar en conjunto y así tener una visión clara y poder acompañar desde un lugar de reflexión colectiva. Cada situación es diferente y requiere de intervenciones distintas para evitar, en lo posible, la reproducción de patrones mecánicos que puedan llegar a revictimizar al sujeto. Esto se registró de manera concreta cuando la trabajadora social, acudió a las organizaciones barriales en busca de información y a la médica del Centro de Salud, advirtiéndolo que estaba sucediendo, cuando Mariana presentó dolores físicos, lo que derivó en su internación en el Hospital Alberdi. Estos procedimientos dan cuenta de la importancia de habilitar la posibilidad de trabajo conjunto.

La estrategia de internación de Mariana en el Hospital, permitió el espacio para hablar con ella, conocerla, escucharla y comprender el entramado familiar, mientras tanto, se ideaban posibles escenarios para la salida de la vivienda, se buscaban en conjunto con las distintas instituciones, espacios donde pudieran alojarse temporalmente con sus niños. En ese recorrido se volvió interesante ver cómo se tejió una red entre las diferentes organizaciones para dar una respuesta a esta demanda.

Como el objetivo final radicaba en que Mariana pudiera salir de la situación de violencia en la cual se encontraba inmersa, las instituciones hicieron un análisis de las distintas posibilidades y recursos que se disponían (o se podían disponer) para que se lleve adelante, lo que en ese momento se pensó como la mejor estrategia, a saber, la retirada del hogar.

Después de transitar esta experiencia, se analizó que por más que existieran leyes y diversos programas para este tipo de situaciones, a veces no alcanzaban para la realidad que acontece y que los tiempos que demoran no son acordes a la urgencia de la necesidad, que se agravaba en el contexto de pandemia. Las víctimas quedaban encerradas con sus agresores y por más que se tuviera en consideración legal que en caso de urgencia de este tipo la mujer podía salir a pedir ayuda, el mismo contexto de aislamiento imposibilitaba dicho recurso al haber una menor circulación de personas en la vía pública. Cualquier movimiento diferente en el ambiente como, por ejemplo, la circulación de algún miembro del equipo de salud en la

cuadra, o incluso de la policía, podía ser tomado como amenaza por el agresor, lo que resultaba contraproducente y agravaba la situación de violencia.

De este modo, el análisis requirió de reiterados encuentros virtuales en ese contexto y de diálogos con las instituciones para que las decisiones tuvieran mayor peso y mejor fundamentación.

Postpandemia

La pandemia generó efectos, no solo mientras duró sino con el correr del tiempo, y de seguro estos cuatro años que le han seguido todavía sean recientes para visualizar otras consecuencias. La situación colectiva fue de gravedad, incluso para varias personas este momento es considerado traumático, por la pérdida de seres queridos, modificaciones en lo que respecta al ámbito laboral, el cuidado de niños/as y adultos mayores durante varias horas del día, sujetos con algún tipo de discapacidad que se vio obstaculizado el encuentro con otras personas, asistencia a las terapias presenciales e innumerables proyectos personales que se vieron interrumpidos por este momento inusual. Se puso de manifiesto que no hay nada asegurado en la vida de todos ya que puede devenir algún suceso que irrumpa con la normalidad existente.

Por otro lado, en lo que respecta a salud específicamente, a modo de descripción, en la post pandemia se observan síntomas de salud mental como secuela de este momento; miedos de diferentes tipos, sobre todo a enfermarse, angustia, malestar, ansiedad, cansancio físico, entre otros. Se observó en el Centro de Salud que los sujetos que tenían algún padecimiento físico que debía ser tratado no fue realizado en el periodo de pandemia por miedo a concurrir a efectores de salud como Centros de Salud u hospitales, por lo que ese tiempo transcurrido afectó a que las enfermedades o padecimientos que tenía el sujeto se agraven por falta de control, en la actualidad se puede observar que varias enfermedades eran de riesgo, por ello se tenía que optar por exponerse a transitar un lugar en donde podría haber posibles personas contagiadas o quedarse en casa y esperar a que todo pase. Algunos aspectos mencionados se retomarán en el último capítulo.

Capítulo 4

Las intervenciones del trabajo social con las familias que asisten al Centro de Salud

Por último, este capítulo tiene como objetivo reflexionar acerca del lugar del trabajo social como profesión en la actualidad. También, en relación con este tema, se aborda la necesidad del trabajo interdisciplinario entre profesionales del equipo y la importancia y funcionalidad de los instrumentos de intervención. Para desarrollar estos aspectos se lleva a cabo una articulación con recortes de las situaciones de Sonia y Adrián, y se consideran otras conceptualizaciones afines.

Para su elaboración se utilizaron aportes del cuaderno de campo realizados durante el transcurso de la práctica de los años 2020-2021. Poder volver sobre las notas implica recuperar los registros de dicho momento, rememorando situaciones y modos de abordaje de la trabajadora social.

El lugar de trabajo social

El equipo en el Centro de Salud está conformado por médicos/as generalistas, pediatra, tocoginecólogo, psiquiatra, enfermeras, psicólogas y trabajadora social. Además, participan pasantes de diferentes carreras universitarias y residentes de medicina que realizan las prácticas profesionales obligatorias allí.

Durante la experiencia se pudo observar que algunas profesiones tienen sus propios consultorios, lo cual permite la privacidad de la atención, ya que cuentan con un espacio destinado a ello. En cambio, trabajo social quedaba condicionado a la disponibilidad de consultorios libres; lo cual no resulta menor a la hora de analizar el lugar que se le otorga a la profesión en términos de importancia en relación con otras disciplinas. Esto trajo aparejado un cierto descontento por parte de los usuarios a la hora de encontrar a la trabajadora social dentro de la institución y provocó que estos la convoquen en el pasillo, que también es la sala de espera de los consultorios.

La ausencia de consultorio para la atención de la trabajadora social, es decir, de un lugar físico, simboliza el “no lugar”, hace posible arribar a la conclusión de que aún continúa operando la lógica del modelo médico hegemónico, ya que, aunque se insista en la concepción de la salud desde el paradigma de la salud colectiva y comunitaria, en la realidad continúa visibilizándose como una práctica subalterna.

Ante esta realidad, se forjó la necesidad de generar un orden en la atención de la demanda, la cual consistió en una especie de organización autogestionada por la profesional para enmarcar su trabajo. Teniendo en cuenta que la zona de influencia del Centro de Salud excede la zona geográfica de atención, el hecho de que una sola persona esté a cargo del servicio de trabajo social ante las diferentes situaciones que van aconteciendo en el barrio resulta desproporcionado. Esta se considera una demanda de trabajo demasiado exigente para con la profesional que incluso hace dificultosa la atención de calidad de las diferentes situaciones.

Equipo e Interdisciplinarietà

Según Alicia Stolkiner (1987): “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos; los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (p.315)

Sabemos y reconocemos que la misma no es fácil de llevar a cabo, pero se apuesta como equipo al hecho de tener la mirada, el aporte, y la contención de un otro, para construir una intervención integrada y no solo desde trabajo social, sino de las distintas profesiones que conforman el equipo de salud; así como también los encuentros de diálogo y retrabajo facilitan la toma de decisiones complejas y el armado de estrategias de intervención.

En el Centro de Salud del presente escrito existe un trabajo de profesiones aisladas, donde cada uno atiende al usuario que llega al Centro de Salud sin una interconexión más que alguna reunión por situaciones urgentes o de fuerza mayor. Por su parte, esto se debe a que la trabajadora social debe administrar sus horas de trabajo entre la atención dentro de la institución, las visitas domiciliarias, los trámites que están por fuera de la misma, y sumarle las reuniones de equipo; tiempo antes de la pandemia se intentaba sostener una reunión quincenal las cuales pocas veces se lograban. Esto también posibilita el encuentro con lo no posible de realizar, lo cual requiere la reorganización continua de los servicios, las funciones y actividades que se realizan, es decir, posibilita que el trabajo sea dinámico.

A través de entrevistas realizadas a los distintos profesionales en la práctica profesional tomamos conocimiento de las lógicas institucionales operantes, ya que la mayoría expresaron su descontento con esta manera de trabajar, observándose un registro colectivo de la dificultad de un trabajo coordinado como se espera idealmente. La falta de tiempo, de

reuniones de equipo y la demanda cotidiana forzaban a que en su mayoría se realizará la atención de manera individual, y solo en conjunto para determinadas situaciones que requieren de una atención interdisciplinaria, como se evidencia en el caso de Mariana.

Por otro lado, dentro del equipo interdisciplinario, se observaron distintos imaginarios que surgen con respecto a los usuarios, ya que se inscriben imaginarios de lo “no dicho” respecto a los mismos, está quien ocupa el lugar del “buen paciente”, “el mal paciente”, quien cumple con los turnos, con los seguimientos de un tratamiento asignado, quien “no sabe” quien “no puede” quien “no quiere”, en fin “el pobre que vale la pena”.

Instrumentos de Intervención en trabajo social

Susana Cazzaniga (2001), plantea que “las intervenciones de los trabajadores sociales, independientemente de la problemática que aborda siempre están relacionadas a ciertos “aires de familia”, por ausencia o presencia, por necesidad o mera contingencia, por objetivos institucionales o por decisiones profesionales” (p 37).

De esta manera, cuando una persona se presenta al Centro de Salud lo primero que se le consulta es sobre su familia, con quién vive, qué vínculos de referencia tiene, quienes son esos otros significativos que lo acompañan.

En un intercambio verbal con Marisa, (trabajadora social del Centro de Salud) la misma comenta, reflexionando sobre los quehaceres del trabajo social, que la demanda es el acto fundador de toda intervención. La primera forma para conocer una situación es pensando en un instrumento que abra las puertas de la vida singular de los sujetos, en este caso, la entrevista. A partir de la demanda se genera una entrevista, que constituye el primer instrumento de llegada a los usuarios.

La entrevista es un posibilitador para acceder a la vida privada y personal del sujeto que está hablado y se presenta con una demanda particular. Esto no se trata de llevar adelante un cuestionario, sino de realizar preguntas para conocer la demanda y adaptarse a la realidad de cada persona. siendo un instrumento para llegar a un lugar más cercano, sin rigidez, no para parecer simples observadores de esa vida ajena, sino para ser posibilitadores de la palabras, buscando las maneras, viendo de qué quiere y puede hablar, para así poder entender el porqué de su consulta.

La primera entrevista es difícil, ya que se tiene que generar un clima de confianza donde la persona se sienta segura para poder expresarse abiertamente. En dicho momento, se encuentran sentimientos como la vergüenza, temor a lo desconocido, clima de tensión, entre otros.

La entrevista, como primer recurso del trabajador social implica la escucha activa, la cual se entiende como aquella actividad que consiste en escuchar atentamente, no solo lo que el sujeto transmite de manera explícita sino también comprendiendo su gestualidad, movimientos y los sentimientos manifestados. Esto último hace referencia a lo no dicho, pero sí expresado y debe ser tenido en cuenta; es fundamental entrelazar este recurso comunicativo con los saberes profesionales que posee el trabajador social con el fin de alcanzar una mayor comprensión de la demanda que el sujeto presenta.

Por medio de esta escucha el profesional puede obtener la información para realizar el registro de la situación, en donde se realizan anotaciones que sirven de insumos para retomar y reconstruir la situación por parte del profesional, incluso puede volver a esas notas durante el proceso de intervención y pensar una estrategia.

A modo de ejemplo, se presenta la situación de Sonia, una mujer de 66 años de edad, nacida y radicada en la ciudad de Rosario. Su llegada al Centro de Salud N°19, en principio, se debió a cuestiones físicas, aunque no se especificó demasiado qué problemas tenía. Con el correr de los encuentros se le realizan estudios que determinan problemas cardíacos y de diabetes. La usuaria concurre de forma irregular a los encuentros con el equipo, específicamente con la médica, la trabajadora social y los espacios de psicología. Cuando asiste lo hace de una manera desorganizada, sin turno previo, observando una necesidad imperiosa de ser escuchada, por lo que resulta difícil poder enmarcarla en un turno con horario sino que su demanda es espontánea.

En una entrevista con la trabajadora social y la psicóloga pudo comenzar a relatar algo de su historia personal, sobre su pasado, su niñez, con un discurso que se presenta desorganizado, con dificultades para historizar. Sin embargo, pudo referir que a los cinco años de edad deambulaba por la calle con sus hermanos, mayores que ella, solicitando a los vecinos alimentos o dinero. Debido a esa situación de desprotección que se encontraba, una vecina la acompaña al hogar del huérfano, donde vivió diez años. Refiriéndose a dicho lugar como un refugio, ya que tenía una cama, había condiciones de higiene y lograba una buena

alimentación, e incluso se sentía protegida por las personas que estaban a cargo de su cuidado.

Siguiendo con su relato en las entrevistas, cuando cumple quince años de edad, su mamá la retiró del hogar sin demostración de afecto alguno y la llevó a vivir a una casilla junto con ella, su padrastro y sus hermanos. Con respecto a este último momento de su vida Sonia presenta mucha angustia en el relato ya que sufrió violencia tanto física como verbal por parte de su padrastro quien actualmente, luego de tantos años, le sigue generando terror. Las agresiones eran de tal magnitud que su vida corrió peligro.

Como fue expresado, sólo es posible llegar a esta información, a través de entrevistas profundas con la paciente, siendo otro instrumento de enorme importancia y que oficia de documento legal, la historia clínica, desde donde también podemos conocer parte de la historia del usuario. La misma es utilizada por todo el equipo, allí dejan asentado los registros de la atención del usuario, es un documento confidencial de la institución. En lo real se puede observar que algunos profesionales no las completan o lo hacen escasamente, esto obstaculiza el trabajo en caso de tener que buscar información necesaria sobre alguna situación.

Las historias clínicas tienen un número de identificación en la solapa delantera que posibilita una búsqueda más eficaz a la hora de solicitarla se encuentran conformadas por datos históricos y biográficos del núcleo familiar que se presenta para la atención e intervención dentro del efector de salud, esto puede incluir informes sociales (en Anexos están adjuntas las fichas de trabajo social), informes médicos, radiografías, análisis de sangre, entre otros estudios que se requieran, por lo general se encuentra en sus primeras hojas un familiograma, que el mismo sirve para identificar gráficamente a los integrantes de la familia. Se diferencian si son individuales o familiares, en las familiares se encuentra la información de todos los integrantes de la familia y las individuales, están conformadas por la información de un solo sujeto que asiste al Centro de Salud, en el caso que ingrese algún familiar de este sujeto, puede ser incorporado en ese mismo legajo o puede solicitar abrir otra en caso de que lo desee.

A la hora de la selección de las historias clínicas (cuadro adjunto en anexos) se tuvieron en cuenta los siguientes datos: Nombre completo, edad, dirección, estado civil, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en el barrio, conformación familiar, grupo familiar conviviente, nivel de escolaridad, trabajo formal e informal u otros (pensiones, asignaciones,

etc). Proyectos personales o deseos a futuro, historia familiar, social y económica; ¿cuál fue el primer acercamiento al Centro de salud? ¿Cuál fue la demanda inicial?; otros (aquí se incluye cualquier información que quedara por fuera de los datos indagados)

En el resumen de la historia clínica de Sonia, se pueden observar algunas afirmaciones por parte del equipo que son pertinentes a los fines de este trabajo.

La Sra. Sonia ha padecido a sus 15 años de edad hechos traumáticos que le dejaron como secuelas dificultad para organizarse diariamente y enuresis. El terror que ha sufrido se presenta como actual y con dificultad para proyectar un futuro con un presente psíquico desorganizado; Sigmund Freud manifiesta que después de graves conmociones o situaciones de peligro de muerte se presenta un padecimiento subjetivo llamado “Neurosis traumática”, que tiene similitud con la melancolía por las alteraciones de las funciones anímicas. La Sra. Sonia no ha tenido recursos psíquicos para elaborar estos hechos que se han presentado en lo real, dejando secuelas psíquicas. (Sic)

Desde el equipo la intervención consistió en acompañarla, ordenarla en sus pedidos, entendiendo que no se le puede consultar a todos todo. Actualmente sabe a quién referirse del equipo por cuestiones médicas, psicológicas y de trabajo social. Fue un proceso de ubicación y de socialización el que se realizó con Sonia; si bien no es un proceso acabado, esto le permitió adquirir nuevas herramientas para desenvolverse y tener contención humana para sobrellevar las diferentes situaciones que fue contando que experimentó.

Por último, el informe social, el cual es un instrumento de comunicación que sirve para solicitar de manera formal a diferentes instituciones, recursos específicos que demandan determinadas situaciones como también es una forma de comunicarse entre los mismos profesionales del Centro de Salud. El mismo, varía su formato dependiendo de cual sea su fin. A este se lo puede encontrar dentro de la historia clínica.

Con respecto al momento de pandemia transcurrido, se puede observar un cambio importante en la adaptación de algunos de estos instrumentos, lo que significó que la profesión de trabajo social también sufriera modificaciones, al menos la manera de atender a la demanda; se utilizan, al principio de manera “provisoria” algunos recursos que eran poco pensados hasta

el momento, como una entrevista por videollamada o por teléfono, sabiendo que el encuadre es un factor importante a tener en cuenta en cualquier situación.

Otras conceptualizaciones sobre las Intervenciones de trabajo social

El trabajo social en salud consiste en tener en cuenta los factores que inciden en el bienestar de los sujetos, su padecimiento, para que este pueda acceder a una mayor calidad de vida. Se puede observar el desempeño de la trabajadora social en cuestiones de habitabilidad, por ejemplo, retomando la historia de vida de Sonia, es una persona que tiene problemas de salud tanto cardíacos como respiratorios (asma), por lo cual se interviene sobre las condiciones habitacionales para observar si es un lugar habitable para la usuaria en cuanto a su salud. Así, el trabajo integral, interdisciplinario, enriquece las miradas que intervienen en la situación particular de cada sujeto.

La situación de Sonia y Adrian son ejemplo de lo que implica ser personas mayores en el barrio, ambos presentan dificultad para poder desarrollar completamente sus vidas por sí solos. Sonia, es una adulta mayor que vive en una casa que no le pertenece, y a veces es echada de ese lugar, por lo que ha referido sentirse en situación de calle, debido a que constantemente tiene la sensación de que no pertenece a ningún lugar. Adrián, por su parte, es un hombre mayor que en algún momento de su vida tuvo una familia que oficiaba de grupo de pertenencia, hoy esto no es así, agravado por su avanzada edad, recibe ayuda de su hermana, quien lo sostiene a pesar de que ella también es mayor y tiene pocos recursos económicos.

Las intervenciones surgen para poder encontrar diferentes formas, tener otra dimensión o panorama de lo que hasta ese momento quizás era abordado por el sujeto de una manera única, abre las posibilidades, le da una perspectiva al problema; de ahí la importancia de las intervenciones en equipos donde se encuentren herramientas y recursos para planificar estrategias y los posibles escenarios.

En palabras de Alicia Gonzalez Saibene (1996) quien plantea pensar la intervención profesional caracterizandola cómo el acercamiento a los fenómenos que constituyen un problema para los sujetos, desde la perspectiva de la modificación de la situación, es decir que es pensar en una estrategia metodológica, esto significa, en principio, que, como tal, “forma parte de un conjunto teórico de un enfoque epistemológico, lo que le marca el espacio

de lo posible. Por un lado, esto no nos impide concebir su desarrollo como un proceso de permanente construcción” (p. 17)

En consonancia con lo anterior, la intervención del trabajador social no es neutra, tiene un sentido, una intencionalidad ya que comprende al sujeto como un ser de necesidades, inserto en relaciones que lo determinan, por lo que el sujeto está inserto en un tejido social, la cual es necesario mantener esa relación con el entorno ya que coexiste en una sociedad. Desde este punto, trabajo social reconoce estas relaciones existentes entre el sujeto y la familia u otros lazos de socialización, y el trabajo en salud significa no perder esto de vista.

Con respecto a la profesión, se puede observar su desempeño en la institución, en cuanto al trabajo en equipo, interactuando con sus compañeros en reuniones que intentan la realización de intervenciones coordinadas, compartiendo información necesaria sobre situaciones que se trabajan desde la interdisciplinariedad, entendiendo a la misma como uno de los objetivos principales de Atención Primaria de la salud, la cual tiene como horizonte el bienestar de la población objetivo con la que se trabaja.

Por último, se observa que quienes más demandan la atención en salud son mujeres, por lo general madres, de hecho de las cinco historias clínicas cuatro son mujeres lo cual requiere ser leído en términos sociales como síntoma de la continuidad histórica del modelo patriarcal, ya que son ellas quienes mayormente frecuentan estos efectores. Además, en este sentido, es necesario destacar que las intervenciones de trabajo social deben realizarse sin perder de vista la perspectiva de género.

Reflexiones Finales

El proceso de escritura del TIF tuvo momentos sinuosos en los que realicé varias modificaciones y correcciones que quedan reflejadas en las páginas de este trabajo final. Al llegar a esta instancia, se hace presente el sentimiento de poder valorar la posibilidad de haber vivido en Rosario y de haber estudiado una carrera en la UNR, lo cual implica una de las experiencias más significativas de mi historia.

En el recorrido de este trabajo integrador final, se recuperan cinco historias clínicas de sujetos que asisten al Centro de Salud N°19 La Cerámica a fin de acotar el campo de escritura y llevar a lo práctico los contenidos teóricos.

Retomando los ejes de cada capítulo iré realizando una aproximación a los interrogantes que dieron inicio al presente trabajo, estos son ¿Qué se entiende por familia?, ¿Qué vínculos y/o relaciones son considerados como tal?, ¿Qué familias asisten al Centro de Salud?, ¿Cuál es la función de la trabajadora social en la institución? y ¿Qué características definen a la intervención con familias?

Al mismo tiempo, su desarrollo dio origen a nuevas preguntas, algunas de las cuales quedarán sólo como interrogantes, a saber: ¿Cuál es la influencia que tiene la familia para el desarrollo de los proyectos de vida de los sujetos? ¿La familia genera efectos en la vida del sujeto? ¿Cuáles? ¿Existe la posibilidad que un sujeto se constituya como tal y luche, según la concepción de salud que plantea Floreal Ferrara ante las situaciones que la vida le presenta, en condiciones de vulnerabilidad social? ¿Qué sucede con los sujetos que no están insertos en un entramado familiar? ¿Si dichos sujetos que asisten al Centro de Salud hubiesen nacido en otra familia, sería otra su realidad?

De esta manera, en el primer apartado se plantean dos paradigmas de salud, es decir, diferentes modos de concebirla. Por un lado el Modelo Médico Hegemónico, que entiende al sujeto como pasivo, por otro lado el paradigma de la salud colectiva que incorpora a otras profesiones como parte del equipo en salud, introduce el concepto de complejidad, resignifica la noción del sujeto que está “a la espera” de ser atendido en su demanda, genera conocimientos para poder atender a las necesidades de los usuarios que se presentan e incorpora la noción de procesos y recupera la historicidad del sujeto.

Además, se visualiza la organización del sistema de salud desde lo general a lo particular. Así, el Centro de Salud corresponde al primer nivel de atención, puerta de acceso a las personas del barrio y la comunidad en general a la atención. Desde la profesión de trabajo social específicamente se trabaja desde un paradigma de salud colectiva, entendiendo a la misma como un derecho humano básico y fundamental de todas las personas, adhiriendo específicamente a la concepción de salud de Floreal Ferrara, quien la entiende como la lucha constante frente a los conflictos que la interacción con el mundo le imponen, así como también las limitaciones existentes, de la realidad y del mismo sujeto. Siguiendo esta definición, propongo pensar el lugar de la familia en la vida de un sujeto, lo cual da lugar al capítulo dos.

En el segundo capítulo se exponen diversos conceptos de familia, entendiendo que todo sujeto deriva de una familia, de una historia, de un pasado, y de los discursos que se fueron construyendo y conformando en torno a la misma. Además se hace hincapié en las condiciones materiales de vida ya que pensarlas de manera aislada sería descontextualizarlas. La familia es parte constitucional del sujeto ya que aporta valores, costumbres, una identidad y por ende una subjetividad, sin embargo, el sujeto puede elegir si sostener estas relaciones, no perdiendo de vista que el mismo tiene deseos personales, y construye vínculos por fuera del grupo familiar, haciendo dicha historia singular y exclusiva de cada sujeto.

La familia influye, está presente en el sujeto, pero no por ello la determina, entendiendo que esta mirada acompaña la idea de pensar el futuro y no quedar atrapados en pensamientos preestablecidos e incluso “sin nada para hacer” ya que de lo contrario estaría todo dicho. Por este motivo se indaga en las lógicas familiares de estas cinco familias para conocer en mayor profundidad algunas cuestiones, ejemplificando lo ya expuesto mediante esta muestra. En este sentido, retomando la historia de Paula mencionada en el presente capítulo, se visualiza como el proyecto de vida de la joven se descentraliza de su familia de origen, construyendo un vínculo de pareja en el cual desea mejorar las condiciones habitacionales que tenía anteriormente. Para concluir, entiendo a la familia como un factor fundamental en la vida del sujeto, influyendo en su trayectoria, en los recursos con el cual el mismo contará para afrontar los avatares de la vida, pero no por ello determinando su futuro.

En el capítulo tres, y retomando la definición inicial de Floreal Ferrara (donde entiende la salud como la lucha frente a los conflictos que la interacción con el mundo le impone al sujeto), me adentro en la pandemia, periodo de emergencia sanitaria que impactó en los

sujetos, no necesariamente de una forma traumática, pero que sí modificó gran parte de la vida cotidiana. Así, este periodo y sus diferentes aspectos a nivel mundial, social, educativo y económico, trajo consecuencias, afectando a los sujetos del barrio debido a que fue un factor que se sumó al carácter complejo de las familias y sus condiciones de vida. En este periodo se modificaron diferentes proyectos de los sujetos que asisten al Centro de Salud, se agudizaron las demandas que se presentaban. Además se visualizan los efectos de la postpandemia, específicamente sobre la salud mental, los cuales tienen vigencia en la actualidad.

Por último el cuarto capítulo se basa en las intervenciones de trabajo social con las familias que asisten al Centro de Salud, se evidencia el lugar, (o “no lugar”) de trabajo social en la institución, el equipo interdisciplinario y su importancia para la realización de estrategias de intervención, sus instrumentos y otras conceptualizaciones a fines.

De esta manera, adhiero a lo aportado por mi codirectora, quien expresó que “*el trabajo social genera efectos a largo plazo*”. Así, la profesión de trabajo social interviene desde su postura ética e ideológica; aquello que se diga a modo de intervención puede generar un efecto en el sujeto que no es inmediato, que puede perdurar en el tiempo o justamente tener un efecto en su vida a largo plazo.

Para finalizar, al inicio del trabajo elegí una frase de Silvia Bleichmar que me resultó sumamente significativa, la cual resume la intención que tiene el trabajo social a la hora de intervenir en la vida de los sujetos. Estas palabras manifiestan el deseo de poder acompañar a los sujetos en la construcción de su subjetividad, en mostrar otros caminos y alternativas diferentes de las que fueron pensadas hasta el momento. Es por ello que dicha construcción no se puede establecer sobre la realidad existente, sino que debe hacerse sobre una realidad que hay que crear, y en la cual el trabajo social tiene principal injerencia.

Bibliografía

- Arito, S. (2021). La pandemia dejará una marca en nuestras vidas. [Audio]. En Cara y Ceca, 100.3 FM. <https://medios.uner.edu.ar/sandra-arito-la-pandemia-dejara-una-marca-en-nuestras-vidas/>
- Bang, C. (2020). Abordajes comunitarios y promoción de salud mental en tiempos de pandemia. En C. Torrado Lois (Comp.), Diálogos: Educación y comunidad. Aportes para la reflexión en tiempos de crisis (pp. 9-22). Montevideo: Talleres Gráficos Ltda.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bleichmar S. (2010) Violencia Social - Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades. Buenos Aires: Editorial Noveduc
- Cano, M. V. (2022). Cuando la frase “quédate en casa” no es igual para todos los sectores sociales”. En R. Bustos y M. V. Lorea (Comps.), Pandemia y Trabajo social. Miradas desde la intervención profesional (pp. 10-13). Rosario: Cooperativa La Cigarra, Diario El Ciudadano y Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da. Circ., Santa Fe.
- Casallas Murillo, A. M. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: Una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la Salud, 3(15), 397-408. <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56253119009/html/index.html>.
- Cazzaniga, S. (1997). El abordaje desde la singularidad. Desde el Fondo, N° 22. Facultad de Trabajo Social Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos. https://www.edumargen.org/docs/2018/curso62/unid04/apunte02_04.pdf
- Cazzaniga, S. (2001). Aires de familia. Desde el Fondo, N° 21. Facultad de Trabajo Social Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Cruz, V. y Fuentes M. P. (2017). La institución familiar en trabajo social. Buenos Aires: Editorial Espacio.

- Ferrandini, D. (2017). Trabajar en Atención Primaria de la Salud. Boletín Capacita Salud. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-abierta-interamericana/salud-publica-i/debora-ferrandini-boletin-aps-03-2017-1/26531260>.
- Floreale, F. (1975). En torno al concepto de salud. Revista de Salud Pública de La Plata, (8), 115-120.
- Florio, M. E. y Labrunée, M. E. (2021). Pobreza multidimensional, aproximaciones conceptuales y metodológicas para la evaluación de hogares con niños, niñas y adolescentes en el ámbito del partido de general Pueyrredón. Faces, Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, (57), 9-23. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Argentina. <https://nulan.mdp.edu.ar/id/eprint/3590/1/FACES-57-florio-labrunee.pdf>.
- Gabilanes, M. F. y Kuhn, M. S. (2020). Práctica profesional III [Trabajo Integrador Final]. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, UNR.
- Gabinete Social del Gobierno de Santa Fe (2019). Integralidad, territorios y políticas sociales urbanas. La Experiencia del Plan ABRE en la provincia de Santa Fe. Rosario: Gobierno de Santa Fe. <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2019/06/Libro-Plan-Abre.pdf>.
- Gentile, A. (2020). Sujeto y alteridad en el horizonte semántico de la Psicología [Material didáctico sistematizado]. Cátedra de Psicología, Facultad de Psicología, UNR.
- Gobierno de Santa Fe (2011). Plan Estratégico de la Provincia de Santa Fe. Regiones. Link:https://www.santafe.gov.ar/index.php/plan_estrategico_provincial/content/view/full/110705.
- González Saibene, A. (1996). Una lectura epistemológica del Trabajo Social. Revista temas y Debates, Universidad Nacional de Rosario.
- Guerrini, M. E. (2009). La intervención con familias desde el trabajo social. Revista Margen, (56), 1-11. <https://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>.
- Jong de, E. (2009). Familia y Representaciones: El desafío de pensar las diferencias de nuevo. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Martelo, A. (2017). Las políticas del discurso y los principios de su poder. Rosario, Santa Fe: Laborde Editor.
- Menéndez, E. (30 de abril al 7 de mayo de 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria [Ponencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 451-464. Buenos Aires, Argentina. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva, 1(1), 9-32. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1/1>.
- Morin, E. (2005). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Morini, F. (2022). Y los pobres, como siempre, insistiendo con el hambre. En R. Bustos y M. V. Lorea (Comps.), Pandemia y Trabajo social. Miradas desde la intervención profesional (p. 10). Rosario: Cooperativa La Cigarra, Diario El Ciudadano y Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da. Circ., Santa Fe.
- Naciones Unidas (2024). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
- Naciones Unidas (2024). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Naciones Unidas (2024). Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (1966). <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Salud para Todos, 1. Ginebra.

<https://medicinaysociedad.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2024). ¿Qué es la Organización Mundial de la Salud? <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

Quiroga, A. (1998). Crisis, procesos sociales y grupos. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Sautu, R (2005) “Todo es teoría”. Objetivos y métodos de investigación. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.

Sousa Minayo de, M. C. y Tavares Cavalcanti, M. (2007). Abordaje de la violencia intrafamiliar en el proceso médico de familia. En M. L. Magalães Bosi y F. J. Mercado (Orgs.), Investigación cualitativa en los servicios de salud (pp. 365-390). Buenos Aires: Lugar Editorial


Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría.


Anexos

Anexo N° 1: Clasificación de las Historias Clínicas (HC)

Familia	tiempo de residencia en el barrio	Conformación familiar, grupo conviviente.	Características de la vivienda, (de que material son los pisos, techos, paredes) Servicios públicos.	Trabajo formal/informal u otros.	¿Cuál fue el acercamiento al Centro de salud? ¿Por cuál demanda?	Principales problemáticas	Frecuencia con la que asisten al Centro de Salud Historia clínica individual o familiar.
Estefania							
Paula							
Adrian							
Sonia							
Mariana							

Anexo N° 3: Familiograma


PROVINCIA DE SANTA FE
FAMILIOGRAMA


Hombre Mujer hijos hijos adoptivos Cenetas Muerte Matrimonio separación

2

Anexo N°4 : Datos de la situación socioeconómica de la familia.



DATOS DE LA SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA FAMILIA

Dimensión	Fecha			
Sostenimiento de la familia				
Nro de habitaciones para dormir				
Nº de personas que habitan la vivienda				
Provisión de agua				
Disposición de excretas				
Materiales que predominan en la vivienda				
Otras características (piso, animales, combustibles, etc)				
Observaciones				

Anexo N° 5: Historia de vida familiar (recursos, vínculos, relaciones)



HISTORIA DE VIDA FAMILIAR (RECURSOS – VINCULOS – RELACIONES)

A large, empty rectangular box intended for the user to write the family history, resources, and relationships.

