



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Licenciatura en Trabajo Social

*La dimensión asistencial del Trabajo Social. El caso
de la Tarjeta Única de Ciudadanía en Atención
Primaria de la Salud en Rosario.*

Autora: Giannelli, Rocío Paola

Tesina de Grado

Directora: Lic. Mariana Servio

Agosto de 2018

Dedicatoria y Agradecimientos

“Me gusta la gente que vibra, que no hay que empujarla, que no hay que decirle que haga las cosas, sino que sabe lo que hay que hacer y que lo hace. La gente que cultiva sus sueños hasta que esos sueños se apoderen de su propia realidad. Me gusta la gente con capacidad para asumir las consecuencias de sus acciones, la gente que arriesga lo cierto por lo incierto para ir detrás de un sueño”

Mario Benedetti

En primer lugar quiero agradecer desde lo más profundo de mi corazón, a mi familia Nélida, Horacio, Tamara y Tomás que gracias a su apoyo incondicional he podido culminar una carrera universitaria, que tanto me gusta, como es el Trabajo Social.

En segundo lugar, agradezco a mi directora de Tesina Mariana Servio por su dedicación y paciencia, sin ella no hubiera podido culminar este trabajo. Es por ello que te dedico y te agradezco.

No quiero dejar de mencionar a Rosana Lombardo mi tutora del centro de práctica, en el Centro de Salud “Luchemos por la Vida” y a mis compañeras Virginia y Tamara, que han acompañado durante todo el proceso de formación. Por eso les digo, gracias compañeras por sus reflexiones, aportes y críticas.

No podré cerrar esta página sin antes nombrar a las amigas que la Facultad me dio, a las futuras colegas, simplemente agradecerles por escucharme y estar en todas.

Índice

Introducción	3
CAPÍTULO I <i>“La Asistencia Socio-Alimentaria”</i>	10
I.1 Programas Alimentarios en Argentina: La historia más reciente	16
I.2 El dispositivo de asistencia alimentaria en Rosario: La Tarjeta Única de Ciudadanía	20
CAPÍTULO II <i>“Revuelto Gramajo: un espacio de reflexión de la intervención profesional del Trabajo Social en Salud”</i>	23
II.1 La Salud Pública en el Municipio de Rosario	23
II.2 “Rol del Trabajo Social en APS: la Profesión Matricial”	25
II.3 “El Revuelto Gramajo”	28
II.4 Antecedentes del Documento en rechazo a la gestión de la TUC	29
II.4.1 “Competencias y funciones de un/a profesional de Trabajo Social en Salud”.	29
II.4.2 “Construcción de la especificidad del Trabajo Social en Salud Pública”	31
II.4.3 “Los principales lineamientos y perfil profesional”	32
II.4.5 “Los límites de la profesión”	36
Bloque: los límites de la profesión	36
Bloque: El Desborde	37
II.5 Revuelto Gramajo 2016	39
II.5.1 “Debatir de Asistencia Social”	39
II.5.2 “Elaboración del escrito en rechazo a la gestión de la TUC”	40
II.5.3 “Lo que generó el Documento TUC...”	42
II.5.4 “La asistencia social en Rosario”	43
CAPÍTULO III <i>“El Documento en rechazo a la TUC: un análisis de la medida”</i>	48
III.1 La nueva institucionalidad del Gobierno Kirchnerista	48
III.2 La Salud Pública y la gestión de lo social en Rosario	53
III.3 Análisis del escrito en rechazo a la TUC: el malestar de los/as Trabajadores Sociales	56
III.4 El Documento TUC: ¿Un dilema ético? ¿Entre la Resistencia o la Asistencia?	59
Reflexiones Finales	64
Bibliografía	74
	2

Introducción

*Mucha gente pequeña, en
Lugares pequeños,
Haciendo cosas pequeñas,
Puede cambiar el mundo.*

Eduardo Galeano

La presente tesina es la culminación de un proceso de formación académica, que comenzó a gestarse durante los últimos tres años de la carrera Licenciatura en Trabajo Social, a partir de realizar las prácticas pre profesionales, en el Centro de Salud “*Luchemos por la Vida*” ubicado en la Zona Oeste de la ciudad, y, al mismo tiempo, de asistir como parte de esa práctica a los “*Revueltos Gramajo*”. Éstos, son espacios llevados a cabo desde el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal, donde participan lo/as profesionales de Trabajo Social que prestan servicios dentro de dicha dependencia.

Durante 2014 hasta 2016, tiempo en que asistí a estos espacios colectivos de debate de la profesión, año a año notaba que iban enfatizándose preocupaciones y discusiones por parte de lo/as profesionales en el ámbito de la salud pública en torno a: Construcción de la especificidad del Trabajo Social en Salud Pública”; “Ética y Trabajo Social”; “Procesos de trabajo en la profesión del Trabajo Social”; “Los principales lineamientos y perfil profesional”; “Competencias y funciones de un/a profesional de Trabajo Social en Salud”; “Los límites de la profesión” e “Intervención Profesional”.

Por lo tanto, este trabajo tiene como propósito profundizar el análisis de un debate generado en el marco de los Revueltos Gramajo, que implicó la elaboración de un escrito en rechazo a la gestión de la Tarjeta Única Ciudadanía en efectores de Salud en la ciudad de Rosario. En esos encuentros, durante 2016, se ha trabajado el tema del aumento de la demanda alimentaria en Centros de Salud, donde lo/as usuarios solicitaban a lo/as Trabajadores/as

Sociales la gestión de la Tarjeta Única de Ciudadanía (de ahora en adelante TUC), como también de mercadería y/o comedores escolares. Esta situación generó una situación manifestada por lo/as profesionales como “desborde”, por lo cual, el colectivo de profesionales nucleado en estos espacios organizó un debate que culminó con la decisión de realizar un documento en rechazo a la gestión de este instrumento de política socio asistencial.

El objetivo general de este trabajo es analizar la dimensión asistencial del Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud de Rosario tomando como analizador las discusiones de los Revueltos Gramajo y el “documento TUC”.

Los objetivos específicos son: 1) Reconstruir históricamente las políticas de asistencia alimentaria de nuestro país, prestando mayor atención a la TUC y analizar la coyuntura socioeconómica del año 2016/2017 en nuestro país; 2) Indagar los temas tratados en los Revueltos Gramajo como antecedente al documento en rechazo a la gestión de la TUC; 3) Analizar los motivos por los cuales los/as Trabajadores/as Sociales rechazan la gestión de la TUC en efectores de Salud

Orientada por dichos objetivos, la investigación se nutrirá de autores referentes del Trabajo Social, que han indagado sobre la política socio asistencial y su relación con la profesión. Melisa Campana, en su tesis doctoral, plantea que la lógica asistencial es constitutiva de los dispositivos de salud pública y que esa vinculación ha generado distintas modalidades de gobierno de la pobreza según los momentos históricos. Asimismo, durante la década del '90, ocurre el proceso de re-asistencialización de la salud pública en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, en donde a la salud pública se le sobreimprime el componente asistencial, históricamente presente en ella. Estos aportes resultan fundamentales para la presente exploración.

Por su parte, Adriana Clemente (2010) en su libro *Necesidades Sociales y Programas Alimentarios. Las redes de la pobreza* contribuye para establecer cuáles son los orígenes de

las políticas de asistencia alimentaria en nuestro país y Ana Arias (2012) en su libro *Pobreza y Modelos de Intervención. Aportes para la superación del modelo de Asistencia y Promoción* permite ubicar históricamente las intervenciones realizadas en materia de política asistencial sobre determinadas poblaciones denominadas marginales, desocupados, pobres y/o vulnerables, en términos de vínculo asistencial.

Respecto al análisis de la medida tomada por el colectivo de Trabajo Social, dentro del marco del Revuelto Gramajo, el mismo se nutrirá de los aportes de Chistopher Dejours (2006), quien pertenece a la corriente de la psiquiatría y el psicoanálisis y centra la mayoría de sus estudios sobre los efectos de la organización del trabajo en la salud mental de los/as trabajadores/as. Uno de esos efectos es el sufrimiento y la adaptación del profesional al sufrimiento en su labor diario, que se genera cuando no se puede minimizar la carga de trabajo y se le exige intervenir en todas las demandas emergentes. El autor sostiene que, para evitarlos, existen una serie de *estrategias colectivas de defensa*, por lo que, en nuestro caso de estudio, los Revueltos Gramajo juegan un papel importante en ese sentido. “*Las estrategias defensivas no pueden ser consideradas como patologías, sino que son desarrolladas a través de un principio de racionalidad subjetiva generados en las relaciones intersubjetivas*” (Dejours, 2006: 97).

A continuación desarrollaré en qué consiste el instrumento de la política alimentaria denominada Tarjeta Única de Ciudadanía así como también una descripción, basada en mi observación, sobre los Revueltos Gramajo, espacio profesional de los/as Trabajadores/as Sociales de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

En lo que respecta a la TUC, si nos remitimos a la publicación en la página oficial del Gobierno de la Provincia de Santa Fe, se sostiene que:

*"(...) la Tarjeta Única de Ciudadanía es parte de una política social que el gobierno de la provincia de Santa Fe comenzó a implementar en 2008 en reemplazo de los tickets y cajas con alimentos (...) Se trata de una **ayuda social directa**, basada en los principios de la transparencia, equidad y*

universalidad, que está centrada en la posibilidad de compra de alimentos en una amplia red de comercios adheridos en todo el territorio de la provincia. Pueden acceder al programa aquellos grupos familiares cuyos ingresos no superen el salario mínimo vital y móvil. Para realizar el trámite debe dirigirse a su municipio o comuna, o a las sedes territoriales del Ministerio de Desarrollo Social (...)" (Portal Online del Gobierno de la Prov. De Santa Fe, recuperado el 23/09/2016).

Desde el ámbito municipal, la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Rosario, en una de sus Direcciones, perteneciente a la de Gestión Territorial *"absorbió la antigua Unidad de Coordinación de Políticas de Seguridad Alimentaria que, (...) tiene a su cargo la administración de la TUC"* (Campana, 2016:4).

La TUC es la modalidad que adquiere el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria¹ en la Provincia de Santa Fe, y su implementación se descentraliza a nivel municipal. Consta de la acreditación de doscientos setenta y tres pesos mensuales en una tarjeta de débito, para la compra de determinados productos alimenticios, en el territorio provincial. Entre sus principales destinatarios se encuentran: personas mayores a 21 años de edad en situación de pobreza, con hijos (en edad escolar y que concurren a establecimientos educativos), o que cuenten con adultos mayores de 70 años sin jubilación o pensión, mujeres embarazadas y/o discapacitado/as (Campana, 2016: 5).

Entre los requisitos para acceder al beneficio, el/la solicitante debe presentarse con DNI en el Centro de Convivencia Barrial más cercano o al SAC (Servicio de Atención Ciudadana),

¹ El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) fue creado en 2003 en el marco de la Ley N°25.724 / 2002 - Programa de Nutrición y Alimentación Nacional, con el objetivo de posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación complementaria, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país. La ejecución del PNSA involucra en sus líneas de acción los distintos aspectos necesarios para promover la seguridad alimentaria y realiza actividades de educación nutricional que aseguran el derecho a tener acceso a información científica, culturalmente aceptada y adecuada a las distintas comunidades del país.

donde se entrevista con el/la profesional de Trabajo Social, quien completa el Registro Social, donde consten sus datos personales y de su grupo familiar (Campana, 2016: 5).

En cuanto a los “Revueltos Gramajo”, en opinión de una de las colegas que participa activamente en ellos, sostiene que surgieron en el año 2011 y se debió a la necesidad de:

“(…) comenzar a discutir cuestiones disciplinares, empezar a juntarnos, a discutir nuestras prácticas, a discutir cuestiones que tiene que ver con la metodología, las intervenciones propias, las problemáticas y también mucho con la capacitación” (Informante Clave 1).

Como ya he mencionado con anterioridad, el presente trabajo pretende profundizar el análisis del debate generado en el marco de los Revueltos Gramajo, que implicó la elaboración de un escrito en rechazo a la gestión de la TUC en efectores de Salud de la ciudad de Rosario. Entre los factores a tener en cuenta, en relación al aumento de la demanda de asistencia alimentaria, se encuentra el hecho de que, la política económica y social de la gestión que se inicia en diciembre de 2015, cuando asume a la presidencia la Alianza Cambiemos, repercutió de manera negativa en los sectores trabajadores y más empobrecidos, por lo que será un elemento a explicar en este trabajo.

El período comprendido entre los años 2003 y 2015 había marcado un escenario en nuestro país tanto en el ámbito económico, político y social en el cual se ha registrado altas tasas de crecimiento económico, en el plano social se produjo un descenso relativo de los niveles de pobreza e indigencia y en el político se evidenció un ascenso a nivel latinoamericano de gobiernos progresistas y de izquierda (Piñero y Fernández, 2014:52). Dicho crecimiento económico, se tradujo en una drástica reducción del desempleo, pobreza y la indigencia y en materia de políticas sociales, se planteó como *“estrategia de intervención, que tenga como prioridad la construcción de espacios inclusivos de ciudadanía, que permitan fortalecer los derechos humanos sociales, políticos, económicos y culturales, con equidad social”* (Saberes y Sabores, Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

Ahora bien cuando fue electo el presidente Macri a fines del 2015 se tomó un rumbo diferente en cuanto a las políticas económicas de la década anterior. Entre los cambios introducidos por el macrismo se puede nombrar: recorte del gasto público, devaluación-eliminación del cepo cambiario-, eliminación de las retenciones al agro, endeudamiento, suba estrepitosa de las tarifas de servicios, despidos masivos en el sector público y privado y aumento sostenido de la inflación. Por ende, el incremento de las demandas en la gestión de la TUC se explica en gran parte, por estos factores que repercuten directamente en la composición de la estructura social, y por la suba de los precios de los alimentos de la canasta básica.

A partir de las aproximaciones analíticas al objeto de estudio, que corresponde al análisis del Documento en rechazo a la TUC, estructuraré el presente trabajo en tres capítulos, organizados de la siguiente manera. El primer capítulo prestará principal atención a la política socio-asistencial, es decir, a la Tarjeta Única de Ciudadanía, como también se hará alusión al origen de las políticas de asistencia alimentaria en Argentina y cómo han ido variando a través del tiempo sus mecanismos, debido a que a partir de la implementación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria en el año 2003, *“adquieren mayor relevancia las prestaciones dinerarias en las políticas de asistencia alimentaria, a través de la entrega de tarjetas magnéticas”* (Garma, Zampani, 2016: 104).

En el capítulo II se pretende describir qué y cómo son los espacios denominados Revueltos Gramajo. Para dar cuenta de ello, se tomará la opinión de dos informante clave que participan allí desde sus inicios; además, se especificará la organización del sistema de salud local y el rol que cumple el Trabajo Social, considerada como una profesión *matricial* dentro de la lógica de la Atención Primaria de la Salud. Asimismo, se recuperarán las principales discusiones y debates generados en el espacio del Revuelto Gramajo durante el período 2015 y 2016, en torno a los “límites en la profesión”, los “principales lineamientos o funciones de un/a TS en Salud Pública”, y el momento en que se redactó el Documento en rechazo a la gestión de la TUC.

En el capítulo III se refiere al contexto económico y social que produjo que la demanda de alimentos se intensifique durante el 2016 en Atención Primaria a la Salud y se sumarán los aportes de Campana (2010) sobre el proceso de Re- Asistencialización de la Salud en Rosario, como también los de Dejours (1992) en torno al sufrimiento en el trabajo, de modo de complejizar las reflexiones.

Por último, en las reflexiones finales se presentarán los principales resultados obtenidos en esta exploración, delineados en torno a tres ejes: la posición de la profesión frente a la asistencia social; el sufrimiento en el trabajo desde la perspectiva de Dejours, y el análisis sobre la coyuntura socioeconómica que atraviesa el país. Asimismo, se planteará la visión sobre la **asistencia social como derecho**, dado que la complejidad de la cuestión social en la actualidad nos interpela a resignificar esa dimensión de nuestras intervenciones profesionales.

CAPÍTULO I

“La Asistencia Socio- Alimentaria. El Caso de la TUC”

Históricamente la Asistencia en nuestro país se ha constituido sobre la base de lo que Ana Arias sostiene como el modelo de intervención sobre la pobreza, que cuenta con dos componentes centrales: la asistencia y la promoción social. *“Por asistencia se entienden generalmente las ayudas, prestaciones o servicios que se encuentran dirigidos o bien a operar por fuera de los accesos vinculados al trabajo, o bien a aquellos que no pueden satisfacer por sus propios medios”* (Arias, 2012: 30). En cambio, la promoción social *“apunta a generar cambios a nivel de la subjetividad de los sujetos-objetos de las intervenciones y por ello se concentra en los aspectos ‘no materiales’ de la pobreza”* (Campana, 2015:2). Por lo tanto la pretensión de la promoción social es “superar” la situación que lleva a depender de lo asistencial (Campana, 2015:3).

Por ello, la asistencia queda en un lugar residual y marginado debido a que es considerada como una acción provisoria hasta que lo sujetos se promocionen, según Campana (2015). Entonces, resulta de gran importancia abordar el tema de la Asistencia, con el fin de correr el eje de la discusión centrada en establecer quiénes son las/os beneficiarias/os o necesitadas/os para comenzar a discutir sobre los bienes y servicios que brinda, por tal motivo Campana enfoca sus escritos en torno al **derecho a la asistencia**, lo cual conlleva a pensarla como un *“(…) sistema conformado por servicios, prestaciones y normativas cuya finalidad principal es la atención, promoción y desarrollo pleno de todos los miembros de la sociedad, para la obtención de su mayor bienestar. Sus prestaciones serían, asimismo, de diversa naturaleza: de carácter técnico (servicios de información, diagnóstico, mediación, asesoramiento, apoyo, acompañamiento, protección jurídica y social); de carácter económico (prestaciones dinerarias, periódicas o puntuales, concedidas a personas o familias para apoyar procesos de integración social o paliar situaciones de*

necesidad); de carácter material (alojamiento temporal o continuado, centros de día, atención domiciliaria, manutención alimentaria)” (Campana, 2015: 7).

Además, la autora, desde la perspectiva del *Gobierno de la Pobreza*, considera al Estado como administrador de la pobreza, para ello crea un conjunto de intervenciones sociales que contribuyen a producirla y reproducirla, ya que su objeto no es erradicarla sino más bien controlarla y organizar su gestión (Campana, 2014: 128). Por lo tanto, la asistencia social es una modalidad específica de gobierno de la pobreza, según la autora.

Desde el punto de vista de Andrenacci la política asistencial, se asocia al “*conjunto de intervenciones dirigidas a determinados sectores de la población caracterizados por sus necesidades materiales*” (Andrenacci, 2009: 8). Esos sectores, denominados “pobres” son una categoría de la política pública debido a que el “*Estado cree identificar a los pobres, cuando en realidad los está **creando** a partir de su diagnóstico y de las características de su intervención*” (Andrenacci, 2009: 8).

Por su parte, Robert Castel define a la asistencia como “*(...) un conjunto extraordinariamente diversificado de prácticas que se inscriben no obstante en una estructura común, determinada por la existencia de ciertas categorías de poblaciones carecientes y por la necesidad de hacerse cargo de ellas*” (Castel, 1997: 33). El autor sostiene que la estructura de lo social-asistencial, ha sido dominado por dos vectores, el primero corresponde a la “*relación de proximidad que debe existir entre el beneficiario del socorro y la instancia que lo dispensa*” es decir, “*el indigente tiene más posibilidades de obtener el socorro cuando es conocido y reconocido (...) cuando entra en las redes de vecindad que expresan una pertenencia mantenida a la comunidad*” y el “*criterio de ineptitud para el trabajo, es el reconocimiento de incapacidad para trabajar, es el criterio discriminatorio esencial para ser asistido*” (Castel, 1997: 35). Por lo tanto, la intersección de ambos vectores constituye el núcleo de la asistencia.

Ahora bien, se puede afirmar que la política asistencial se ha caracterizado por su carácter residual, ya que la intervención que el Estado realiza se encuentra circunscripta a grupos de individuos ubicados por fuera del mercado laboral. Este fenómeno se debe a que

*“El desarrollo de la categoría de trabajador y sus derechos de protección específicos, favoreció el **carácter residual de la asistencia social pública**, cuyos sujetos legítimos (y únicos) fueron individuos imposibilitados de integrarse al mercado de trabajo por razones particulares pero ajenas a la voluntad: invalidez, viudez madre- solterísimo etc. Sin embargo la asistencia tuvo siempre un “sujeto vergonzante”: el pobre por desocupado” (Grassi, Hintze, Neufeld, 1994:16).*

En cuanto a las **políticas sociales alimentarias**, éstas son intervenciones públicas, ya sea estatales o no, destinadas a influir en el consumo de alimentos, que asumen diferentes maneras, entre ellas las estrategias más frecuentemente empleadas son intervención en la cadena alimentaria (subsidios, controles y regulación de precios de alimentos en el mercado para reducir su costo); distribución gratuita de alimentos (bolsones de alimentos, financiamiento de compras a grupos multifamiliares, distribución de alimentos a instituciones –comedores escolares, por raciones, viandas, etc.-) y, apoyo a la producción de alimentos para el auto consumo (huertas familiares y comunitarias, cría de gallinas, etc.) (Vacarisi, 2005: 8).

Por su parte las **políticas de asistencia alimentaria** son estrategias de abordaje a la pobreza creciente en un contexto de ajuste económico principalmente donde los sectores con escasos recursos son lo más perjudicados. En el caso argentino, en los años 90 durante la década “de hegemonía neoliberal” (Danani, Hintze, 2011: 11) se “*propusieron la apertura externa, la reducción del gasto social, la reducción del tamaño del estado y la transferencia de funciones al sector privado, la descentralización de ministerios y servicios, la reducción o eliminación de servicios universales promoviendo la focalización de programas en los sectores más pobres, la modificación de la legislación laboral, privatización de las empresas públicas*” (Arias, 2012:105). Frente a este escenario se

produjo un cruce entre las políticas asistenciales de alivio a la pobreza y las políticas de asistencia socio- alimentarias, esta situación fue caracterizada, entre otros, por Repetto, como la asistencialización de la política alimentaria por un lado y alimentarización de la política social por el otro. El autor afirma que *“se asistencializaron las intervenciones alimentarias y se alimentarizó la asistencia social, movimiento del que no ha sido ajeno, en tanto asignatura pendiente, una definición clara de quién hace qué en la materia entre los distintos niveles jurisdiccionales”* (Repetto, 2011: 87).

A partir de lo expresado hasta aquí resulta interesante realizar una breve historización sobre el surgimiento de las políticas alimentarias en nuestro país, para después desarrollar el tipo de asistencia socio-alimentaria en la ciudad de Rosario, como es el caso de la TUC.

En nuestro país, durante la década del 30', post la gran depresión de 1929, se *“pone en evidencia la necesidad de una mayor organización de las acciones de asistencia social”* (Britos, 2003: 7). La crisis seguía demandando la presencia del Estado, para ello, en 1936 se sanciona la ley N° 12341, conocida como ley Palacios² que daba nacimiento a la *“Dirección de Maternidad e Infancia”*³, ésta tenía como eje central la distribución de leche a mujeres embarazadas y niños hasta los dos o seis años de edad. De tal modo, resulta necesario mencionar que la asistencia alimentaria en nuestro país tiene sus inicios en el plano escolar, es decir, se desarrolló principalmente en el ámbito educativo.

² En reconocimiento a su impulsor, el Senador Socialista Alfredo Palacios, (Buenos Aires, 10 de agosto de 1878 - 20 de abril de 1965).

³ *“La Dirección además de distribuir leche, comenzó a realizar estudios sobre la higiene social de la infancia y en particular de la morbi mortalidad. Acompañando los resultados que arrojaban los estudios, se realizaron campañas de difusión de los postulados de la higiene social infantil, la puericultura, la asistencia preconcepcional, la vigilancia del niño desde su nacimiento, la lactancia materna, la alimentación adecuada del niño, y la producción y expendio de leche de vaca en las mejores condiciones de higiene. También se dio curso al seguimiento y creación de instituciones públicas y privadas que tengan por objeto la protección y asistencia de la maternidad y la infancia”* en **Saberes y Sabores de nuestro país**, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, (2010)

“La ayuda alimentaria entonces tiene sus raíces en las escuelas, desde ahí se comienzan a generar investigaciones acerca del estado nutricional de los niños, de las enfermedades originadas por carencias alimentarias, de la calidad de la alimentación familiar y también surgen inquietudes acerca de qué y cuánto es lo que los niños debieran comer para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo” (Britos, 2003:10).

En 1938, por el Decreto Nacional N° 3607 y nuevamente por iniciativa de Alfredo Palacios se sanciona una Ley de “*Protección a los niños en edad escolar*” mediante la cual, se crea la Comisión Nacional de Ayuda Escolar y a partir de ella se crean los comedores Escolares, este último tiene como finalidad estrictamente el cumplimiento de los objetivos sanitarios y educativos. Frente a este escenario, con las primeras intervenciones del Estado en lo social⁴, comienza a consolidarse el “*(...) proceso de institucionalización del Servicio Social como profesión (que) está estrechamente vinculado a la aparición y crecimiento de las instituciones de prestación de servicios sociales y asistenciales, generadas o subsidiadas por el Estado*” (Campana, Lamanuzzi, 2009: 145).

El período 1943-1955, correspondiente al **primer peronismo**, es caracterizado como **Estado Social** por Soldano y Andrenacci (2005), “*un tipo particular de Estado protector, versión autóctona y adaptada del Estado de bienestar*” (Arias, 2012: 36), es allí cuando se inicia una etapa marcada por el ascenso social, basado en la expansión de las condiciones reguladas y protegidas por el Estado de los/as asalariado/as (Soldano y Andrenacci, 2005: 62).

“El proceso de mercantilización de la fuerza de trabajo asociada también al reconocimiento de derechos sociales vinculados a la condición de trabajador, los cuales benefician tanto al jefe de hogar y a su grupo familiar. La relación asalariada constituía

⁴ La profesionalización del Trabajo Social en Argentina está marcada por el impulso del Movimiento de la Medicina Higienista, preocupado por generar una práctica social de asistencia racional, secular y científica ante los problemas sociales y sanitarios que emergen a principios del siglo XX.

un factor importante no solamente para el acceso a beneficios sociales provistos por el Estado, sino también porque a través de los ingresos monetarios que se obtenían se lograba la satisfacción de las necesidades cotidianas de las familias, entre las que se puede incluir la alimentación” (Ierullo, 2010: 89).

Las condiciones salariales protegidas por el Estado, se realizaron a través de la regulación de contratos de trabajo, crecimiento del salario y extensión de los seguros sociales, elementos claves que caracterizaron al *“nuevo modelo de intervención (y) consolidación de una fuerte tutela pública”* (Soldano y Andrenacci, 2005:63). A consecuencia de ello, se refuerza la figura del **Trabajador** y se torna fundante de la identidad popular, que se consolidó en el período del primer peronismo (Arias, 2005).

En cuanto a la Asistencia directa, *“fue efectivizada por primera vez en términos de derecho ciudadano y de deuda pública, poniendo en crisis la lógica de legitimación del dispositivo filantrópico-caritativo y paraestatal”* (Soldano y Andrenacci, 2005: 62). En 1948, con la creación de la **Fundación Eva Duarte de Perón (FEP)** irrumpe *“cuestionando las anteriores formas de beneficencia propias de la Sociedad de Beneficencia e instalando un nuevo significado de estas prácticas como asistencia legitimada, como asistencia en términos de derecho”* (Arias, 2012:38). La **FEP** se constituyó en unos de los principales hitos para empezar a discutir en nuestro país la asistencia social como derecho.

“La FEP realizó un doble tipo de acción: la “ayuda social directa”- distribuciones de bienes (muebles, ropa, juguetes, máquinas de cosar, medicamentos y equipamiento médico) y de dinero (efectivo y becas)- y el mantenimiento de una infraestructura de instituciones asistenciales- hogares de tránsito y de ancianos, proyectos de vivienda, hospitales, centros recreativos y colonias de vacaciones, provedurías de bienes a precios subsidiados” (Soldano y Andrenacci, 2005: 66).

Cabe destacar que las intervenciones en materia de **asistencia alimentaria** constituían una política residual y asistemática *“debido a la masividad que el trabajo asalariado había*

adquirido” (Ierullo, 2010: 90). Con las prestaciones sociales brindadas por el Estado Social asociadas a la figura del trabajador formal y no a la del ciudadano, sujeto de derecho, *“las políticas asistenciales continuaron ocupando un lugar marginal en el marco de una economía de pleno empleo y masivamente formal”* (Soldano y Andrenacci, 2005:67).

Frente a ello, las políticas socio-alimentarias de aquel entonces, estaban dirigidas exclusivamente a la población materno-infantil y escolar, para así lograr el *“cumplimiento de objetivos sanitarios y educativos que exceden la función asistencial”* (Ierullo, 2010:90). Tal como menciona Campana (2010), no a todos los pobres se les tenía garantizado el acceso a la asistencia ya que *“el jefe de hogar desocupado no figuraba como sujeto beneficiario, aunque las prestaciones se organizaran en torno a la condición de desocupación del jefe de hogar”* (Campana, 2010: 72).

I.1 Programas Alimentarios en Argentina: La historia más reciente

En el presente apartado describiré brevemente la consolidación de los programas de asistencia alimentaria en nuestro país, por lo tanto, se especificarán: el **PAN** (Plan Alimentario Nacional 1984-1989); Programa Alimentario **“Probienestar”** en la década del ‘90; **PAE** (Programa de Emergencia Alimentario 2002-2003); **PNSA** (Plan Nacional de Seguridad Alimentaria 2003-act), por ser los más relevantes, ya que un estudio exhaustivo de los programas alimentarios excede los objetivos de esta tesina⁵.

Lo cierto es que, ya en la década de los 80, con el advenimiento de la democracia, las consecuencias de las políticas iniciadas en la última dictadura cívico-militar- eclesiástica de 1976, se hacen evidentes en términos de exclusión social, laboral y la creciente pobreza urbana, *“(…) Es en esta década cuando por primera vez, el estado argentino tuvo que instrumentar programas nacionales de ayuda alimentaria para un sector creciente de la población, cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer esa necesidad básica”* (Golbert,

⁵ Para mayor información sobre programas nacionales de asistencia alimentaria en Argentina véase el **capítulo II Pobreza y asistencia directa en Argentina** del libro de Adriana Clemente *“Necesidades Sociales y Programas Alimentarios”*.

1993: 44). El lanzamiento del **PAN** (Plan Alimentario Nacional) en 1984 de la mano del presidente Raúl Alfonsín, constituyó un punto de inflexión en el campo de la asistencia social debido a que fue la primera política de asistencia alimentaria dirigida a suprimir la imposibilidad de muchas familias de cubrir sus necesidades más elementales, como es la nutrición. Con la sanción de la Ley 23.056, el **PAN**, *“es de alguna manera el hito fundamental de la historia contemporánea de los programas alimentarios”* (Britos, 2003:23). El mismo se caracterizó por su componente alimentario, basado en el reparto mensual de cajas de alimentos secos hasta alcanzar una cobertura de 1,3 millón de familias.

A partir de la asunción de Carlos Menem en 1989 en el marco de una crisis hiperinflacionaria, se *“dieron origen a las ollas populares que surgieron en un primer momento como respuesta comunitaria al derrumbe de la capacidad de compra de alimentos de la población”* (Britos, 2003:24) pero con este escenario se discontinúa el **PAN** y se dispone de sus fondos para la ejecución de otro programa de asistencia social que consta en la distribución de bonos⁶ que podrían ser utilizados para comprar productos alimentarios.

Asimismo, durante los años ´90 se asentaron las bases para que se genere una *“expansión de lo asistencial”* (Arias, 2012) debido a que la cuestión social comenzó a ser explicada en términos de pobreza. *“La lógica de intervención en lo social, propia de la racionalidad política neoliberal, tiende a consolidar un esquema fragmentado y desarticulado, donde la cuestión social es problematizada en términos de pobreza, desvinculando las causas constitutivas de la misma y adjudicando a atributos negativos de los sujetos, el motivo de su situación, colocada como déficit o carencia”* (Servio, 2016: 235).

⁶ Siguiendo a Ierullo (2009), los Bonos Solidarios de Emergencia fueron creados mediante la firma de un decreto presidencial en agosto de 1989, se proponía como estrategia de complementación de fondos estatales con contribuciones voluntarias que realizan empresas. La distribución de los bonos se haría a través de Consejos Locales de Emergencia de los que participaban diversos actores locales, pero debido al manejo discrecional y escándalos ligados a la distribución de los bonos debió suspenderse su ejecución en el territorio poco tiempo después de su sanción.

En sintonía con lo anteriormente mencionado, en 1993 se creó el **Programa Alimentario “Probienestar”** dependiente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), con el objetivo de brindar asistencia a los/as afiliados al mismo y que no podían, por medio de sus ingresos, satisfacer sus necesidades alimentarias. *“La focalización que realizó el programa preveía la incorporación de aquellos afiliados mayores de 70 años con ingresos mínimos que no contaban con ayudas familiares y se preveían excepciones para el caso de los discapacitados y personas con problemas de salud”* (Arias, 2012:130). Además, el programa preveía la incorporación de centros de jubilados como efectores para la entrega de los bolsones de alimentos.

Adentrándonos ya al Siglo XXI, hacia finales de 2001 estalla en nuestro país una crisis socio-política que *“marcó el fin del modelo de acumulación instalada en Argentina desde 1976”* (Arias, 2012:148). En el marco de la crisis del 2001⁷ se creó en 2002 por el Decreto 108/02 el **Programa de Emergencia Alimentaria (PEA)** cuyos criterios se caracterizaron por ser altamente focalizados y con una gestión descentralizada. En cuanto a los objetivos del **PEA**, se proponía transferir recursos a las provincias para la implementación de sus programas alimentarios, es decir, el *“PEA es la completa descentralización de los fondos a las provincias para su ejecución en los niveles locales”* (Britos, 2003:32).

Por último, en cuanto a **la política alimentaria post emergencia**, con la asunción al gobierno del presidente electo Néstor Kirchner en mayo de 2003 se *“procede a una reestructuración de los planes de asistencia alimentaria. Mediante la resolución 2040/03 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se pone en marcha el **Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA)**”* (Clemente, 2010: 106).

Con la sanción de la Ley 25.724 en el año 2003 se crea el **Programa de Nutrición y Alimentación Nacional**, como instancia de articulación de los programas alimentarios

⁷ Al decir de Ana Arias (2012) *“El estallido generado por la retención de los depósitos bancarios, conocida como “corralito bancario”, y por una secuencia de saqueos en supermercados del Conurbano bonaerense, cerraba el período denominado de valorización financiera”*.

existentes en aquel entonces (Pro Huerta, PEA, Comedores Escolares, entre otros), pero “(...) *al igual que esos programas se mantiene un alto predominio de la asistencia alimentaria: 75% del presupuesto está destinado a cajas de alimento (secos)*” (Maceira y Stechina, 2008:44). Además, el programa tiene la finalidad de avanzar hacia la conformación de una base única de beneficiarios y transferir fondos a las provincias para la ejecución más organizada de los programas. “*El abordaje federal implica a los gobiernos provinciales, quienes, a partir del convenio con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación establecen las líneas, programas y /o acciones que serán apoyados a través de recursos transferidos*” (Ierullo, 2010: 107). Asimismo, con el programa se ha llevado a cabo una serie de transformaciones que tienen que ver, según Ierullo (2010), con el presupuesto destinado a la asistencia alimentaria que se manifiesta en el incremento y el tipo de prestaciones otorgadas. Otro de los cambios es que desde el Plan Nacional (PNSA) se favoreció la bancarización de la asistencia alimentaria.

“Esta transformación implica la distribución entre los beneficiarios de tarjetas de débito en la que se deposita regularmente una suma de dinero, la cual puede ser utilizada para la compra de alimentos en los comercios adheridos. Dicha tendencia se efectiviza a partir de 2006 y se encuentra en crecimiento debido al impulso que ha puesto el MDS” (Ierullo, 2010:108).

Otros autores calificaron al proceso de bancarización de la asistencia alimentaria como una medida que “*permite un mayor diversificación de la alimentación de las familias y reduce la posibilidad de generar una relación clientelar entre delegados políticos y beneficiarios*” (Maceina y Stechina, 2008:45).

I.2 El dispositivo⁸ de asistencia alimentaria en Rosario: La Tarjeta Única de Ciudadanía

Desde el año 2008, la TUC es el instrumento de implementación, en la Provincia de Santa Fe, del Plan Nacional y Provincial de Seguridad Alimentaria (PNSA). El **PNSA**, tiene como objetivo “*posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación adecuada, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país*”⁹. La seguridad alimentaria de una familia o comunidad contempla, según lo establece la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), los siguientes componentes: disponibilidad de alimentos; acceso suficiente a los alimentos; buena selección; correcta elaboración, manipulación y conservación.

Desde la web oficial Gobierno de la Prov. De Santa Fe/ Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe se sostiene que (...) *la Tarjeta Única de Ciudadanía es parte de una política social que el gobierno de la provincia de Santa Fe comenzó a implementar en 2008 en reemplazo de los tickets y cajas con alimentos (...) Se trata de una **ayuda social directa**, basada en los principios de la transparencia, equidad y universalidad, que está centrada en la posibilidad de compra de alimentos en una amplia red de comercios adheridos en todo el territorio de la provincia. Pueden acceder al programa aquellos grupos familiares cuyos ingresos no superen el salario mínimo vital y móvil. Para realizar el trámite **debe dirigirse su municipio o comuna, o a las sedes territoriales del Ministerio de Desarrollo Social (...)*** (Portal Online del, recuperado el 23/09/2016).

⁸ Según Luis García Fanlo, haciendo una interpretación de la noción de *Dispositivo* realizada por Michel Foucault, menciona que el dispositivo es un “*red que contempla discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas*”, por lo tanto un dispositivo es una red que puede establecerse entre otros elementos: *la naturaleza de la Red* (los cambios o modificaciones que pudieran generar); *dispositivo* y *acontecimiento* alude al momento histórico dado que tuvo como función mayor responder a la urgencia. (Fanlo, 2011:1).

⁹ Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Considero necesario precisar lo que Clemente sostiene en relación a asistencia social directa, “(...) *las políticas de asistencia directa son un conjunto de transferencias (que operan individualmente o asociadas) y forman parte del sistema de política social para actuar a través de algún mecanismo de transferencia directa que supone la tangibilidad de un bien o servicio destinado a producir una satisfacción material concreta que receptiona el sujeto portador de una necesidad con la modalidad de subsidio*” (Clemente, 2010:22).

Dicha prestación adquiere la modalidad de transferencia de ingresos mediante depósito bancario, esto se debe a la puesta en marcha del **PNSA** a nivel nacional, que introdujo cambios y uno de ellos fue la implementación de tarjetas magnéticas a las que el Estado transfiere dinero para la compra de alimentos. De esta forma, se favorece la autonomía en la selección ya que como enfatiza Santarsiero (2012: 172) “*La tarjeta representa un vehículo para la autonomía y la libertad de compra. Sin embargo es necesario hacer hincapié aquí que el monto máximo que se entrega por familia mensualmente no llega a cubrir el valor de la canasta básica alimentaria para el adulto equivalente*”.

Actualmente la TUC consta de la acreditación de doscientos setenta y tres pesos (\$273) mensuales y entre sus principales destinatarios se encuentran: personas mayores a 21 años de edad en **situación de pobreza**, con hijos (en edad escolar y que concurren a establecimientos educativos), o que cuenten con adultos mayores de 70 años sin jubilación o pensión, mujeres embarazadas y/o discapacitado/as (Campana, 2016: 5). Desde el ámbito municipal, la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Rosario, en una de sus Direcciones, la perteneciente a la de Gestión Territorial “*absorbió la antigua Unidad de Coordinación de Políticas de Seguridad Alimentaria que, (...) tiene a su cargo la administración de la TUC* (Campana, 2016:4).

Entre los criterios para acceder al beneficio, el/la solicitante debe presentarse con DNI en el Centro de Convivencia Barrial que le corresponde o al Servicio de Atención Ciudadana (SAC), donde se entrevistará con el/la profesional de Trabajo Social, quien completa el

Registro Social, donde consten sus datos personales y de su grupo familiar para determinar si cumple con los requisitos de acceso. (Campana, 2016: 5).

Por último resulta importante hacer aquí un breve paréntesis, sobre la nueva modalidad llevada a cabo durante este último tiempo desde el **PNSA**, en relación a la utilización de tarjetas magnéticas para la adquisición de alimentos, ya que esta modalidad constituye para el rullo un mecanismo de **control social**, debido a que los programas bancarizados suponen la utilización de avances tecnológicos: por un lado las tarjetas de débito, por el otro, un sistema de registro de beneficiarios, en la ciudad de Rosario se utiliza el Registro Social (RS) y además el control de las compras realizadas, que constituyen la prohibición de los productos, en el caso de la TUC *“no pueden comprarse golosinas, pañales, productos de copetín, artículos de limpieza, gas, carbón, querosén, artículos de perfumería, comidas y postres elaborados. Si alguien incurriera en una falta al respecto, la sanción equivaldría a la baja definitiva del beneficio”* (Campana, 2010:203).

CAPÍTULO II

“Revuelto Gramajo: un espacio de reflexión de la intervención profesional del Trabajo Social en Salud”

II.1 La Salud Pública en el Municipio de Rosario

La política de Salud se enmarca dentro de ordenanzas que responden al Plan Médico Obligatorio que estipula los mínimos servicios y coberturas que deben cumplir tanto las obras sociales como las instituciones públicas que forman parte del sistema de salud.

En cuanto al organigrama de la **Secretaría de Salud Pública** se encuentra conformado por, Secretaría y Subsecretaría, bajo cuya égida se ubican siete direcciones generales: Dirección Gral. De Recursos Humanos, Dirección General de Administración Financiera y Presupuestaria, Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección de Internación Domiciliaria, Dirección de Hospitales y Dirección General de Servicios de Salud – dentro de ésta se encuentra la Atención Primaria de la Salud.

En el **Documento del Presupuesto 2017** de la Municipalidad de Rosario se halla una completa síntesis sobre el compromiso político *“de construir un proyecto sanitario bajo el paradigma que concibe a la salud como derecho. En este sentido se ha ido desarrollando un sistema basado en propuestas que incluyen principios esenciales como universalidad, equidad, accesibilidad, gratuidad y participación”* (Municipalidad de Rosario, 2017). Por lo tanto se puede afirmar que la apuesta estratégica para el año 2017 sobre la política de salud en la ciudad, fue garantizar el acceso a la salud en términos de derecho.

Asimismo la estrategia en salud municipal, se completa en la división de los tres niveles en la atención:

1° nivel, que lo componen los Centros de salud, como la puerta de entrada al sistema de salud de la población, caracterizándose como el espacio de mayor resolutivez.

2° nivel conformado por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).

3° nivel constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA).

Como complemento a esta estrategia, *“el servicio de internación domiciliaria y el servicio integrado de emergencias sanitarias (SIES) con ambulancias para traslados y emergencias. Además el municipio cuenta con un laboratorio de especialidades medicinales (LEM) que produce sueros, comprimidos, cremas y pomadas para ser utilizados en la red municipal, y también el instituto de la salud “Juan Lazarte” (creado en octubre de 1994), institución tripartita conformada por la municipalidad de Rosario, la U.N.R y la Asociación Médica de Rosario”* (Campana, 2010: 183).

La Secretaría de Salud Pública, para llevar adelante las estrategias anteriormente mencionadas, se ha basado en los postulados expresados por la conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud, más conocida como Alma Ata. Esta declaración describe a la APS como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Por su parte, en los materiales de gestión consultados sostienen que:

“La dirección de APS ha definido la misión institucional de los Centros de Salud: trabajar en la resolución y prevención de los problemas de salud de la población de Rosario, con su participación activa en una gestión democrática que incluya todas las perspectivas (la del

Estado, la de los trabajadores del equipo de salud, la de la comunidad) en concordancia con la epidemiología de la región, asegurando la atención integral, equitativa, humanizada, accesible, continúa, con excelencia en la calidad y máxima resolutivez”(Material de gestión, 2005: 5).

Por lo tanto, el Modelo de Atención Primaria de la Salud en Rosario (**APS**) está conformado por 50 Centros de Salud municipales distribuidos distritalmente, son instituciones estatales que se encuentran más cercanas a la comunidad, teniendo mejor acceso a la atención médica. Este modelo de atención impulsa estrategias para la prevención y promoción de la salud desde un punto de vista integral. Además, el mismo, es pensado en forma de **red**, constituida por los tres niveles de salud anteriormente mencionados y de priorización de la Atención Primaria de la Salud como pilar estratégico de aquel modelo.

Rovere (1992) caracteriza a la **Red** de la siguiente manera: es a través de ella que se conectan o vinculan personas, asumiendo heterogeneidades y articulándolas; las redes intra-institucionales se van armando en la medida que reconocemos al otro y cada uno se constituye como sujeto en red, responsable de su actuar en conjunto en la toma de decisiones.

II.2 “Rol del Trabajo Social en APS: la Profesión Matricial”

En el siguiente apartado se desarrollará el rol atribuido a la profesión en instituciones de salud, para responder al interrogante sobre **¿cuál es el lugar asignado a la profesión?** Para ello citaré lo que plantea Marilda Iamamoto, quien postula al trabajo social como “*una especialización del trabajo colectivo dentro de la división social y técnica del trabajo, participe del proceso de producción y reproducción de las relaciones sociales*” (Iamamoto, 1998: 46). Esta labor se desempeña como un trabajo asalariado (como las demás

profesiones) conforme a las incumbencias profesionales y a la institución empleadora, que generalmente es el Estado.

El trabajo en efectores de salud de la ciudad de Rosario posee ejes organizadores, tales como, el proceso de adscripción, la clínica ampliada, el equipo de referencia y **apoyo matricial**, sumando también el trabajo intersectorial.

Desde la Secretaría de Salud y el Departamento de Trabajo Social -quien aglutina a la profesión del sector salud municipal- elaboraron conjuntamente un documento que establece cuáles son las principales tareas que debe realizar un profesional de Trabajo Social, dicho documento estima las siguientes funciones: *“intervenciones de asesoramiento, de abordaje de situaciones problemáticas de lo individual/familiar, grupal y/o comunitario, fortalecimiento de la dimensión interdisciplinaria de las intervenciones, de trabajo interinstitucional e intersectorial y desarrollo de la actividad docente y de investigación”*. (Campagna, 2015:70).

Por lo tanto, el rol del TS en el campo de la Salud, más precisamente en los CS y partiendo del lineamiento paradigmático de la salud integral¹⁰, implica pensar que el abordaje de la carencia de bienestar, debe ser mancomunado desde una multiplicidad de dimensiones, donde la **interdisciplina**, como así también lo interinstitucional y su puesta en acto, son fundamentales para revertir la situación con las que interviene. En APS las intervenciones se realizan por medio de ejes organizadores, entre ellos se encuentran: el proceso de adscripción, equipos de referencia y el apoyo matricial, entre otros, como mencionamos anteriormente. La **adscripción** es definida por el área de responsabilidad que posee un CS en el territorio, es decir, cada una esas instituciones posee una delimitación geográfica definida. En donde *“cada equipo de referencia de los centros municipales, asume en su relación con la población adscripta, la responsabilidad por el cuidado de su salud y actúa como su agente en la red de servicios a fin de asegurar que se logren todas las*

¹⁰Este paradigma corresponde a considerar la relación salud-enfermedad como resultantes de las múltiples causalidades (bio-psico-social y ambientales) del sistema.

intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales” (Campagna, 2015:74). En este sentido, a los/as usuarios/as que ingresan a la institución -si pertenecen a la zona de influencia del efector y constatando que no poseen cobertura médica- se le abre una **Historia Clínica Familiar** y se les asigna un equipo de referencia conformado por clínico/a, pediatra, generalista y enfermero/a, donde cada equipo posee una población a cargo y así reemplazando la idea de médico/a de cabecera.

La conformación de los **equipos de referencia** tiene la finalidad de no superponer intervenciones con las mismas familias y, además, generar un vínculo entre el profesional y el usuario para así llevar a cabo un proyecto terapéutico, que se efectiviza a través de la interdisciplina. En el documento “Hacia un proyecto sanitario integral” (2011:3), se explica la propuesta del trabajo matricial en salud, que consiste en *“Reestructurar la modalidad de trabajo de los profesionales de especialidades básicas que atienden hoy en consultorios externos (...) médicos (pediatras, clínicos, generalistas) y enfermeros con población a cargo interactuando con otras disciplinas como soporte a sus intervenciones, (psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, toco-ginecólogos), trabajando interdisciplinariamente y contextualizando sus prácticas”*. Por lo tanto, el apoyo matricial amplía las posibilidades de composición interdisciplinaria de los proyectos terapéuticos.

Lo expresado hasta aquí implica un proceso intelectual del profesional matricial, como es el caso del Trabajo Social ya que este permite *“resignificar la demanda institucional, mediándola con complejos sociales más amplios que la determinan, y en cuya interrelación adquiere sentido y significado (...) el profesional niega la inmediatez, reconstruyendo la demanda institucional, reconociendo en ella el por qué, el para qué y el cómo de los hechos y procesos sociales”* (Gianna, 2011: 60).

Si bien todo lo mencionado hasta aquí nos permite comprender parte de las principales funciones y atribuciones a la profesión dentro de salud pública, éstas se pondrán en discusión en los *“Revueltos Gramajos”* que funcionaron como espacios de encuentro y

diálogo entre lo/as TS, problematizando las prácticas profesionales, las políticas públicas y las nuevas necesidades sociales.

II.3 “El Revuelto Gramajo”

Desde el año 2011 se comenzaron a gestar estos espacios, con el apoyo de la coordinación del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud. El punto de encuentro entre los/as profesionales que asisten a estas instancias era el auditorio del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatoria de Rosario); actualmente y con el cambio de coordinación se llevan a cabo en distintas dependencias municipales, tales como el Distrito Norte “Villa Hortensia”, en el auditorio del Hospital de Niños “Victor J. Vilela”, El Hospital “Int. Gabriel Carrasco”, entre otros.

“Los revueltos surgen a partir de una propuesta de socializar todas las experiencias que estábamos teniendo para que no queden aisladas y por eso se hace el revuelto (...) lo generamos a partir de decir: bueno, este centro de salud está haciendo esto, este hospital está haciendo esto, por qué no encontramos un espacio donde charlar sobre esto y después pensamos estrategias... fue un momento en el que, no solamente empezamos con el revuelto, empezamos también por áreas, empezamos a trabajar con Niñez y con Adultos mayores que eran dos áreas que nos preocupaban mucho pero lo que se sostuvo fue lo del revuelto”.(Inf. C.2).

El Revuelto Gramajo está dirigido específicamente al colectivo de profesionales de Trabajo Social que pertenecen a la órbita de la Secretaría de Salud Pública, con la finalidad de generar encuentros para pensar las intervenciones que se realizan en los efectores donde se desempeñan laboralmente. Además, son instancias donde se hace una pausa y se reflexiona no sólo sobre las prácticas, las funciones, competencias e incumbencias sino que también sobre la realidad de los barrios, del territorio.

“Nuestras prácticas ya desde lo metodológico, desde lo ideológico y de lo político, tiene que ver con esto, digamos con estar cerca de los sectores que tienen vulnerados sus derechos y acompañar todos sus procesos históricos de reivindicación de derechos y de autonomía de los sujetos por eso, digamos tiene que ver con eso los revueltos” (Inf. C 1).

Por otra parte, el Revuelto Gramajo funciona como instancias de formación continua, *“La idea fue discutir cuestiones disciplinares, empezar a juntarnos, a discutir nuestras prácticas colectivamente, a discutir cuestiones que tienen que ver con la metodología, las intervenciones propias, las problemáticas y también mucho con la capacitación. Por eso hemos apelado a la Escuela de Trabajo Social, a las diferentes cátedras, hemos organizado seminarios con especialistas, por ejemplo en narcotráfico, hemos organizado seminarios con Norma y Efmia”* (Inf. C .1).

II.4 Antecedentes del Documento en rechazo a la gestión de la TUC

A continuación realizaré una **síntesis de algunos de los temas** tratados durante el período **2015 – 2016** que considero resultan antecedentes del escrito en rechazo a la gestión de la TUC. Para ello, he utilizado mis propios cuadernos de campo, como también de mis compañeras de práctica en el CS.

II.4.1 “Competencias y funciones de un/a profesional de Trabajo Social en Salud”.

El primer revuelto fue realizado en el auditorio del CEMAR el 27/04/2015, a cargo de la docente de la Escuela de Trabajo Social Lic. Sandra Ripoll. Se trabajó en grupos y se debatió sobre las consignas: 1) *¿El Centro de Salud conoce a todas las personas que viven en el radio?;* 2) *¿El seguimiento de un “caso” o “situación” implica la solución del mismo?;* 3) *¿Los Hospitales tienen más recursos que los Centros de Salud para atender necesidades de los usuarios?;* 4) *¿Las personas tienen que ser acompañadas porque “no pueden”?;* 4) *¿Los/as Trabajadores/as Sociales se “hacen cargo” de lo que les*

corresponde a lo/as otrxs profesionales del equipo?; 5) ¿Si quiero derivar, siempre obtengo una respuesta negativa?

En uno de los grupos en el que participé surgieron las siguientes reflexiones, en torno al primer supuesto: se consideró FALSO que el Centro de Salud conozca a todas las personas del barrio debido a que es imposible conocer a toda la población de la zona de influencia del CS y que no es una función atribuida del Trabajo Social exclusivamente.

Con respecto a *“Los Hospitales tienen más recursos que los Centros de Salud para atender necesidades de los usuarios”* se manifestó que ambas instituciones cuentan con los mismos recursos y en cuanto a los tecnológicos son parecidos también. Lo que aparece como obstáculo es el espacio físico.

En relación a *“Las personas tienen que ser acompañadas porque “no pueden”,* se sostuvo que había que tener en cuenta el tipo de acompañamiento del que se tratara, y las profesionales manifestaban que no sólo el TS acompaña, que es importante pensar en la autonomía o acompañamiento comunitario, entre familiares o vecinos. Enfatizaban que es imprescindible acompañar los procesos y dejar como última instancia el cuerpo a cuerpo.

En relación al supuesto *“Los/as Trabajadores/as Sociales se “hacen cargo” de lo que les corresponde a lxs otrxs profesionales del equipo”* se ha discutido la idea mal entendida sobre la integralidad, diferenciaron entre TS especialistas y TS generalista, y propusieron que sería de gran importancia *“que haya un tercero en estas discusiones para poder llegar a construir algo”*.

Por último, se propusieron como estrategias superadoras a los obstáculos presentados: el trabajo en equipo y poner **límites a la intervención**. En el siguiente revuelto se vuelve a trabajar este tema.

II.4.2 “Construcción de la especificidad del Trabajo Social en Salud Pública”

Este encuentro fue realizado en el auditorio del CEMAR el 2/06/2015, donde se retomó la cuestión de las competencias y funciones del Trabajo Social en Centros de Salud. Se comenzó a discutir sobre los siguientes supuestos:

Supuestos sobre el acompañamiento a las personas en cuestiones puntuales: en mi grupo planteaban las colegas que hay que generar personas autónomas para que puedan realizar los distintos trámites, ya que en su mayoría los trámites sociales implica que ellos mismos deben **movilizarse** para realizarlos. Pero nos preguntamos *¿estas cuestiones son supuesto o mitos?* Además se discutió sobre la significación del acompañamiento, *“hay que tener en cuenta los motivos por los cuales el o la paciente no puede asistir a un determinado lugar, ya sea porque no tiene dinero para los pasajes del colectivo o porque no sabe, no se ubica, entre otros motivos”*. Se ha puesto en primer lugar el empoderamiento como elemento fundamental para que puedan conocer y defender sus derechos.

En cuanto al supuesto *Los/as Trabajadores/as Sociales se “hacen cargo” de lo que les corresponde a lo/as otro/as profesionales del equipo*, las/os colegas han sostenido que esta cuestión depende de las incumbencias profesionales de los/as que intervienen en una determinada situación, también mencionan que los médicos y los psicólogos tienen los límites bien marcados y el trabajo social no, debido a que tenemos conocimiento sobre la institución, las normativas, el organigrama institucional y por lo tanto los/as demás profesionales le dicen a los pacientes *“anda con la T.S que él o ella te va a orientar”*.

Con relación al supuesto *“si quiero derivar siempre obtengo una respuesta negativa”*, lo que primero que se trató fue qué se entiende por derivación, es decir, derivación de otro profesional o hacia otra profesión como también si se deriva del primer nivel de atención (APS) al segundo nivel de intervención (Hospitales de Mediana Complejidad), esta última cuestión tiene que ver con las instancias del proceso de atención en salud pública en el

municipio de Rosario y que además se relaciona con la complejidad que posee la institución donde se desempeñe un TS, ya sea CS u Hospitales.

Durante el desarrollo de este revuelto, se ha tratado reiteradamente el tema de los límites en la profesión. Es decir, para discutir sobre competencias y funciones, ha cobrado mayor auge el debate acerca de los límites de la profesión. Por lo que, considero que estos dos encuentros son un antecedente del Documento TUC, ya que son la base para interpelar el componente asistencial en salud pública.

II.4.3 “Los principales lineamientos y perfil profesional”

Este encuentro fue realizado el 6/07/2015, y la propuesta de trabajo fue relacionar los lineamientos de la profesión del TS, el perfil profesional y **delimitar el trabajo**. Para ello se analizan posibles situaciones que pudieran llegar al efector de salud y cómo se abordarían.

Las situaciones planteadas fueron: el Informe Social, la **Tarjeta Única de Ciudadanía** y un conflicto escolar. En el grupo que participé se trató el tema del informe social, para ello se armó un listado con los informes que se realizan en los efectores de salud, ya sean CS u hospitales. Entre las situaciones más frecuentes de realización de informes se enumeraron las siguientes : 1) ASU¹¹ (Ayuda Social Urgente); 2) SPV -Servicio Público de la Vivienda, Municipalidad de Rosario-; 3) CUDAIIO (Centro Único de Donación, Ablación e Implantes de Órganos); 4) CILSA (Centro de Integración Libre y Solidaria de Argentina) entre otras ONG'S, para la gestión de elementos ortopédicos; 5) Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales de Rosario, para la gestión de pensiones no contributivas –por vejez, incapacidad laboral, o madres de 7 o más hijos–; 6) Tribunales Provinciales; 7) Dirección

¹¹ Corresponde a una prestación dineraria puntual que financia la Política de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe. Para más detalles ver: Garma, M. y Zampani, R. 2016.

de Infancias y Familias y otras reparticiones de la Secretaría de Desarrollo Social municipal; 8) Dirección Provincial de Niñez.

A partir de ellos se ha puntualizado que los informes se realizan en el marco de una intervención por salud o cuando el usuario solicita uno para que el Estado le garantice un derecho. Como también manifestaban que los informes sociales deben ser acompañados por todo el equipo de salud, además surgieron interrogantes como: si la política asistencial es un derecho ¿por qué se debe acreditar la pobreza?

En relación a los informes que se realizan en el marco de una cuestión de salud del usuario, se planteaban los/as colegas cómo priorizarlos, **¿por qué delimitarla a que sea una “situación de salud”?**

En este encuentro se ha tratado el tema de los límites en los centros de salud, por la amplitud de demandas que ingresan. Los/as colegas afirman que *“la política pública no se comprime en el TS”*, como también mencionan que *“no hay otro lugar para lo social-asistencial en los barrios que no sea el CS”*.

Para cerrar este encuentro, se han puesto de manifiesto los siguientes interrogantes: *¿Somos garantes de la interdisciplinariedad?, ¿cómo lograr que se agenden los problemas persistentes en los barrios?* Por otra parte, se propusieron definir los procesos de trabajo dentro de la Secretaría de Salud Pública, que el colectivo profesional se debe poner de acuerdo en algunos términos generales para realizar un **documento que incluya qué de lo social-asistencial debe abordar el trabajo social.**

Recapitulando, este encuentro resulta fundamental debido a que incipientemente se comienza a problematizar la vinculación de la salud pública con la asistencia social en el sistema de salud en la ciudad, y cómo repercute en los/as profesionales de Trabajo Social de los Centros de Salud, ya que en estas instituciones se canalizan una diversidad de demandas. Además, plantearon como solución para marcar los límites en la profesión

comenzar a intervenir desde la presunción de *problemas de salud*. Es interesante remarcar que, en el listado de situaciones para la realización de informes, predominan los que se realizan para gestionar recursos o acceso a distintas prestaciones asistenciales. Sin embargo, éstos también son frecuentes a la hora de solicitar intervenciones de otras reparticiones, o para responder a pedidos de intervención de otras instancias públicas o privadas, **que no necesariamente se vinculan a problemas de salud**. Por ejemplo, cuando está en cuestión la vulneración de derechos de la infancia en el marco de la Ley N° 26061.

II.4.4 Ponencia: “Procesos de trabajo en la profesión del Trabajo Social”.

El Revuelto Gramajo realizado el 30/09/2015, a cargo de la Lic. en Comunicación Social Norma Valentino, tuvo como propuesta de trabajo **organizar y delimitar el trabajo en Centros de Salud y Hospitales**, la disertante tomó como base los temas discutidos en los encuentros anteriores. Para fundamentar su propuesta de trabajo, se basó en el artículo publicado en Revista Cátedra Paralela, denominado “*¿Quién cuida al trabajador social?*”, así como las reflexiones de la autora Silvia Bleichmar en torno a la diferenciación entre responsabilidad (dentro del orden jurídico) y culpa (subjetiva/moral), frente a un tercero, y el texto de Lorena Figueras “Cuidar a los que Cuidan”. Además, se ha basado en legislaciones que regulan el accionar profesional como es la Ley Federal de Trabajo Social N°27.072¹², sancionada el 10/12/2014 y promulgada el 16/12 del mismo año.

Valentino comenzó la ponencia discutiendo sobre la organización del trabajo, incluyó el análisis sobre la división social y técnica del trabajo, mencionó las diversas modalidades de

¹² La presente Ley dispone en el art. 1, que su objeto es establecer el marco general para el ejercicio profesional de trabajo social en todo el territorio nacional, sin perjuicio de la aplicación de las normas locales dictadas por las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto a los objetivos propuestos son: a) Promover la jerarquización de la profesión de trabajo social por su relevancia social y su contribución a la vigencia, defensa y reivindicación de los *derechos humanos*; b) establecer un marco normativo de carácter general para la profesión de trabajo social en Argentina; c) Establecer las incumbencias profesionales de los/as trabajadores sociales en todo el territorio nacional; d) Regular los derechos, obligaciones y prohibiciones en relación al ejercicio profesional de trabajo social. Entre otros.

gestión de la fuerza de trabajo, ya sea paternalista, democrática, autoritaria, participativa, etc. Para luego, dar paso a la lectura del material producido por los/as participantes de los Revueltos¹³.

En las distintas reuniones del revuelto, se ha discutido en torno a:

- ✚ Reflexión sobre el “Lugar de trabajo” como organización. El trabajo en el territorio, lugar donde se encuentran todos los problemas, se basa en el principio de *integralidad*, todo recae en el Centro de Salud.
- ✚ Equipos. El trabajo interdisciplinario, citando a la Ley Federal de Trabajo Social, ésta habla de pluridisciplinar, es decir, donde las diversas disciplinas se integran y le otorgan otra mirada (integral) a la situación tratada.

A partir de lo expresado, entre lo/as colegas surgieron señalamientos e impresiones acerca de que *“la carencia se junta con el exceso”*: El trabajo *“territorial”*, que según la disertante se debe a la *“Falta límites”* en la intervención profesional.

Además, Valentino mencionó algunas estrategias a tener en cuenta al momento de establecer relaciones inter institucionales desde los CS u Hospitales para con el resto de la red de salud, los ejemplos que brindó fueron: dirigir por medios oficiales ya sean comunicaciones, memorándums, o documentos para tomar parte de situaciones que deberían ser tomadas por otras dependencias.

Apreciaciones: Este revuelto es uno de los más interesantes, representa un verdadero **antecedente del documento TUC** ya que se comienzan a utilizar los escritos (comunicaciones, memorándums, etc.) como estrategia para expresar los malestares dentro del CS y/u Hospital. Además, en este revuelto se comienza a discutir la dimensión

¹³ Norma Valentino, en la presente ponencia ha afirmado que entiende a los revueltos gramajo como dispositivos que tienen como objetivo disminuir la angustia de forma colectiva, además recupera los aportes de Lorena Figueras para afirmar que, la recuperación de los espacios de encuentros de supervisión, generan un saber hacer y en definitiva, esto caracteriza a los revueltos gramajo.

territorial que presentan dichas instituciones, ya que, desde la Secretaría de Salud Pública de Rosario, se priorizó la instalación de CS en “*aquellas zonas más desvinculadas de los servicios públicos*” (Campana, 2010:249). Por lo que, la idea de comenzar a discutir sobre **delimitar el trabajo y/o las intervenciones** en salud deviene, entre otras cuestiones, de que los CS son frecuentemente la única presencia estatal en los barrios, a consecuencia de ello, ingresan una multiplicidad de demandas y la complejidad que presentan las situaciones abordadas, son algunos de los factores condicionantes que explican la percepción de sobrecarga y desgaste en dichas instituciones.

II.4.5 “Los límites de la profesión”

En el revuelto llevado a cabo el 26/10/2015, a cargo de Norma Valentino, se siguió trabajando la propuesta desarrollada en el encuentro anterior, cuyo tema fue “límites de la profesión y desborde de demandas en efectores de salud”. Se trabajó sobre una serie de consignas propuestas¹⁴.

Comenzaron la ponencia con el interrogante *¿Qué es lo que encuadra mi trabajo?* En el cual, se nombraron leyes específicas de la profesión como la N° 27.072, la Ley de Salud Mental, de la Protección Integral de los Derechos de las niñas niños y adolescentes N° 26.061.

Bloque: los límites de la profesión

Para hablar de límites, se tomaron los insumos de Bleichmar, del texto denominado “*Trabajar con lo posible*” es decir, con qué leyes, qué políticas públicas, qué instituciones, qué barrio/territorio y qué secretaria de Salud. Sostenían que los Centros de Salud- además

¹⁴ Las consignas para el encuentro, consistieron en: 1) registrar todas las tareas realizadas en un día o dos de trabajo; 2) Si realizo tareas con otro profesional; 3) Diferenciar las intervenciones hechas en equipo o en forma individual; 4) ¿Cuáles de ellas protocolizadas? Si las hubiera donde aparece ¿el trabajo artesanal? .Especificando el nombre de la institución y su localización.

de la escuela- aún siguen como el único representante del Estado a los fines de morigerar el conflicto y la violencia social, parafraseando a Saúl Karz.

Además, realizaron un análisis de la sociedad “actual” para ese entonces, que la denominaban “*resaca del neoliberalismo*” que presentan las siguientes características, devastación, anomia, ruptura del lazo social, soledades, impunidad, es decir, aquella violencia que no recibe sanción por parte de la sociedad, por otra parte, el hecho de no ver al otro como semejantes.

Bloque: El Desborde

“¿*Cuáles son los bordes que sienten que se pierden?*” interrogaban las disertantes para que reflexionaran sobre cuáles son los bordes en su lugar de trabajo, por lo que es necesario ubicarlos, señalarlos y definirlos.

El **Grupo 1** expone que el desborde se evidencia al momento de intervención debido a la “*superposición y la amplitud de la demanda simultánea*”. Se genera un “*desborde intelectual*” ya que es necesario “*responder en el día*” y teniendo en cuenta el “*volumen de trabajo, calidad de demanda*”, generando de este modo situaciones de desborde. Además recalcaron el hecho de establecer incumbencias en los equipos interdisciplinarios, como también expresaron que las lógicas institucionales “*discursivamente son una cosa y en la práctica son otra*”. Por último han manifestado que no hay ciertas lógicas procedimentales, dan como ejemplo la cuestión de “*lo habitacional, no se puede reglamentar, todo el tiempo hay que argumentar. Falta la política pública, el programa.*”

Grupo 2: Manifestaban que no es lo mismo la demanda que reciben los Hospitales que los Centros de Salud. Sostenían como hipótesis que existe un “*abandono de los Centros de Salud*”. Mencionan que es una decisión política que el Centro de Salud sea la única presencia estatal en el territorio, si se parte de la concepción amplia de salud (salud integral), entonces “*todo compete a salud*”.

Grupo 3: Aquí se ha recalcado el tema del “*riesgo de vida*”, es decir, la indignación de la falta de recursos. “*El límite a veces pareciera que se corre por la urgencia pero cuando aparece otra instancia como ese otro no conoce la situación y la pateea*”.

Grupo 4: Este grupo, planteaba que llegan situaciones que no son tomadas por otras instituciones y los/as profesionales de otras disciplinas poseen un imaginario de que el TS está siempre disponible, y “*no se puede sostener la agenda que uno hace*”, la gente no puede esperar, además expresaban “*hay que estar disponible siempre, hay una gran cantidad de situaciones*”, lo cual implica una constante sensación de falta de tiempo y desborde intelectual.

Concluyendo: Este revuelto es una continuidad de la anterior ponencia, que además estuvo marcado por las sensaciones y las percepciones expresadas anteriormente por las/os colegas de salud, donde pudieron manifestar sus dificultades al momento de intervenir en sus lugares de trabajo. En cuanto a los límites en la profesión desde el ámbito de la salud, **se ha propuesto que las gestiones tanto de la TUC como de la ASU, entre otras prestaciones de índole económicas, se realizaran en aquellas situaciones donde se evidencia que el/ la paciente posee un tipo de patología (problema de salud)**. Por otra parte, en este encuentro, las profesionales invitadas expresaron que se debería redactar un documento donde se expongan las principales problemáticas a las que se enfrentan los diversos programas sociales con los que interviene el Trabajo Social. Con lo que se puede afirmar que este fue otro antecedente más del Documento TUC.

II.5 Revuelto Gramajo 2016

II.5.1 “Debatir de Asistencia Social”

El primer encuentro del año 2016 fue realizado en el auditorio del CEMAR y estuvo a cargo de las/os colegas Trabajadores/as Sociales que forman parte del espacio, en donde se leyó colectivamente el texto escrito por la Dra. Melisa Campana¹⁵ “Debatir la Asistencia Social: una apuesta estratégica”.

El texto de Campana utiliza como referente empírico a la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario. A partir de estudiar la estructura programática de la Secretaría, como la estructura presupuestaria, muestra la exigua asignación de recursos en relación, por ejemplo, a la Secretaría de Salud Pública, y, asimismo, el predominio de acciones vinculadas a los aspectos no materiales de la pobreza, es decir, hay predominio del componente promocional en relación al asistencial.

“Mientras la dimensión asistencial se asocia a la transferencia de recursos materiales (en especie o en dinero) y es definida como transitoria y paliativa, la dimensión promocional apunta a generar cambios a nivel de la subjetividad de los sujetos-objeto de las intervenciones y por ello se concentra en los aspectos “no materiales” de la pobreza. En el caso del Municipio de Rosario es clara la preeminencia de la dimensión promocional, lo que se observa en el diseño e implementación de políticas sociales pensadas más como espacio de resocialización que de compensación distributiva o de restitución de derechos” (Campana, 2015: 2).

Consideraciones: En este revuelto toma mayor consideración la discusión en torno al proceso de re-asistencialización que sufrió la salud pública en la ciudad de Rosario durante

¹⁵ Dra. Melisa Campana es investigadora del Conicet y docente en la Cátedra Trabajo Social I de la carrera Lic. en Trabajo Social de Facultad de Ciencia Política y RR II, Universidad Nacional de Rosario.

los años 90 de la mano de la gubernamentalidad neoliberal, reflejado en parte, en el presupuesto asignado a la salud pública, debido a que éste es mayor al que recibe la secretaría de Desarrollo Social. Además, se trató el rol de los CS como estrategia de territorialización, que tiene como fin” *garantizar mayores niveles de accesibilidad al sistema dado, entre otras cosas, la cercanía de los efectores del primer nivel a la población*” (Campana, 2010:250). Por lo tanto, en el seno de los espacios del R.G la disputa sobre la asistencia cobra mayor auge entre lo/as colegas en un contexto socioeconómico desfavorable para los sectores más excluidos de la sociedad y una consecuencia de ello es el aumento del costo de la canasta básica de los alimentos que desencadenó la abundante demanda de asistencia alimentaria en los Centros de Salud.

II.5.2 “Elaboración del escrito en rechazo a la gestión de la TUC”

En el encuentro del 23/09/2016 se elaboró el Documento en rechazo a la gestión de la TUC en efectores de Salud. Las/os colegas manifestaban que recibían una abundante cantidad de demanda de **asistencia alimentaria**, ya sea por la TUC o por comedores comunitarios¹⁶. Para ello se realizó un relevamiento entre todas/os las/os TS de los diferentes efectores de salud, ya sean Hospitales o Centros de Salud que gestionan TUC o de aquellos/as pacientes que preguntaron por el mismo durante el mes de agosto. Se llegó a la conclusión que “(...) *Del total de las TUC demandadas y gestionadas en los efectores de salud en el período mencionado, sólo el 25 % se consideró un recurso pertinente de ser tramitable en el marco de un proceso de atención de salud*” (Documento TUC 2016).

¹⁶ Según la nota periodística de Laura Hintze, “*Historias y realidades de los comedores comunitarios de Rosario*”, en el diario Rosario Nuestro (consultado el 16/10/2017). “La cantidad de familias que solicitan raciones de comidas en los barrios **se ha duplicado**”, sumó Gerardo Boggino, militante del Movimiento de Trabajadores Excluidos. “Nosotros estamos en diálogo con otras organizaciones y sabemos que **el escenario se repite en todo el país**”. Boggino explicó que los **comedores y merenderos** se abren espontáneamente en los barrios. “Por cuenta y necesidad de los vecinos. Ya no se espera al Estado para la ración. Nosotros nos enteramos y nos acercamos como Movimiento para aportar lo que se pueda y distribuir la mercadería lo mejor posible”.

Ante esta cuestión las/os colegas se preguntaban qué respuesta le damos al paciente que llega al Centro de Salud, ¿Sí no posee un **problema de salud**? Pero la TUC, al ser un instrumento de la política alimentaria de la Secretaría de Desarrollo Social, las/os TS de Salud, no poseen gobernabilidad sobre ella, en palabras de las/os colegas *“Se nos genera un dilema ético sobre la política ya que no tenemos gobernabilidad, porque es una política de Desarrollo Social”* (Documento TUC 2016).

Para ello, acordaron elaborar el escrito en rechazo a la gestión de la TUC en efectores de Salud, por lo que solo se realizaría el trámite si el/la usuaria presentara algún tipo de patología, en caso contrario se los deriva a otras dependencias de la secretaria de desarrollo social, como los CCB por ejemplo.

Reflexiones: La medida tomada por los/as colegas, de rechazar la gestión de la TUC, es producto de todas las discusiones que se llevaron a cabo en los Revueltos Gramajo durante 2015 y parte del 2016, que giraron en torno al rol asistencial que cumplen los CS dentro de la secretaria salud pública en la ciudad de Rosario, así como también sobre la necesidad de “poner límites” a la intervención profesional dentro de APS y en Hospitales.

Pero aquí es necesario mencionar que el rechazo a la gestión de la política de asistencia alimentaria pone de manifiesto una cuestión que excede el caso puntual de las TUC y que tiene que ver con **que existe en el Trabajo Social un rechazo a la dimensión asistencial de la intervención**. *“Renegar de la asistencia, deslegitimarla como práctica válida y como campo de intervención, ha hecho muy difícil discutirla en clave de derechos”* (Campana, 2016:1).

Como se ha anunciado anteriormente, de la multiplicidad de demandas que ingresan, la gestión de la TUC no es la única que no está directamente vinculada a procesos de salud/enfermedad, sino que existen otras como son la violencia intrafamiliar, vulneración de derechos de niño/as y adolescentes, entre otras. Lo llamativo es que frente a estas situaciones no hay un reconocimiento de ello como problema, sino que el tema del

desborde y de la sobrecarga de demandas en los efectores de salud, cobra mayor interés cuando se requiere realizar una intervención de tipo asistencial. Por lo que la decisión de rechazar la gestión de la TUC desde efectores de salud, puede asociarse a la posición frente a lo asistencial mencionada, que ameritan una reflexión especial.

II.5.3 “Lo que generó el Documento TUC...”

El revuelto fue realizado el 24/10/2016 donde se discutieron varias temáticas, pero la más importante fue la evaluación que realizaron las/os colegas en cuanto a los “resultados” obtenidos a partir de la circulación dentro de la Secretaría de Salud Pública del documento en rechazo a la gestión de la TUC. El Documento TUC fue presentado a la dependencia de Servicios de Salud perteneciente a la Secretaría de Salud Pública, como también se expuso en una reunión de la Dirección de Centros de Salud donde se encontraban todos los coordinadores de los diversos distritos de la ciudad. En la primera instancia, la recepción del mismo fue buena, pero cuando fue presentando en la Dirección de CS fue muy discutido mencionaba la Coordinadora del Departamento de TS, *“pero estaban de acuerdo con nuestra postura”*. La coordinadora planteaba que este tema se debe instalar en el Gabinete Social¹⁷.

Acto seguido se vuelve a releer el comunicado de la TUC, y se discute sobre la demanda espontánea solicitando la TUC y se estableció que todos aquellos que ingresan a los efectores de Salud solicitándola, se los iba a acompañar en el proceso de gestión de la misma, en alguna dependencia de la Secretaría de Desarrollo Social, como el CCB (Centro de Convivencia Barrial). Por último, se plantean los/as colegas *“¿De qué modo le transmitimos a la población que no vamos a tramitar más TUC?”* Una de las informantes respondió cuando se le preguntó por cómo se les transmitían a lo/as usuario la no gestión de

¹⁷ El Gabinete Social está compuesto por las Secretarías de: Desarrollo Social, de Salud Pública, General, de Cultura y Educación, de Economía Social, de Producción y Desarrollo Local, de Gobierno; el Instituto Municipal de la Mujer, el Servicio Público de la Vivienda y Hábitat.

la TUC, afirmó que “*Uno a uno, hablando no había otra manera, no hubo otra forma, no hubo otra posibilidad, fue el uno a uno (...)*” (Inf. C.2).

Concluyendo: Si bien el documento tuvo una buena recepción por parte de Servicios de Salud, fue ampliamente discutido por algunos miembros de la Dirección de Centros de Salud pero finalmente firmado por sus autoridades.

Haciendo una preliminar reflexión, surgen los siguientes interrogantes ¿la medida adoptada por el colectivo fue la más acertada? ¿Se pudo haber escogido otra manera de expresar la situación de emergencia alimentaria persistente en los barrios más vulnerables de la ciudad de Rosario? ¿*De qué modo le transmitimos a la población que no vamos a tramitar más TUC?* ¿Qué pasará con la población que necesita satisfacer sus necesidades alimentarias y no llega a los efectores encarados de gestionarla?

II.5.4 “La asistencia social en Rosario”

Este es el último revuelto en el que participé, fue realizado el 14/11/2016 y estuvieron presentes como invitadas las Trabajadoras Sociales Dra. Melisa Campana y la Lic. Mariana Servio, quienes forman parte de la Cátedra Trabajo Social I de la carrera Lic. en Trabajo Social de Facultad de Ciencia Política y RR II, Universidad Nacional de Rosario, y vienen trabajando en sus respectivas investigaciones acerca del derecho a la asistencia social. Asimismo, Campana trabajó especialmente, en su tesis doctoral, la función asistencial de la Atención Primaria de la Salud de Rosario y cómo, en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, se produjo un proceso de re asistencialización de la salud pública.

En la jornada propuesta para el día de la fecha, Melisa pregunta a lo/as allí presentes, qué entendían por *Asistencia*, la/os colegas responden que se encontraba relacionada con las Necesidades Básicas Insatisfechas, con el tema de vivienda, como también mencionan que a partir de una demanda que ingresa en algún efector de la Red de Salud local, se interviene asistencialmente, además relataban lo/as colegas que se trabaja más con el SAC (Servicio

de Acción Ciudadana) perteneciente a la Secretaría de Desarrollo Social, y que no había más turnos disponibles para derivar situaciones.

Campana, comenzó la exposición situando históricamente la profesión del Trabajo Social, el vínculo entre el surgimiento de nuestra profesión y la medicina higienista, y se remitió al interrogante que originó su tesis doctoral: “¿Por qué en cualquier circuito asistencial se tiene que pasar por salud pública?” Hizo referencia a que la lógica asistencial es constitutiva de la salud en Argentina, pero durante la década del 90 se produjo un proceso de re-asistencialización de la Salud en Rosario. La estrategia del municipio de Rosario fue potenciar la intervención de Centros de Atención Primaria de la Salud en los barrios “*más estallados y conflictivos*” de la ciudad.

La lógica asistencial de los Centros de Salud se debe a que como son instituciones más cercanas a la comunidad, poseen la responsabilidad de llevar a cabo los siguientes lineamientos: a) Prácticas de construcción de Salud Colectiva¹⁸: a través de los criterios de equidad, participación, prevención y promoción de la salud; b) Prácticas amplias y contextualizadas, es decir, desde un punto de vista que incluya la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad (Campana, 2010: 258). Por lo tanto, la autora sostiene que el concepto de “*Integralidad*” es clave para pensar en el funcionamiento asistencial que poseen los CS debido a que refiere a la “*clínica ampliada*” que supone intervenir en todas las circunstancias de la vida.

Lo/as colegas presentes se interrogaban al respecto, que “*Si nos hacemos cargo de la integralidad, después hablamos de sobrecarga de demanda*”, por lo tanto, las discusiones

¹⁸ Cabe destacar que en Latinoamérica es usual denominar “*Medicina Social a este paradigma, mientras que en Brasil se utiliza el término “Salud Colectiva”, ambos consideran que los fenómenos de reproducción social, la clase social y los procesos de trabajo son variables explicativas de los procesos de salud. Este último paradigma permitió abrir el abanico para incorporar a otras profesiones de intervención en lo social, como fue el Trabajo Social, primeramente su tarea estaba reducida a realizar informes socio-económicos, después su labor se fue ampliando junto con el concepto de salud integral y el trabajo en red*” (Boffa, Giannelli, Taborda 2017:4).

que se daban en los Revueltos anteriores se deben a esta cuestión. Por otra parte, se mencionó el Gasto Social Municipal, el 30% corresponde a Salud Pública, mientras que la Secretaría de Desarrollo Social solo se apropia del 7,4% aproximadamente, por ende, a simple vista se puede observar que la prioridad presupuestaria ha sido asignada a Salud Pública.

Para concluir este capítulo, a lo largo de la síntesis realizada sobre los Revueltos, el tema de la asistencia ha permeado casi todas las discusiones durante los tres años en el que participé, por lo que el hecho de convocar a las TS que realizan investigaciones sobre el tema, permitió reflexionar y brindar respuestas en torno a la función que cumple los CS dentro de la red de la salud pública de la ciudad.

Asimismo, desde el análisis del documento en rechazo a la gestión de la TUC, me permitió re-direccionar la discusión de “**¿a quién le toca tramitar la TUC?**”¹⁹, por una discusión sobre **¿cuál es la lógica de intervención en lo social?** dentro del municipio de Rosario. Para ello es necesario explicitar algunas consideraciones al respecto: por un lado, el presupuesto asignado a ambas secretarías tanto a salud como a desarrollo social y por el otro, el rol asistencial asignado a los CS en el marco de la lógica de territorialización en los efectores de salud.

En cuanto a la *dimensión presupuestaria* (Campana, 2014:139) como bien hemos mencionado con anterioridad, del presupuesto total del municipio de la ciudad de Rosario, salud se queda con el 30%, mientras que desarrollo social solo obtiene el 7,4%. Esta

¹⁹ Cuando nos referimos “a quién le toca”, estamos hablando de que la discusión no debe quedar estancada a quien le corresponde tramitar la TUC (la secretaria de Desarrollo Social o la Secretaria de Salud Pública), ya que esta cuestión se menciona en el documento TUC: “*Sostenemos que no se realizarán más gestiones en función de demanda espontánea de personas que circulan sin ser atendidas por el nivel central de la Secretaría de Desarrollo Social, Dirección de Gestión Territorial, o los CMD*”. (Documento TUC, 2016)

cuestión lleva a reflexionar sobre la priorización de la salud por sobre la secretaria de desarrollo social, dejando en evidencia el carácter residual y fragmentario que posee la asistencia, ya que para esta última secretaría la misma es entendida *“como medio para resolver las necesidades más inmediatas y la protección, en tanto situaciones particularmente diferentes que necesiten de una determinada intervención en función de mayor nivel de riesgo”* (Presupuesto, 2017). Es decir, se brindará asistencia en situaciones puntuales que impliquen un riesgo, el cual refleja el carácter residual del que hablamos.

En cuanto a la lógica de territorialización que presentan los CS y a partir de su distribución estratégica entre los barrios más empobrecidos de la ciudad, se convierten *“en instituciones del sector más cercana a la comunidad, tiene la responsabilidad de asegurar el desarrollo de los siguientes ejes de trabajo” (...)* *Prácticas de construcción de salud colectiva (...)* *Prácticas amplias y contextualizadas de atención de la salud, (...)* *asegurando la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema de salud”* (Campana, 201: 258)

De esta forma, los CS en la mayoría de los casos son la única presencia estatal en los barrios, como consecuencia de ello ingresan todo tipo de situaciones y es aquí donde el proceso de re-asistencialización entra en juego, ya que una de las condiciones de *“la función asistencial puede mapearse teniendo en cuenta la incorporación de profesionales de trabajo social, no sólo para las tareas tradicionalmente asignadas a esos agentes- ligadas a la denominada “asistencia directa”- sino también para cargos de gestión intermedia y central”* (Campana, 2010:246). Por ende, con la incorporación de TS en los CS, sumando lógica de territorialización, el esquema presupuestario de la secretaria de salud pública (SSP) y por supuesto la función asistencial que cumplen los mismos, dan cuenta de cómo estas instituciones *“se convierten en modalidad privilegiada del gobierno de la pobreza”* (Campana, 2010:269).

Por lo tanto, a partir de lo expresado, la medida de rechazar la gestión de la Tarjeta Única de Ciudadanía desde los CS por parte de los TS, *¿fue la medida más acertada?*, dado que una buena alimentación también es un tema de salud pública. En el mismo sentido, *¿no va*

en detrimento de la salud integral?, lo que se genera una contradicción sobre los principios fundamentales que lleva adelante la SSP. Pero realmente, *¿Se rechaza la gestión de la TUC porque no es una política de salud?* O la negación *¿tiene que ver con el rechazo que existe dentro de la profesión hacia lo asistencial?*

Particularmente considero que la resistencia a la gestión de la TUC, no fue una de las medidas más acertadas por parte del colectivo de Trabajo Social de Salud, debido a que teniendo en cuenta el contexto socio-económico del año 2016/2017 cuyas medidas perjudicaron a los sectores más vulnerables, sumado a ello, el negarle el derecho a la alimentación sin dudas contradice los principios y valores fundamentales del Trabajo Social.

CAPÍTULO III

“El Documento en rechazo a la TUC: un análisis de la medida”

Con el fin de contextualizar la emergencia del Documento es necesario establecer los cambios producidos en la estructura social argentina en los últimos años. Para ello se realizará una breve descripción de los derechos conquistados durante el período 2003- 2015 y las medidas llevadas a cabo con la asunción al gobierno de la Alianza PRO-CAMBIEMOS, que implicó un retroceso con relación a esos derechos.

III.1 La nueva institucionalidad del Gobierno Kirchnerista²⁰

En el año 2003 el gobierno de Néstor Kirchner presentó sus propuestas políticas en rechazo a las medidas neoliberales de la década anterior, para ello, el Estado debía cumplir la función de promover el desarrollo y generar un crecimiento económico con inclusión social sobre la base de la industrialización. El cumplimiento de ello, contribuiría a la disminución de los índices de pobreza e indigencia, que además debía ser acompañado por el avance en materia de derechos laborales (Hermida y Meschini, 2016: 45). Entre las conquistas legales que componen la “nueva institucionalidad” se encuentran leyes de diversa procedencia como por ejemplo: Ley de **Matrimonio Igualitario, de Identidad de Género, de Salud Mental, de Protección Integral de los derechos del niño, niña y Adolescente**, como también *“el plan Conectar Igualdad, la Asignación Universal por Hijo, la jubilación de las amas de casa, la derogación de las leyes de obediencia debida y punto final, el*

²⁰ Parafraseando a Paula Meschini y María Eugenia Hermida en su escrito “Nota sobre la nueva institucionalidad del Gobierno Kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias legales”.

programa de viviendas PROCREAR, la derogación de la Ley de Patronato de menores, la Ley de Servicios de Comunicación audiovisual” (Hermida y Meschini, 2016: 46).

Frente a este escenario, las políticas sociales también se vieron transformadas, donde se modificaron las operatorias llevadas a cabo durante el menemismo. Las nuevas políticas se caracterizarán por brindar una *“intervención integral, el abordaje territorial, la transversalidad, la propensión a la masividad de las prestaciones, la promoción del desarrollo local, la economía solidaria y la economía social como forma complementaria a la economía capitalista de mercado y la construcción de una nueva institucionalidad”* (Hermida y Meschini, 2016:46).

En lo que respecta a las políticas de asistencia alimentaria *“y en particular los comedores comunitarios, se difundió un diagnóstico sobre la pérdida de comensalidad (...) en los sectores populares, generadas a partir de la concurrencia sostenida a los comedores comunitarios (...) fundamentó la reformulación de parte de las entregas de alimentos y las propuestas de desarme de comedores”* (Arias, 2012:152). El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) fue creado en 2003 por la Ley 25.724, se incorpora como nueva modalidad la entrega de tarjetas magnéticas, que para Ana Arias fue una opción superadora debido a que los/as beneficiario/as pueden acceder a elegir los alimentos que quieran consumir, pero a nivel local, como es el caso de la TUC, algunos alimentos se encuentran restringidos.

Ahora bien, esta situación de mejora de los indicadores económicos del país, implicó que el Estado pos-crisis del 2001, llevara adelante el denominado *proceso de contra-reforma previsional* (Danani, Hintze, 2011: 104), que marcaría un cambio en torno a las políticas en materia de seguridad social en nuestro país. Las autoras lo ubican a partir de dos aspectos fundamentales: *“la clausura del sistema de capitalización individual, reemplazado por un único sistema de reparto; y la creación de una nueva institucionalidad. Al eliminarse las cuentas individuales existentes hasta entonces y las entidades que habían sido creadas*

para su administración (las administraciones privadas), transfiriendo los aportes de los empleados a una administración estatal centralizada” (Danani, Hintze, 2011:104).

A partir del mes de diciembre de 2015, con la asunción al gobierno de Mauricio Macri de la Alianza PRO- Cambiemos, una serie de cambios en materia de política económica desatan los índices de inflación. *“Entre diciembre 2015 y febrero de 2016 la inflación acumulada se ubicó entre 10 y 13% para los 3 meses comprendidos (diciembre, enero, febrero)”*. (CEPA, 2016:03). La inflación llega a su pico máximo de 19%, según la misma fuente. Pero ya entrando al año 2017 la inflación llega al 27,77% en la provincia de Santa Fe, el cual se traslada a los precios de los alimentos de la canasta básica incrementado el valor de los mismos.

Además se generó un incremento en el presupuesto asignado al pago de los intereses de la deuda pública, que tuvo como contrapartida el recorte en otras finalidades, como los servicios sociales, los subsidios a los combustibles y los transportes, perjudicando muy duramente las condiciones de vida de los trabajadores, jubilados, desempleados, como también las Pymes y clubes de barrio. Estos recortes de gastos sumando a la creciente desocupación, facilita la aceptación de condiciones laborales flexibilizadas. (Cufre, 2017).

El tema de los/as jubilado/as y pensionados/as merece un párrafo aparte. Durante el año 2017 el Estado nacional se propuso reducir el otorgamiento de pensiones no contributivas, es decir, se procedió al recorte de derechos en materia de seguridad social. David Cufre sostiene que el *“promedio de asignaciones de pensiones no contributivas cayó algo más de 10 mil por mes en 2015 a 4700 por mes entre enero de 2016 y enero de 2017. En esos 13 meses de gobierno de Mauricio Macri se aprobaron 61.900 pensiones, contra 125 mil del año anterior”* (Cufre, 2017:2).

En ese mismo año (2017) y desde la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se tomó la medida de suspender pensiones, un total de 55 mil beneficiarios quedaron sin recibir su haber mensual, debido a que *“(…) consideraron que no cuadraban*

en los requisitos para su adjudicación. Las arbitrariedades cometidas en esa tarea fueron generalizadas, ya que en el 40 por ciento de los casos el Ministerio tuvo que corregir su decisión inicial, que había tomado luego de realizar un simple cruzamiento de datos por medios informáticos sin revisar caso por caso en el terreno”(Cufre, 2017: 2).

En cuanto a las jubilaciones, el 18 de diciembre de 2017, se aprobó la **Ley de Reforma Previsional N° 27.426** que se propone diversos cambios, entre los que se encuentran: la edad jubilatoria, el índice de movilidad y el sistema de reparto. En cuanto a la edad, rige la opción voluntaria para extender la edad para jubilarse, en el caso de quienes no completan los 30 años de aporte, otra de las modificaciones *“se trata del índice que establece dos aumentos anuales de haberes a partir de una fórmula que tiene en cuenta la recaudación y el índice de salarios medido por el INDEC o el Ministerio de Trabajo”* (Barca, 2017:1) Es decir, se actualizarán en forma trimestral en base a un sistema combinado entre la variación de la inflación (en un 70%) y del aumento salarial promedio (un 30%).

Por otra parte, Norberto Alayón en el reciente libro denominado “No al macrismo desde el Trabajo Social” sostiene:

“El clamor popular de que “Macri gobierna para los ricos”, ya es una constatación irrefutable. El empeoramiento es tan marcado, con la generación de 1,5 millones de nuevos pobres y 600 mil nuevos indigentes en tan solo un año, que ni siquiera los medios hegemónicos y conservadores ya lo pueden ocultar. El cierre de fábricas y de empresas, la reducción de personal, la contracción de los salarios, el aumento de las políticas sociales, la marcada retracción del consumo (hasta el consumo de leche se ha reducido) muestra un panorama absolutamente desalentador” (Alayón, 2018:57).

En cuanto a la cuestión Alimentaria, se han aplicado varias modificaciones al programa “**Precios Cuidados**”²¹ según Carlos Burgueño de *Ámbito Financiero*, “*tanto el gobierno como empresarios creen que el programa debe terminar. Pero se irá reduciendo, rubro por rubro, durante el próximo año según la evolución de la inflación. En 2019 ya no existirá*” (*Ámbito Financiero*, 2017:2).

Con este panorama, movimientos sociales y partidos políticos opositores elaboran un proyecto de ley para declarar la **Emergencia Alimentaria** que fue presentado en el mes de agosto del 2017 en la Cámara de Diputados y en septiembre promovieron su discusión al ámbito del Senado de la Nación, el proyecto tiene como principales medidas la estabilización de los precios de la canasta básica y la reducción de las distorsiones de precios en la economía, además propone la creación de un Consejo de Monitoreo de Precios. Apunta a garantizar los requisitos nutricionales de niños y jóvenes para una alimentación completa y saludable, duplicando las partidas destinadas a comedores y merenderos.

Adentrándonos ya en el año 2018, más precisamente en el mes de julio, la Cámara de Diputados le dio media sanción al denominado “**Plan Nacional de Reducción de Pérdidas y Desperdicio de Alimentos**” “*expresamente se promociona la donación de alimentos que estén próximos a considerarse desechos y, se genera incentivos fiscales importantes para esto*”. (Arias, 2018: 2). Es decir, este proyecto de aprobarse permitiría que las empresas no tiren los alimentos pronto a vencerse sino que antes de su fecha de caducidad puedan donarlos a bancos de alimentos y demás instituciones, con esa “contribución” pueden “*eximir impuestos fiscales importantes*” (Arias, 2018: 2).

²¹ Precios Cuidados había sido lanzado en enero de 2014 con la gestión de Axel Kicillof como ministro de Economía y Augusto Costa secretario de Comercio Interior. Incluía unos 194 productos; los que, un año después, se incrementaron hasta 460. El programa, que, en parte, ayudó a contener el alza de los precios hasta el final del kirchnerismo, tuvo un antecedente algo bizarro implementado por el exsecretario de Comercio Interior Guillermo Moreno.

Por lo tanto, se puede afirmar que la cuestión alimentaria durante el 2016 fue una de las manifestaciones de cuestión social hoy, y uno de los motivos por el cual aumentó la demanda de solicitud de TUC en las dependencias públicas en Rosario.

III.2 La Salud Pública y la gestión de lo social en Rosario

La pregunta *¿Por qué en los Centros de Salud hubo mayor recepción de las demandas alimenticias?* Nos remite a la tesis de Melisa Campana, en la que la autora trabaja el vínculo entre asistencia y salud pública y cómo, en el marco del neoliberalismo, se produce un proceso de re- asistencialización de la salud en Rosario. Es decir

“La lógica asistencial es constitutiva de los dispositivos de la salud pública y que, en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, ocurre un fenómeno de re- asistencialización de la salud, es decir, que si bien la lógica asistencial permea todas las intervenciones sociales del Estado, en este caso esto se sobreimprime al componente asistencial históricamente presente en su operatoria”
(Campana, 2010: 2).

Entre los cambios producidos en la década de los '90 en el municipio de Rosario, teniendo como telón de fondo la implementación de políticas neoliberales, se encontraba el proceso de descentralización y modernización del Estado, y el énfasis en lo territorial, que refiere a brindar solución a los problemas comunitarios mediante un acercamiento del ciudadano-vecino al Estado, además se trasladó a la cartera de la secretaría de salud pública, a partir de la apuesta estratégica de instalar a los Centros de Salud en los barrios más carenciados de la ciudad. Si bien la descentralización ya ha sido en la declaración de Alma Ata, uno de los principales pilares de la Atención Primaria, con el fin de lograr la transformación de las prácticas sanitarias, poner en cuestión el discurso médico hegemónico y comenzar a intervenir desde una perspectiva integral, incluyendo abordaje de las situaciones de manera interdisciplinaria, desde el marco de una clínica amplia y con el apoyo de profesionales matriciales, en la década del 90' en Rosario, adquiere tintes particulares.

“Mediante este proceso de descentralización municipal se produjo una transferencia de competencias desde las áreas centrales del Municipio a las áreas de gestión descentralizadas, que funcionan como efectivos referentes del estado en el territorio. Estas transformaciones han traído al debate temas como la democratización del gobierno local con énfasis en lo territorial” (Verdi, Maino, 2007: 2).

Asimismo, la función asistencial en los Centro de Salud, se encuentra íntimamente ligada a la noción de *Salud Integral*, que permite intervenir no sólo desde la cuestión salud-enfermedad sino que se extiende el abanico hacia otras variables, tales como, salud física, la ambiental, la social y psicológica.

Para lograr que se lleve a cabo ese componente asistencial los/as Trabajadores/as Sociales cumplen un rol importante, ya que la gestión aparece como una de las principales funciones de esta profesión, asociada a garantizar el acceso de la población a programas y políticas sociales e *“(...) Involucra la consecución y administración de distintos tipos de recursos ya sean prestaciones, de funcionamiento, visuales, profesionales, los vínculos y el tiempo”* (Oliva, 2001:93).

Como bien ya nombramos los CS al ser la principal institución referente del Estado en el territorio, reciben demandas de todo tipo, la pregunta sería *“Cómo canalizar hacia otras áreas las demandas que llegan al CS que exceden su capacidad de respuesta”* (Campana, 2010: 258). Aquí es en donde aparece la gestión social, que permite la articulación con otras instituciones para garantizar el otorgamiento de recursos, bienes y servicios, pero cabe destacar que *“la función asistencial de la salud pública permite correr la discusión de “lo que tiene que hacer cada secretaría” y desplazar “hacia lo que efectivamente hace” cada una”* (Campana, 2010:259). Es decir, hay que profundizar el análisis en torno a la administración de los recursos asistenciales, como ya se expuso en el capítulo II, la Secretaría de Salud Pública recibe más presupuesto que la Secretaría de Desarrollo Social.

En este sentido, los/as colegas argumentan que:

“Se ha constatado reiteradamente que las propias instituciones de Desarrollo Social del municipio no asumen la atención de las personas que llegan hasta sus oficinas, redirecciónándolas para que la gestión de este recurso esté a cargo del "trabajador social" de los efectores de salud. Esta modalidad de no recepcionar, no escuchar las demandas singulares que se presentan espontáneamente en las áreas centralizadas como Políticas alimentaria, Coordinación de Desarrollo Social en los CMD, puerta de acceso a la Secretaría de Desarrollo Social, etc., genera el deambular constante de un sector importante de la población en la búsqueda del acceso al recurso alimentario que produce desgaste, violencia, confusión y situaciones conflictivas con los equipos de salud. Sumado esto a un escenario de mayor necesidad de apoyo alimentario” (Documento TUC, 2016).

Lo anunciado por lo/as colegas en el párrafo anterior, se lo puede vincular con la dimensión territorial que presentan los CS, como bien ya mencionamos, estos en su mayoría son las únicas instituciones presentes en los barrios debido a que *“la salud pública se convierte en modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza, está dada por el esquema presupuestario”* (Campana, 2010:269). Con respecto al esquema presupuestario, la Secretaría de Salud Pública obtiene más recursos que la cartera de desarrollo social, por lo que estas características denotan de la profundización de la función asistencial de la salud pública.

En uno de los párrafos del escrito, lo/as colegas sostienen: *“consideramos que el hecho de orientar a las personas a recurrir a los Trabajadores Sociales de efectores de salud pública contradice los "principios de transparencia, equidad y universalidad", no garantiza el acceso a esta "ayuda social directa" postulada por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia ya que conduce al requerimiento de estar "con problemas de salud" para acceder a política alimentaria”* (Doc. TUC, 2016). De igual manera, esta cuestión podría ser interpretada, a partir de lo que ya hemos expresado en

torno a la solución de los problemas comunitarios, mediante el acercamiento del ciudadano al Estado (CS) pero esto *¿no responde a un de tratamiento localizado de la pobreza?* O directamente alude a que para acceder a la prestación, en este caso la TUC se requiere de una *“pobreza válida y sigue exigiéndose su certificación; siguen construyendo e identificándose atributos negativos para diferenciar entre pobres y no- pobres”* (Campana, 2010: 271).

III.3 Análisis del escrito en rechazo a la TUC: el malestar de los/as Trabajadores

Sociales

El documento TUC fue la medida adoptada por los/as TS de la Secretaría de Salud municipal para poner en evidencia lo que sucede en el territorio, teniendo como telón de fondo la coyuntura socio- económico del país en los años 2016-2017. Pero además, el colectivo tenía la necesidad de “delimitar” o “poner límites” a sus intervenciones, por lo tanto, consideraron que esta era la manera más acertada para lograr ese fin. Al decir de una las informantes claves: *“Necesitábamos tener por escrito aquello que estábamos decidiendo con el colectivo, la necesidad de dejar plasmado, lo que estaba sucediendo y que siempre el escrito da una validez mayor (...)”* (Inf. Clave 2). A lo que refiere la informante con relación a *“aquello que estaba sucediendo”* se podría interpretar, por un lado, la referencia a la coyuntura socio-económica y, por el otro, poner límites a la intervención como solución al “desborde” de demandas, ya que este fue uno de los temas que más presencia cobró en los espacios del Revuelto Gramajo.

Por lo tanto, una de las explicaciones que pretendo brindar sobre el surgimiento del DOC TUC, refiere al **malestar de los profesionales**, que se debe a la sobrecarga de demanda en los CS principalmente, dicho malestar será desarrollado desde la perspectiva de Dejours²², a

²²DEJOURS, C. *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aire, Lumen, 1992. En este apartado se analizará el DOC TUC desde la perspectiva de Dejours, debido a que fue unos de los aportes que

partir de la diferenciación que realiza el autor, entre la organización prescripta del trabajo y la organización real del trabajo. Entiende que:

“Entre el hombre y la organización prescripta del trabajo hay a veces un espacio de libertad que autoriza a una negociación, invenciones, y acciones de modulación del modo operatorio, es decir una intervención del operador sobre la organización del trabajo mismo para dotarla a sus necesidades, incluso para tornarla más acorde a su deseo. Cuando esta negociación es llevada a su límite extremo, y cuando la relación hombre-organización del trabajo se bloquea comienza el dominio del sufrimiento y de la lucha contra el sufrimiento” (Dejours, 1998:55).

El autor elabora una distinción entre el Trabajo Prescripto y el Trabajo Real, el primero refiere a las actividades que el sujeto debe realizar dentro de su organización laboral, a modo de ejemplo, sería el o la Trabajador/a Social de un Centro de Salud municipal posee determinados lineamientos que debe realizar , que ya han sido detallados anteriormente. En el segundo, lo que denomina *“lo real del trabajo”* son la actividades que efectúa en su cotidiano laboral e incluso pueden ser situaciones de índole traumáticas (Dejours, 2000: 15). Además sustenta que el Trabajo es Intersubjetivo, es decir, es para otro, lo cual proyecta directamente al sujeto con el vínculo social, por lo tanto, el sujeto trabajador en su campo laboral no busca el amor, sino el reconocimiento ya que *“(…) Reconocer la existencia de la “psicodinámica del reconocimiento” permite comprender el importante papel que juega en el destino del sufrimiento en el trabajo y la posibilidad de transformar el sufrimiento en placer”* (Dejours, 2006: 104). Como ya se ha mencionado en el capítulo precedente, Norma Valentino sostuvo que *“los revueltos gramajo se erigen como dispositivos que tienen como objetivo disminuir la angustia de forma colectiva”*.

brindó Norma Valentino y Efimia Lagiú en la presentación de su ponencia “Procesos de Trabajo” en el marco de los Revueltos Gramajo 2016.

En cuanto a las condiciones para el reconocimiento, se requiere un *espacio de discusión*, plantea el autor, para ello el Revuelto Gramajo funciona como uno de ello ya que es un *“espacio donde la gente (Trabajadores/as Sociales) pueda confrontar diferentes puntos de vista, asociando elementos heterogéneos de orden ético, político, social, sanitario, subjetivo, etc.”* (Dejours, 2000: 10). Por lo que la disminución del sufrimiento fue el Documento en rechazo a la TUC. El colectivo lo manifestó de la siguiente manera:

“(...) No se realizarán más gestiones en función de demanda espontánea de personas que circulan sin ser atendidas por el nivel central de la Secretaría de Desarrollo Social, Dirección de Gestión Territorial, o los CMD” (Doc. TUC 2016).

Si bien el escrito fue presentado ante las autoridades de la Secretaría de Salud Pública (SSP) como también a la Secretaría de Desarrollo Social (SDS) y han **reconocido** la medida tomada por el colectivo profesional, así lo expresaba una de las informantes claves cuando se le preguntó sobre el “impacto” en ambas secretarías:

Para la SSP: *“la secretaria pudo acompañarnos y decir: bueno es verdad que esto no le corresponde a ustedes”*. En tanto para la SDS: *“se les hizo llegar el escrito, se tomó el trabajo de reunirnos con la persona que tiene a cargo toda la cuestión alimentaria y también se le pudo expresar, y entonces bueno, no le quedó otra, porque aparte el escrito, lo fundamental que tenía era que tomaba partes de la ley y tomaba parte lo que ellos mismos ponen como política alimentaria”* (Inf. C. 2).

Para los/as Trabajadores/as Sociales este reconocimiento implica desde la perspectiva de Dejours un impulso para generar la motivación en el trabajo y *“se presenta como un elemento decisivo en la dinámica de movilización subjetiva de la inteligencia y la personalidad en el trabajo”* (Dejours, 2006: 99).

III.4 El Documento TUC: ¿Un dilema ético? ¿Entre la Resistencia o la Asistencia?

En el presente apartado se realizará un análisis crítico del Documento que rechaza la gestión de la política socio-alimentaria (TUC) en CS y Hospitales de la ciudad de Rosario. Con la medida llevada a cabo por los/as Trabajadores Sociales, podríamos decir que estamos frente a *¿un problema o dilema ético?* Asimismo, en los tiempos que corren como profesionales debemos *¿Resistir o Asistir?*

Partiendo de la definición que brinda Norberto Alayón sobre el Trabajo Social, afirma que *“es una profesión que tiende a la búsqueda del aumento de la calidad de vida de la población, la preservación del bienestar de la misma. En ese sentido es que nosotros siempre planteamos que es una profesión estrictamente ligada con la defensa de los derechos sociales de la población y cuyo accionar está básicamente dirigido a trabajar con los sectores más desfavorables y vulnerables por el propio funcionamiento social”* (Alayón, 2018:67).

El autor menciona algunos de los componentes que sustentan al Trabajo Social, entre ellos se encuentran el aumento de la calidad de vida, la preservación de bienestar social, la defensa por los derechos sociales, éstos corresponden a valores, principios y orientaciones básicas que constituyen una ética propia para la profesión (Piñeros, 2008:220). Por lo tanto, se puede afirmar que las decisiones que se tomen como profesionales implican una interacción con esos valores y orientaciones debido a que se encuentran interconectados (Banks, 1997: 23). La pregunta es *¿El Documento TUC contradice esos valores, principios y orientaciones básicas?*

En términos de Sara Banks, un dilema ético *“es la elección entre dos alternativas igualmente inadecuadas que supone un conflicto entre principios éticos”* (Banks, 1997:40). Cuando se le preguntó a una de las informantes claves si la elaboración del documento TUC había generado un dilema ético en el colectivo, respondió que *“No, al contrario, me parece que pudo poner en claro algunas cuestiones, estábamos trabajando en ese tema.”*

No, no, ético no” (Inf. Clave 2). Pero en el momento en que se redactó el DOC algunas de las colegas allí presentes manifestaban que la TUC al ser un instrumento de la política alimentaria de la Secretaría de Desarrollo Social, desde la cartera de salud los/as profesionales no poseen gobernabilidad alguna sobre ella, por lo que “se nos genera un dilema ético sobre la política ya que no tenemos gobernabilidad, porque es una política de Desarrollo Social”.

Asimismo, durante el debate que dio origen al escrito entre los/as colegas se presentaron opiniones, argumentos y posiciones divididas sobre la decisión de no recepcionar demandas de TUC en efectores de salud, alguno/as se preguntaban *¿Qué respuesta le damos al paciente que llega al Centro de Salud y no posee un problema de salud?* Durante la discusión se mencionó en varias oportunidades los “*criterios para tramitar la TUC*”, con criterios se referían a las patologías médicas que presentaban lo/as pacientes o aquellas situaciones en donde el equipo de salud interviene en el marco de un proyecto terapéutico, por lo que eran susceptibles de tramitarse en los efectores de salud. A consecuencia de ello, se preguntaban *¿Qué hacemos con los que no encajan en ese criterio? Y ¿Por qué debería atenderlo el TS?* por ende, estas discusiones fueron las que dieron origen a la emergencia del documento en rechazo a la gestión de la TUC pero al mismo tiempo, para alguno/as colegas con la medida se logró poner límites de la intervención del TS en Salud, tema presente en varios de los encuentros del Revuelto Gramajo.

Ahora bien, el Documento TUC como estrategia de resistencia presentó dificultades a la hora de ponerlo en práctica, debido a que alguno/as profesionales manifiestan que el CS era la única institución presente en el territorio, en palabras de la informante *“Había gente que decía que no tenía Centro de Convivencia, que no sabían cómo llegar a las otras áreas (...)”*. Volvemos a insistir, en que es una realidad que en determinados barrios la única presencia del Estado sea el Centro de Salud, por lo tanto, la medida llevada a cabo por los/as TS perjudica a los/as usuarios que se acercan a solicitar la gestión de la Tarjeta Única de Ciudadanía, teniendo como opción concurrir hasta la Secretaria de Desarrollo Social del

municipio en el centro de la ciudad y que además tengan que costearse los gastos de traslado para gestionar una prestación que no garantiza los mínimos biológicos necesarios para cubrir el sustento de una persona, resulta cuanto menos, llamativo.

“Ya sabe la secretaría de Promoción Social que nosotros tomamos cuestiones que tienen que ver con salud, si no tiene una cuestión de salud, lo van a tener que tomar ellos” (Inf. Clave 2).

Por otra parte, el documento expresa una contradicción al paradigma de salud integral ya que al negar el otorgamiento de una política que beneficia el estado pleno de salud, debido a que la alimentación es un factor exógeno que contribuye al normal crecimiento y desarrollo de los niños principalmente. Por lo que *“El derecho a la alimentación es un derecho fundamental de todos los seres humanos, ya que el alimento es un elemento esencial sin el que los seres humanos no pueden vivir” (Humanu, 2018:1).*

Cabe destacar que en el Documento los/as colegas expresan que: *“Analizamos que la posibilidad de intervención de los TS de salud en la gestión de las TUC se enmarca sólo a aquellas situaciones que se encuentran trabajando específicamente en un proceso de atención y cuidado de salud. No acordamos con la postura que cada situación que se presenta, debería ser evaluada y trabajada por el sistema de salud para garantizar su acceso a una política social, menos aún al tratarse de algo tan elemental como la alimentación” (Doc. Tuc, 2016:2).*

Para ir finalizando, reiteramos nuevamente la apreciación que la resistencia a la gestión de la TUC, no fue una de las medidas más acertadas por parte del colectivo de Trabajo Social de Salud, debido a la coyuntura socio económica que atraviesa el país y la imposibilidad de satisfacer la alimentación por parte de amplios sectores de la población. La decisión de dejar de gestionar dicha política socio-alimentaria da cuenta de la posición “re negatoria” de la profesión frente a lo asistencial, ya que como hemos demostrado a lo largo del capítulo II el desborde de demandas aparece cuando se debe tramitar alguna prestación

asistencial, y no así con otras intervenciones que tampoco están vinculadas directamente con un proceso de atención de salud, y que sin embargo abundan en los equipos de los centros de salud. Además, este tipo de intervenciones no han menguado durante esta coyuntura, al contrario, se han potenciado todo tipo de manifestaciones de la cuestión social relacionadas con violencia intrafamiliar e interpersonal, violencia institucional, vulneración de derechos de la infancia, etc. Sin embargo, el colectivo profesional no se ha organizado para negarse a intervenir en estas situaciones y reclamar a las Direcciones o Secretarías vinculadas con las infancias o el género que recepcionen y se ocupen de estas problemáticas porque a la Secretaría de Salud no le compete esa función, como sí lo han hecho para el caso de la TUC.

Si bien actualmente la situación económica de la ciudad de Rosario sigue siendo compleja y eso se refleja en los barrios más empobrecidos, la gestión de la TUC se realiza en ámbitos circunscritos a la Secretaría de Desarrollo Social y en los Centros de Convivencia Barrial (CCB). El documento expresaba *“creemos necesario que se defina y difunda claramente un circuito institucional y un lugar específico para la tramitación de este recurso -netamente alimentario- por parte de la población”* (Doc. TUC, 2016: 2).

A la informante se le ha consultado sobre ese circuito que proponían y ha manifestado lo siguiente, *“la claridad siempre cuesta, pero si se trata de tener la claridad del circuito, por lo menos ahora ya sabe la secretaria de Promoción Social que nosotros tomamos cuestiones que tienen que ver con salud, si no tiene una cuestión de salud lo van a tener que tomar ellos”* (Inf. C.2).

Para concluir el capítulo me resulta oportuno hacer referencia a una nota periodística publicada por *Rosario Plus* el 27 de noviembre de 2017, a un año de la gran demanda de alimentos en los efectores de salud de la ciudad, quienes enfatizan que:

“La demanda de alimentos siguió en alza en este 2017 en la mayoría de los barrios de Rosario, según la estimación que hacen quienes trabajan a destajo para pelear

las necesidades de los sectores más castigados por la pérdida del poder adquisitivo. Los comedores escolares están trabajando “al límite” y con dificultades operativas ante la alta demanda” (Rosario Plus, 2017: 2).

En el Presupuesto 2017 de la Municipalidad de Rosario se enuncia sobre las altas de TUC que *“este año se llevan realizadas 2500 altas, sumando cerca de 53000 beneficiarios en la ciudad” (Presupuesto, 2017: 419).*

Reflexiones Finales

Evita nos demostró que (...) *la limosna para mí fue siempre un placer de los ricos: el placer desalmado de excitar el deseo de los pobres sin dejarlo nunca satisfecho. Y para eso, para que la limosna fuese aún más miserable y más cruel, inventaron la beneficencia y así añadieron al placer perverso de la limosna el placer de divertirse alegremente con el pretexto del hambre de los pobres. La limosna y la beneficencia son para mi ostentación de riqueza y poder humillar a los humildes*".

Eva Duarte de Perón

A partir del recorrido realizado en el desarrollo de la presente tesina, a continuación se traerán a colación los puntos más relevantes del mismo, a modo de reflexiones e interrogantes que surgieron al momento de analizar el Documento en rechazo a la gestión de la TUC, llevado a cabo por Trabajadores/as Sociales nucleados en los denominados Revuelto Gramajo, del ámbito de la Secretaría de Salud Pública del municipio de Rosario.

Se ha resaltado con ímpetu a lo largo de esta exploración la consideración de que el mencionado escrito constituye un analizador que permitió visualizar por un lado, la coyuntura socio-económica del país y de la provincia de Santa Fe durante los años 2016 y parte del 2017, así como establecer cuáles fueron las respuestas brindadas históricamente por el Estado en materia de políticas socio-alimentarias. Mientras que, por el otro, se logró poner en cuestión el rol asistencial que cumplen los Centro de Salud en la ciudad de Rosario, dado que en los encuentros de los Revuelto Gramajo la discusión sobre la asistencia ha estado en primer plano, por lo que el documento fue un emergente también de esos debates.

En el primer capítulo se ha abordado el tema de la **asistencia**, debido a que, junto a la promoción social, son formas de intervención sobre la pobreza en Argentina, al decir de Ana Arias. La autora define a la asistencia como *“ayudas, prestaciones o servicios que se encuentran dirigidas a aquellas personas que operan por fuera de los acceso vinculados al trabajo”* (Arias, 2012: 30). Autores como Castel afirman que las prácticas anteriormente

mencionadas son determinadas a partir de la existencia de ciertas categorías de poblaciones carecientes (Castel, 1997:33), por ende, frente a estas afirmaciones se puede precisar el carácter residual y subsidiario que posee la Asistencia. Este hecho se debe principalmente a la existencia de la categoría del trabajador y las protecciones sociales ligadas a él, por lo que se brindará asistencia a poblaciones que se encuentran por fuera del mundo laboral.

Por ese motivo en dicho capítulo se incluye la discusión por el **Derecho a la Asistencia**, debido a que es una tarea que incumbe al Trabajo Social Argentino y Latinoamericano en medio de un contexto signado por la “*reducción y contracción de los derechos*” (Alayón, 2018:67). Asimismo, abogar por el derecho a la asistencia en los tiempos que corren “*debilita la lógica de quienes defienden la continuidad de sociedades inequitativas, y –a la vez- ética y estratégicamente contribuye a la reparación de los problemas sociales, en la perspectiva de ir construyendo alternativas más sólidas para un funcionamiento social más digno y más humano*” (Alayón, 2018: 68).

Si bien la discusión por **la asistencia como derecho** no es nueva, no obstante, desde el Trabajo Social durante demasiado tiempo²³ se ha renegado de la asistencia y se la ha asociado a un carácter residual, que lo que llevó a “*deslegitimarla como práctica válida y como campo de intervención, (...) por lo que, hace muy difícil discutirla en clave de derechos*” (Campana, 2015:3).

Por lo tanto, la asistencia social como derecho implica “*brindar un conjunto de prestaciones sociales para toda la población*” (...) por lo que “*las prestaciones sociales de la AS responderían a un conjunto de necesidades de toda la población y dichas necesidades se definirían en relación al nivel de garantías, de protección, que una sociedad decide proveer a todos sus ciudadanos*” (Campana, 2016: 2). Este planteo conlleva a pensar la asistencia como un servicio autónomo y específico, es decir, como un

²³ Una explicación la brinda Ana Arias (2012) en relación al componente promocional incorporado al modelo de intervención sobre la pobreza durante el desarrollismo, que sobrevaloró el componente promocional (dirigido a la modificación del sujeto), y lo asistencial pasó a ser visto como un medio hasta que los sujetos “promocionen”

subsistema al igual que el de Salud y Educación, pero principalmente implica desanclarla de la matriz Trabajo y **Pobreza**, esta última es fundamental, debido a que las acciones asistenciales no estarían expresamente dirigida a los sectores más empobrecidos de la sociedad, sino al conjunto de la población, sin distinción del lugar que se ocupe en la estructura social. (Campana y Servio, 2018).

Ahora bien, poner en cuestión el debate actual sobre la asistencia como derecho se debe a que, a partir del análisis del documento en rechazo a la gestión de la TUC en efectores de salud, dio cuenta de cómo la **posición “renegatoria” en Trabajo Social sobre la dimensión asistencial**, motiva a llevar adelante este tipo de medidas, que no favorecen en absoluto a los sectores más vulnerables que necesitan satisfacer sus necesidades alimenticias. En el mismo sentido, es sumamente necesario reconceptualizar a la asistencia social en los términos que plateamos con anterioridad, de esta manera se dejaría de lado la relación conflictiva existente en torno a lo socio-asistencial (Zampani, 2005: 79).

Adentrándonos en lo que arrojó el capítulo II con respecto a la conformación de los espacios del Revuelto Gramajo, el rol de un/a Trabajador/a Social dentro de la Secretaría de Salud Pública como profesión matricial y por supuesto los antecedentes del emergente: *el Documento que rechaza la gestión de la TUC en efectores de salud*, es preciso exponer algunas consideraciones:

En cuanto a los R.G, en 2017 participé de un encuentro que se realizó en el Hospital Víctor J. Vilela donde las colegas allí presentes definían cómo cada una entendía estos espacios; algunas mencionaban que eran ámbitos propicios para “*pensar cuestiones que nos pasan a todos*”, además afirmaban que es “*un espacio muy rico para pensar nuestras prácticas, para hacer un parate y reflexionar*” e inclusive concluyeron que “*son instancias que instalan temas*”. Esta última cuestión refiere concretamente a la principal preocupación del año 2016 que fue la emergencia alimentaria presente en los barrios de la ciudad.

Además, a lo largo de esa jornada fueron surgiendo críticas en torno a cómo se venían desarrollando los R.G ya que *“es un proceso colectivo que a veces tiene más de catarsis”* manifestaban, estas situaciones efectivamente han sucedido durante el lapso en los que participé en ellos, donde en ocasiones esta última era la causante de no poder discutir otros temas, lo que generó malestar entre los/as profesionales que asistían y asisten con frecuencia en cuanto a los temáticas propuestas, por lo que proponían fortalecer los espacios y discutir procesos de trabajo más acotados, con sentido estratégico.

Particularmente sostengo que los R.G son instancias colectivas enriquecedoras ya que permiten pensar, discutir, reflexionar y criticar, las intervenciones profesionales, las estrategias y el modo en que abordan las situaciones en los efectores de salud. Pero por sobre todo, estos espacios permiten visualizar las realidades de los barrios ya que *“los trabajadores sociales operan en una primera línea de la trinchera, por lo que están en contacto permanente con las situaciones de carencia o de dificultades que viven día a día vastos sectores de la población”* (Alayón, 2018:67).

Esas situaciones de carencia y dificultades que menciona el autor, se han hecho eco de los R.G durante el año 2016 en el marco de la emergencia alimentaria que el colectivo visualiza en los barrios más vulnerables de Rosario, con este contexto de fuerte inflación y aumento del precio de la canasta básica, en los CS se incrementó notablemente la demanda de alimentos, más precisamente de la Tarjeta Única de Ciudadanía.

Frente a esta problemática el colectivo optó por realizar un Documento que rechaza gestionar la TUC desde los CS. *¿Fue una medida acertada por parte del colectivo de TS de Salud? O ¿responde a que se reniega del componente asistencial de nuestra intervención?* Con estos interrogantes nos referimos a lo siguiente, como bien expresamos a lo largo de esta tesina, en un CS ingresa una multiplicidad de demandas que exceden a una cuestión de salud/ enfermedad, como son la violencia intrafamiliar, vulneración de derechos de niño/as y adolescentes, entre otras, sin embargo entre lo/as colegas no se problematiza sobre ello, en el sentido que no ha tenido la magnitud de las reflexiones y la cantidad de encuentros

como aquellos ligados al desborde en relación a la gestión de la TUC, por lo que, se puede afirmar que *el desborde está relacionado con la función asistencial que cumplen lo/as TS en dichas instituciones.*

De todos modos, el Documento en sí mismo fue interpretado, como un elemento para poner **límites a la intervención profesional** en los efectores de salud, ya que los CS principalmente son las únicas instituciones estatales en el territorio, por lo que ingresan todo tipo de demandas, donde se incrementan aún más en contextos de ajuste económico.

Ahora bien, retomando la discusión sobre la Tarjeta Única de Ciudadanía, frente a la coyuntura socio-económico que se vive en el país, resulta fundamental centrarnos en su monto mensual que consta de 273 pesos (\$273), me gustaría hacer algunas salvedades al respecto. Dada el alza de los precios de los alimentos en los últimos dos años, queda totalmente desactualizado, más bien resulta insuficiente, por lo que se torna imprescindible que el ejecutivo nacional declare la **Emergencia Alimentaria** por un lado, y por el otro, otorgar más presupuesto a comedores escolares y construcción de los mismos, como también más financiamiento a la modalidad que adquiriera en la Provincia de Santa Fe el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, es decir, la TUC.

Para finalizar, me remitiré a los supuestos que explican la emergencia del Documento TUC, ellos son: la posición que denominé “renegatoria” del Trabajo Social sobre la dimensión asistencial; la coyuntura socio-económica, tal como menciona Zamapani en “*los momentos de crisis (...) que atraviesa el país devuelven el interrogante sobre la asistencia*” (Zampani, 2005:80) y el abordaje del sufrimiento en el trabajo (Dejours, 1992). Comenzaremos por el primero:

Posición “renegatoria” del Trabajo Social sobre la dimensión asistencial

En varias oportunidades a lo largo de la presente tesina hemos mencionado la posición de la profesión del Trabajo Social sobre la dimensión asistencial, se llegó a esta certeza a partir

de la sistematización de algunos de los encuentros del Revuelto Gramajo durante los años 2015 y 2016, debido a que en reiteradas ocasiones se ha tratado el tema de la asistencia y ha puesto en evidencia como dentro del colectivo profesional *“la asistencia se vive con inquietud, con desconfianza, con fascinación o con resignación”* (Zampani, 2005: 77).

Ahora bien, el carácter residual que presenta la asistencia refuerza el estigma social de la población beneficiaria y es a partir de ello, que la misma nos resulta aborrecible. Frente a esta situación, el documento en rechazo a la gestión de la TUC, en cierta manera representa el rechazo a la función asistencial que cumplen los/as TS dentro de la red de salud del municipio de Rosario, insistimos nuevamente, la sobrecarga de demandas que ingresan a los CS que en su mayoría son situaciones que no se encuentran vinculadas a una cuestión de salud, pero no son problematizadas como tal, entonces nos preguntamos *¿Por qué se manifiesta como desborde lo asistencial y no otras situaciones que no son específicamente de Salud?*

 *“Los momentos de crisis socio-económica que atraviesa el país devuelven el interrogante sobre la asistencia”* (Zampani, 2005:80)

El análisis sobre la coyuntura socioeconómico por el cual estamos atravesando, en donde todo parece indicar que se están llevando a cabo las mismas medidas que repercutieron en la crisis del 2001, dado que *“la potencialidad de la crisis de 2018 encuentra puntos de contacto con la de 2001”* (Cufre; Página/12). Recientemente la Alianza PRO- Cambiemos ha solicitado un préstamo al **FMI** (Fondo Monetario Internacional) por lo que las condicionalidades que impondrá el Fondo traerá consecuencias negativas para los sectores más vulnerables de la sociedad, como son los jubilados, pensionados, beneficiarios de la AUH (Asignación Universal por Hijo), PROGRESAR²⁴ y la clase trabajadora. Debido a

²⁴Programa de Respaldo a Estudiantes, actualmente paso de denominarse **Becas Progresar**, con ello también se modificaron varias cuestiones, entre ellas se encuentra el monto de 720 pesos paso a \$1280 para los terciarios/ Universitarios y para las carreras estratégicas como las Ingenierías a \$1800. Además se extendió la edad a 30 años, mientras que antes la edad límite era los 24 años para la postulación y las condicionalidades académicas son diferentes, mientras con el anterior era

que la *“Dolorosa imposición de condiciones por parte del FMI”*, implican al mismo tiempo *“Las reformas laboral y previsional vendrán como exigencias en primer lugar”* (Cufre, Página 12/ 2018).

Frente al escenario descrito que a groso modo implica un retroceso de las garantías exigibles al Estado, el planteo por el derecho a la asistencia no es ingenuo, ya que *“las prestaciones sociales de la AS responderían a un conjunto de necesidades de toda la población y dichas necesidades se definirían en relación al nivel de garantías, de protección que una sociedad decide proveer a todxs sus ciudadanxs”* (Campana, 2016:2).

✚ **El Sufrimiento en el Trabajo**, desde la perspectiva de Dejours, se intentó explicar el malestar de los/as TS en torno a la sobrecarga de demandas en los efectores de salud.

El autor plantea desde la lógica de la *Organización del Trabajo* una distinción entre *trabajo real* y *trabajo prescripto*, el primero responde a las actividades que el profesional realiza en su cotidiano, que hasta incluso puede ser traumáticas, sostiene (Dejours,1998), mientras que el segundo, corresponde a lo que debe realizar el profesional, si partimos de algunos de los lineamientos en cuanto a las responsabilidades y funciones principales de los/as TS de CS, éstas se basan fundamentalmente en actividades de asistencia, de gestión, y de participación en espacios del centro de salud y/o en articulación con otras instituciones u organizaciones comunitarias, donde se desarrollen proyectos de promoción de la salud, investigación y docencia, según el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud.

necesario aprobar 2 materias en el año, ahora hay que tener aprobado la mitad más uno del año que cursa el estudiante. Por último, sólo se efectúa el pago de la beca durante los meses de marzo a diciembre, cuanto antes los pagos incluían enero y febrero respectivamente. Estas nuevas condicionalidades implican un verdadero recorte en el presupuesto asignado a garantizar el acceso a la educación.

Para Dejours, el trabajo es la capacidad de resistir el sufrimiento hasta la consecución de su solución y el dominio de lo real. Cabe destacar que el sufrimiento pone al sujeto que trabaja a buscar la solución con el fin de emanciparse del mismo (Campagna; 2015:96) Existen diversos factores que explican la percepción de sobrecarga y desgaste, entre ellos, se encuentra la cantidad y complejidad de situaciones abordadas en los CS, es decir, dicha organización del trabajo se ve dificultada por la gran cantidad de demandas, sumando por la falta de espacio físico para el trabajo con lo/as usuarios. Por ende, la emergencia del documento en rechazo a la TUC es resultado de la sobrecarga de demanda de asistencia alimentaria por parte de lo/as usuarios de los CS hecho que se debe a que es la única institución en el territorio.

En el R.G que se discutió la elaboración del escrito, los/as TS allí presentes afirmaban que ingresaban personas solicitando turnos para gestionar la TUC, que no se encontraban referenciados en el efector, debido a que, se habían acercado a la Secretaría de Desarrollo Social y desde allí eran “derivados” al CS de más cercano a su domicilio, por lo que la principal crítica radica en la *no recepción de la demanda espontánea por parte de la SDS*.

Por lo tanto, frente a esta situación, Dejours plantea, desde la perspectiva de la Psicodinámica del Reconocimiento, como alternativa para sortear el destino del sufrimiento en el trabajo, y para establecer las condiciones para la consecución del reconocimiento es a través de la conformación de un *espacio de discusión*, por lo que el Revuelto Gramajo encaja en el planteo que realiza el autor, debido a que estos espacios se trataron los temas referidos a la asistencia, los límites profesionales y lo que fue la sobrecarga de demandas de TUC, el detonante para que se lleve a cabo el rechazo a la gestión de la política socio-alimentaria (TUC).

Por último, me gustaría concluir este trabajo con la cita de Norberto Alayón (2010) quien sostiene que “(...) *el Trabajo Social -como cualquier otra disciplina- no constituye una categoría abstracta, que funciona independientemente de las determinaciones histórico-sociales (...) requiere ser considerado en el contexto de los procesos económicos y*

políticos vigentes.” Como futura profesional considero que siempre debemos tener presente el contexto en el que llevamos adelante nuestras intervenciones debido a que el Trabajo Social requiere el continuo análisis de la realidad en el cual estamos inmersas/os, pero también hay tener presente las determinaciones sociohistoricas como menciona Alayón.

Cabe destacar que el punto de partida para el proceso de realización de esta tesina surgió de una pregunta sobre el presente y que necesariamente debió trazar un camino hacia el pasado, es decir, el hoy no es sólo lo contemporáneo, sino que es un efecto heredado, como dice Robert Castel. Desde el análisis del Documento en rechazo a la gestión de la TUC elaborado por los/as TS, pude identificar una cuestión actual –aumento de la demanda de asistencia alimentaria en CS, en el marco de una coyuntura socioeconómica desfavorable- y marcar un camino retroactivo que va desde el surgimiento de las políticas de asistencia alimentaria, pasando por los distintos modelos de intervención sobre lo social que generó un vínculo persistente hasta hoy en día entre la asistencia y la promoción social.

Ahora bien, entender la posición “renegatoria” del Trabajo Social sobre la dimensión asistencial tuvo que ver con ese proceso, debido que a partir del surgimiento del componente promocional, la asistencia sólo sería una forma de intervención temporaria que debe ser superada, por lo tanto el hecho de cuestionar el rechazo a lo asistencial llevó a que me acerque a la idea de revitalizar la discusión en términos de derecho.

Inclusive, la sistematización de los revueltos gramajo fueron claves para precisar y entender la función asistencial de la salud pública y especialmente el rol que cumplen los Centros de Atención Primaria de la Salud para llevarlo a cabo, por lo que no es ingenuo el anclaje territorial que poseen y que los convierte, en su gran mayoría, en la única presencia estatal en los barrios más empobrecidos de la ciudad y es por ello que ingresan una multiplicidad de demandas.

Para concluir, en cada intervención no sólo debemos tener presente el contexto en el que nos encontremos inmersos, sino además interrogarlo y problematizarlo, lo que llevará

necesariamente a historizar para ver cuáles han sido las rupturas pero sobre todo las continuidades de determinados procesos sociales.

Bibliografía

Libros:

ALAYÓN, N. *No al macrismo desde el Trabajo Social*. Buenos Aires, Margen, 2018.

ARIAS, A. *Pobreza y Modelos de Intervención. Aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción*. Buenos Aires, Espacio, 2012.

BRITOS, S. y otros. *Programas Alimentarios en la Argentina*. Buenos Aires, CESNI, 2003.

BANKS, S. *Ética y Valores en el Trabajo Social*. Buenos Aires, Paidós, 1997.

CASTEL, R. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires, Paidós, 1997.

CLEMENTE, A y otros. *Necesidades Sociales y Programas Alimentarios. Las redes de la pobreza*. Buenos Aires, Espacio, 2010.

CLEMENTE, A. y PAGAZA M. *Trabajo Social y Compromiso Ético. Asistencia o Resistencia*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

DEJOURS, C. *Banalización de la Injusticia Social*. Buenos Aires, Topia, 2006.

DEJOURS, C. *El factor humano*. Buenos Aire, Lumen, 1998.

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

DUARTE de PERON, E. *La razón de mi vida*. Buenos Aires, Pauser, 1951.

GRASSI, E. *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal*. Buenos Aires, Espacio, 2003.

GRASSI, E., HINTZE, L. y NEUFELD, A. *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural: un análisis del sistema educativo, de obras sociales y de las políticas alimentarias*. Buenos Aires, Espacio, 1994.

IAMAMOTO, M. *El Servicio Social en la Contemporaneidad. Trabajo y Formación Profesional*. Sao Paulo, Cortez Editora, 1998.

NETTO, J. y otros. *Nuevos escenarios y práctica profesional*. Buenos Aires, Espacio, 2002.

ROVERE, M. *Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1992.

Artículos o Capítulos de libros:

CAMPANA, M. “La Asistencialización de la Salud Pública. La Atención Primaria de la Salud”. *Tesis Doctoral en Trabajo Social*, Rosario, Facultad de Ciencia Política y RR II, UNR, 2010. Pp. 229-258

CAMPANA, M. “La Asistencia Social como derecho: una apuesta estratégica”. Ponencia presentada en: *VI Encuentro Internacional de Trabajo Social, VIII Jornadas de la Carrera de Trabajo Social “Sociedad y Universidad: Ciencias Sociales, Conocimiento Orientado y Políticas Públicas”* Fac. Ciencias Sociales – UBA. Buenos Aires, 18 y 19 de Junio de 2015. Pp. 1-9

CAMPANA, M. y SERVIO, M. “Discutir la AUH, ¿Una trampa del pensamiento Neoliberal?”. Ponencia presentada en: *XXI Congreso Internacional de la Democracia*. Fac. Ciencia Política – UNR. Rosario, 2014. Pp- 1-12.

CAMPAGNA, E. “Procesos de Trabajo y Trabajo Social: Aproximaciones al Trabajo Profesional en Centros de Salud del Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario”. Tesina de Grado Lic. En Trabajo Social, Facultad de Ciencia Política y RR. II, Universidad Nacional de Rosario, 2015.Pp. 1-127.

DANANI, C. Y BECCARIA, A. “La (contra) reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político culturales del proceso de protección”. En: Dadani, Claudia y Susana Hintze (Comp.). *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la argentina 1990-2010*. Buenos Aires, Universidad Nacional General Sarmiento/UNGS, 2011. Pp 103- 15.

GIANNELLI, R., BOFFA, V y TABORDA, T. “Centro de Salud: Luchemos por la Vida” en Cátedra Práctica Profesional III, Facultad de Ciencia Política y RR.II, UNR. 2017. Pp 1-25.

GOLBERT, L. “La asistencia Alimentaria. Un nuevo problema para los argentinos”. En Lumi, Susana, Golbert, L. y Tente Fanfani, E. (Comp.). *La mano izquierda del Estado. La asistencia social según los destinatarios*. Buenos Aires, Miño y Dávila Editores/ CIEPP, 1993. Pp 44-98.

GRASSI, E. “La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate “post- neoliberal””, en Jarrín, Juan P. (Comp.) *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*. Ecuador, FLACSO, 2008, pp. 29-68.

IERULLO, M. “El proceso de consolidación de los programas de asistencia alimentaria en la Argentina” (1984-2007), en Clemente, A (Comp.). *Necesidades Sociales y Programas Alimentarios. Las redes de la pobreza*. Buenos Aires, Espacio, 2010 pp. 89- 111.

SOLDANO, D. ANDRENACCI, L. “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”, en Andrenacci, L (Comp). *Problemas de la política social en la argentina contemporánea*. Buenos Aires, Prometeo-UNGS, 2005 pp. 17-80

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

Artículos de Publicación periódica:

ANDRENACCI, L. “Notas acerca de la política asistencial en America Latina”, en: *Revista Cátedra Paralela*, Año 2009 N°6, Rosario, UNR Editora. pp. 7-30.

CAMPANA, M.; LAMANUZZI, R. “Dudas y certezas acerca de la intervención profesional”, en: *Revista Libertas*, AÑO 2009 vol.9, Universidad Federal de Juiz de Fora. PP. 143- 153.

CAMPANA, M.; ZAMPANI, R. “Elementos para una historia del presente de los Social-Asistencia”, en: *Revista Escenarios*, año 2009 N°14, Buenos Aires, Espacio, pp. 76-83.

CAMPANA, M. “Los usos de Foucault en la formación del Trabajo Social”, en: *Revista Cátedra Paralela*, año 2009 N°14, Rosario, UNR Editora, pp. 31-4.

CAMPANA, M. “La persistencia del Modelo de Asistencia y Promoción. La Asistencia Social en Rosario”, en: *Revista 23 Documentos y Aportes de Administración Pública y Gestión Estatal*, año 2014 N° 23, Santa Fe, Ediciones UNL, pp. 125- 153.

CLEMENTE, A y MAGLIONI, C. “La protección social. Tensiones conceptuales entre seguridad y ayuda social en clave regional”, en: *Revista Estado y Políticas Públicas*, Año 2017 N°6, Buenos Aires, FLACSO, pp. 21-37.

GARMA, E Y ZAMPANI, R. “Las ayudas sociales en los procesos de intervención profesional en el marco de las políticas asistenciales del sigli XXI”, en: *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, Año 2016 N°12, Buenos Aires, UBA, pp. 99-108

GIANNA, S. “Vida Cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional”, en: *Revista Cátedra Paralela*, Año 2011 N°8, Rosario, UNR Editora, pp. 48-68.

HERMIDA, M. E Y MESCHINI, P. “Notas sobre la nueva institucionalidad del ciclo de gobierno kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales” en: *Revista Cátedra Paralela*, Año 2016 N° 13, Rosario, UNR Editora, pp. 35-58

PIÑERO, F. y FERNÁNDEZ, E. La política en la actualidad latinoamericana: ¿Hacia una política asistencial “post- Neoliberal” en: *Revista Cátedra Paralela*, Año 2014 N° 11, Rosario, UNR Editora, pp. 50-77

ZAMPANI, R. Trabajo Social y Asistencia: Apuntes para un Nuevo (Viejo) Debate, en: *Revista Cátedra Paralela*, Año 2005 N° 2, Rosario, UNR Editora, pp. 77-84

Fuentes y/o Documentos Electrónicos:

ACTIS, A. *Sigue en alza la demanda social en los barrios de Rosario*. Artículo periodístico Rosario Plus, 29/11/2017. [En línea: noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.rosarioplus.com/enoticias/Sigue-en-alza-la-demanda-social-en-los-barrios-de-Rosario-20171127-0041.html>

ALAYÓN, N. *Política Social y el Trabajo Social*. 2 de Agosto de 2010. [En línea: marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3215/321527167009.pdf>

ALAYÓN, N. *Las pensiones como materia de ajuste. Sobre el recorte de las políticas de asistencia social*. Artículo periodístico Página 12, 26/06/2017. [En línea: enero de 2018]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/46398-las-pensiones-como-materia-de-ajuste>

ARIAS, A. *La gestión de lo que sobra*. Publicación en red social Facebook “Agrupación Lucía Cullen”, 7/7/2018. [En línea: julio de 2018]. Disponible en: <https://www.facebook.com/agrupacionlucia.cullen/photos/pb.1595833890636143.-2207520000.1531181404./2143997562486437/?type=3&theater>

BARCA, J M. *Reforma previsional: edad jubilatoria, índice para la suba de los haberes y Seguridad Social, puntos clave del plan Macri*. Artículo periodístico Iprofesionales. 20/6/2017. [En línea: Abril de 2018]. Disponible en:

http://www.iprofesional.com/notas/257853-anses-macri-cgt-congreso-salario-mauricio-macri-jubilacion-seguridad-social-deficit-aportes-cambios-jubilaciones-movilidad-jubilatoria-edad-reforma-laboral-reparto-reparacion-historica-edad-jubilatoria-modificacion-Reforma-previsional-edad-jubilatoria-indice-para-suba-de-haberes-y-Seguridad-Social-puntos-clave-del-plan-Macri?page_y=0

BURGUEÑO, C. *Presentan último Precios Cuidados. Se eliminará, gradualmente, en 2019.* Artículo Periodístico 5/09/2017. [En línea: Febrero de 2018]. Disponible en línea <http://www.ambito.com/896039-presentan-ultimo-precios-cuidados-se-eliminara-gradualmente-en-2018>

CAMPANA, M. *Debatir la Asistencia Social y Matriz Neoliberal.* 2015. [En línea: diciembre de 2017]. Disponible en: <http://cdsa.academica.org/000-061/863.pdf>

CAMPANA, M. *La Asistencia Social como derecho: integración y precariedad.* 24 de Agosto de 2016.[En línea: enero de 2018].Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/campana_gt_14.pdf

CEPA -CENTRO DE ECONOMÍA POLÍTICA ARGENTINA. *Informe de Coyuntura Económica* abril 2016. [En línea: noviembre de 2017] Disponible en: <http://eppa.com.ar/wp-content/uploads/2016/04/Informe-Econ%C3%B3mico-de-Coyuntura-Nro.-2.pdf>

CUFRÉ, DAMIAN. *Emergencia Social.* Artículo periodístico Página 12, 01/05/2017. [En línea: abril de 2018]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/29152-emergencia-social>

CUFRÉ, D. *Plan B.* Artículo periodístico Página 12, 12/05/2018. [En línea: Mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/114212-plan-b>

DEJOURS, C. *El desgaste Mental en el Trabajo.* 2014 [En línea: noviembre de 2017]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/viewFile/46792/43914>

DEJOURS, C. *Psicodinámica del trabajo y vínculo social* 2000. [En línea: noviembre de 2017] Disponible en: www.aquaessentia.com.ar/wpcontent/uploads/2014/11/dejours_christophe_psico-trab_vinc_social.pdf

DELEUZE, G. *Posdata sobre sociedades de control*, 1991 [En línea: Diciembre de 2017] Disponible en: <http://www.fundacion.uocra.org/documentos/recursos/articulos/Posdata-sobre-las-sociedades-de-control.pdf>

DIARIO ÁMBITO FINANCIERO. Relevamiento de Consumidores Libres (julio de 2016). *La canasta básica aumentó casi 23% en el primer semestre*. 4/07/2016 [En línea: noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ambito.com/845750-la-canasta-basica-aumento-casi-23-en-el-primer-semester>

EPPA – ECONOMIA POLÍTICA PARA LA ARGENTINA- *Análisis y estudio heterodoxo de la economía argentina*. 2016 [En línea: noviembre de 2016] Disponible en: <http://eppa.com.ar/lgm-analisis-y-estudio-heterodoxo-de-la-economia-argentina/>

GARCIA FANLO. L. *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. Revista de Filosofía 2011 [en línea: noviembre de 2017] Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei>

GOBIERNO DE SANTA FE. MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Tarjeta Única de Ciudadanía*. 2008 [En línea: noviembre de 2016]. Disponible en Internet: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/118638/\(subtema\)/93754](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/118638/(subtema)/93754)

HINTZE, L. *Historias y realidades de los comedores comunitarios de Rosario*. Nota periodística para el diario Rosario Nuestro 16/09/2017.[En línea: Mayo 2018] Disponible en: <https://rosarionuestro.com/historias-y-realidades-de-los-comedores-comunitarios-de-rosario/>

HUMANIUN ONG. *Derecho a la Alimentación*. 2018 [En línea: Mayo 2018] Disponible en: <https://www.humanium.org/es/derecho-alimentacion/>

IERULLO, M. *¿El fin de los programas de asistencia alimentaria? Los desafíos frente a la bancarización de los programas de asistencia social*. 2009 [En línea: Septiembre 2017] Disponible en: <http://www.aacademia.org/000-062-575>

MACEIRA, D. y STECHINA, M. *Salud y nutrición. Problemática alimentaria e intervenciones de política en 25 años de democracia*. Febrero de 2008 [En línea: noviembre de 2016]. Disponible en:

http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Salud-y-Nutrici%C3%B3n_Febrero-2008.pdf

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN. *Saberes y Sabores. Recorridos Históricos para compartir*. Mayo de 2010 [En línea: Agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/9-Saberes-y-Sabores-Recorridos-Historicos1.pdf>

REPETTO, F. *Transferencia de recursos para programas alimentarios en las provincias: un análisis de lo sucedido en los años 90*. Febrero de 2001 [En línea: Marzo de 2018] Disponible en: <https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/ACF384.pdf>

SANTARSIERO, L. *Las políticas sociales en el caso de la satisfacción d/e necesidades alimentarias. Algunos elementos conceptuales para su determinación*. [En línea: septiembre de 2017] Disponible en:

<http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/18%20SANTARSIERO%20Necesidades%20alimentarias.pdf>

SERVIO, M. *Cuestión Social y constitución del sujeto receptor en Asignación Universal por Hijo para Protección Social*. 26/06/2015. [En línea: Marzo 2018] Disponible en: <file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/43655-145087-1-PB.pdf>

PARLAMENTO, *Promueven en el Senado la Ley de Emergencia Alimentaria*. 18/09/2017. [En línea: Julio 2018] Disponible en: <http://www.parlamentario.com/noticia-104226.html>

PIÑEROS LONDOÑEZ, L. *Ética y Trabajo Social: Una aproximación a los Debates contemporáneos a partir de un Estado del Arte*. 9/08/2009 [En línea: Abril de 2018] Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EticaYTrabajoSocial-2979312.pdf>

VACCARASI, M. E. *Asistencia Social y políticas alimentarias: tensión entre legitimación y control social*. 2005 [En línea: marzo de 2018] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar//Argentina/cehepyc-uncoma/20110418033818/cap6.pdf>

Documentos Oficiales

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría de Salud Pública, 2017. *Proyecto Presuestario 2017*.

ROSARIO, Santa fe, Argentina. Secretaría de Salud Pública, 2011. *Hacia un proyecto sanitario integral*.

ROSARIO, Santa Fe, Argentina. Secretaría de Salud; Municipalidad de Rosario, 2005. *Material de Gestión. Funciones de la red básica*.

Fuentes Primarias de Información

Entrevista a informante clave N°1 realizada el 29/09/2017

Entrevista informante clave N°2 realizada el 29/09/2017

Fuentes Secundarias de Información

Registros propios: cuaderno de campo del Centro de Salud “Luchemos por la Vida” y de los Revueltos Gramajo 2014-2016

Registro del cuaderno de campo de Boffa Virginia, 2014-2016

Registros del Cuaderno de campo de Diana Sandoval, 2015.

Registros tomados en el curso de actualización “**La Asistencia Social como Derecho**”, llevado a cabo por Campana, M. y Servio, M. Organizado por el Colegio de Trabajo Social 2da Circunscripción, 2018

Anexos

Anexo 1- Documento elaborado por el colectivo profesional de Trabajadore/as Sociales de la Municipalidad de Rosario. (23/09/2016)

Revuelto Gramajo

23/09/2016

A partir del incremento de la demanda para el acceso a políticas alimentarias (tuc, comedores y mercadería) en los efectores de la red de salud pública (centros de salud y hospitales) se realizó un análisis recortando el mes de agosto del 2016

Del total de las TUC demandas y gestionadas en los efectores de salud en el período mencionado, sólo el 25 % se consideró un recurso pertinente de ser tramitable en el marco de un proceso de atención de salud.

La Tarjeta Única de Ciudadanía es un recurso dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincial sostenido con recursos económicos del nivel nacional y provincial y que se implementa en ciudades y comunas. En el ámbito de nuestro municipio, se viabiliza a través de la Dirección de Gestión Territorial dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario.

Si nos remitimos a la publicación en la página oficial del Gobierno de la Provincia de Santa Fe:

"...La Tarjeta Única de Ciudadanía es parte de una política social que el gobierno de la provincia de Santa Fe comenzó a implementar en 2008 en reemplazo de los tickets y cajas

con alimentos. Actualmente, la inversión mensual en este programa es de 49.500.000 pesos, con un alcance de 185.000 titulares en toda la provincia de Santa Fe.

Se trata de una ayuda social directa, basada en los principios de la transparencia, equidad y universalidad, que está centrada en la posibilidad de compra de alimentos en una amplia red de comercios adheridos en todo el territorio de la provincia.

Pueden acceder al programa aquellos grupos familiares cuyos ingresos no superen el salario mínimo vital y móvil. Para realizar el trámite debe dirigirse su municipio o comuna, o a las sedes territoriales del Ministerio de Desarrollo Social ..."

Sabemos que la universalidad que se plantea no se plasma en la implementación efectiva. Hay establecidos cupos para cada ciudad y el otorgamiento de nuevas altas de TUC depende de la justificación de excepcionalidades.

Se ha constatado reiteradamente que las propias instituciones de Desarrollo Social del municipio no asumen la atención de las personas que llegan hasta sus oficinas, redireccionándolas para que la gestión de este recurso esté a cargo del "trabajador social" de los efectores de salud. Esta modalidad de no recepcionar, no escuchar las demandas singulares que se presentan espontáneamente en las áreas centralizadas como Políticas alimentaria, Coordinación de Desarrollo Social en los CMD, puerta de acceso a la Secretaría de Desarrollo Social, etc, genera el deambular constante de un sector importante de la población en la búsqueda del acceso al recurso alimentario que produce desgaste, violencia, confusión y situaciones conflictivas con los equipos de salud. Sumado ésto a un escenario de mayor necesidad de apoyo alimentario

Consideramos que el hecho de orientar a las personas a recurrir a los Trabajadores Sociales de efectores de salud pública contradice los "principios de transparencia, equidad y universalidad", no garantiza el acceso a esta "ayuda social directa" postulados por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia ya que conduce al requerimiento de estar "con problemas de salud" para acceder a política alimentaria.

Analizamos que la posibilidad de intervención de los TS de salud en la gestión de las TUC se enmarca sólo a aquellas situaciones que se encuentran trabajando específicamente en un proceso de atención y cuidado de salud. No acordamos con la postura que cada situación que se presenta debería ser evaluada y trabajada por el sistema de salud para garantizar su acceso a una política social, menos aún al tratarse de algo tan elemental como la alimentación

Sostenemos que no se realizarán más gestiones en función de demanda espontánea de personas que circulan sin ser atendidas por el nivel central de la Secretaría de Desarrollo Social, Dirección de Gestión Territorial, o los CMD.

Por todo lo expresado, creemos necesario que se defina y difunda claramente un circuito institucional y un lugar específico para la tramitación de este recurso -netamente alimentario- por parte de la población.

(FIN DEL DOCUMENTO)