

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Concepciones de las trabajadoras sociales en relación a sus intervenciones
en los Centros de Salud: ¿Cuál es su función?

Alumna: Julieta Castello

Directora: Lic. Romina Lamanuzzi

Rosario, julio de 2019

RESUMEN

Nuestro problema de investigación se refiere a cuál es la función del Trabajo Social en los Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario.

El Trabajo Social destina gran parte de su tiempo en la gestión de recursos, más allá del abordaje interdisciplinario e intersectorial que el equipo de referencia realiza dentro del Centro de Salud con otros para armar un proyecto terapéutico acorde a cada situación.

La población acude al Centro de Salud como lugar de referencia para todo problema que se le presenta, no pudiendo, éste, abordar todas las respuestas ya que sobrepasan su especificidad. A sí mismo para que la población acceda a algún servicio se deben presentar varios requisitos, teniendo que manifestar una situación extrema de salud, dejando de lado los derechos.

Palabras claves: salud – derechos – interdisciplina – intersectorialidad – trabajo social – asistencia.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por su permanente contención y acompañamiento durante todos estos años.

A mi familia, papás, hermanas, abuela, quienes me han apoyado día a día durante todos estos años brindándome diariamente afecto.

A mis amigas, compañeras de la facultad, por el aprendizaje que realizamos juntas día a día en esta carrera.

A mi compañero, Cris, por todo su apoyo y comprensión.

A Romina, por su ayuda, acompañamiento y respeto en la elaboración de este trabajo.

A Coca, por ser una gran persona y guiar mis pasos en esta profesión.

A las trabajadoras sociales de los centros de salud entrevistadas y a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, por destinarme su tiempo y su palabra.

INDICE

INTODUCCIÓN	5
CAPITULO 1. Definiendo paradigmas y concepciones de salud	10
1.1 Paradigmas de salud	10
1.2 Concepciones y definiciones de salud	13
CAPITULO 2. Atención Primaria de la Salud	16
2.1 Los orígenes de la Atención Primaria de la Salud	16
2.2 Declaración de Alma Ata perspectivas de APS	17
2.3 El devenir de la meta salud para todos	18
2.4 Elementos que confluyen en el discurso sobre APS en Rosario	20
CAPITULO 3. Historia de la salud pública en Rosario	24
3.1 Descentralización y participación	24
3.2 Panorama de Salud Pública Rosario	27
3.3 APS Rosario creación de la Dirección de Centros de Salud	31
3.4 Centros de Salud adscripción y acceso de los ciudadanos al sistema de salud pública Municipal	33
CAPITULO 4 Trabajo Social en el campo de la salud	37
4.1 Trabajo Social y salud: historización del Trabajo Social	37
4.2 Trabajo Social en la división socio técnica del trabajo	38
4.3 Trabajo Social en el Centro de Salud	40
4.4 Una mirada de las Trabajadoras Sociales sobre su función en el Centro de Salud	43
4.5 Podemos decir	48
CAPITULO 5. Trabajo Social en los equipos de los Centros de Salud	49
5.1 Vida cotidiana de los Centros de Salud	49
5.2 Interdisciplina	51
5.3 Intersectorialidad	55
5.4 El eje asistencial del Trabajo Social desde la óptica de las Trabajadoras Sociales	60
REFLEXIONES FINALES	64
BILBIOGRAFÍA	69
ANEXO	73

INTRODUCCIÓN

Consideramos a la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado a toda la población por el sólo hecho de ser humano. Los problemas de salud son problemas sociales, y si bien se expresan en cada individuo a través de los problemas que padece, no es individualmente como se los va a resolver, sino como sociedad, sosteniendo y fortaleciendo la capacidad de lucha.

La participación del Estado en acuerdos, declaraciones y tratados internacionales pone de manifiesto el debate y la necesidad de incorporar estos temas a la agenda Estatal. Ejemplo de esto, es la participación de Argentina en la declaración de Alma-Ata (1978), donde se pensó en la aplicación de una estrategia denominada Atención Primaria con la meta “salud para todos en el año 2000”. A partir de la cual se busca accesibilidad a la atención de la salud igualitaria e integral a través de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos. Planteando la participación de todos los sectores y campos de actividad y la autorresponsabilidad del individuo, en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud (APS). Esta meta no ha podido ser llevada a cabo por diversos motivos, entre ellos, la coyuntura política y económica de nuestro país.

Desde este lugar, en Rosario, en la década del 90 se pone en marcha una serie de proyectos, para avanzar sobre la condición en la que se encontraba el sistema de salud.

De este modo, en la gestión socialista el eje de gobierno se centró en el proceso de descentralización, impulsado en el año 1995 en un contexto de fuertes desequilibrios sociales, económicos, entre las diferentes zonas de la ciudad. Por eso se apuntó a un entramado de decisiones y acciones orientadas a la construcción de un proyecto colectivo de la ciudad y a la instalación de una nueva forma de gestión, eficaz y cercana en la resolución de los problemas que impactan en los ciudadanos.

En este marco se delimitaron seis distritos (Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste, Sur y Centro). Los distritos están ubicados estratégicamente y funcionan como espacios comunitarios que permiten acercar la administración al ciudadano, agilizando trámites brindando un servicio directo de atención.

En salud, la estrategia de descentralización comienza con la búsqueda de mecanismos tendientes a visualizar la problemática de la salud en los espacios más reducidos para responder mejor a las necesidades. De modo que, descentralización supone la centralización puesta en la población, proporcionando ámbitos de encuentro, de

debate y definición de prioridades, promoviendo de este modo la participación popular.

En ese contexto, nos parece necesario remarcar la creación en 1990 de la Dirección de Centros de Salud a partir de la cual se integró y jerarquizó a todos los Centros periféricos, constituidos en adelante como Centros de Salud, con el fin de multiplicar, mejorar y diversificar los servicios y las acciones en los barrios más precarios de la ciudad.

De esta manera, se fortaleció el primer nivel, y se permitió facilitar su articulación con los otros efectores. Esto permitió un avance sobre la condición anterior de estaciones sanitarias aisladas, y se le otorgó un primer lugar a la atención médica de baja complejidad. En los Centros de Salud junto con el equipo interdisciplinario de profesionales, se configura y construye un espacio de interacción, diálogo, comunicación, encuentro de saberes, generando un vínculo con el vecino, fundamental para la resolución de problemas. Para que ello se dé debemos como profesionales de la salud tener la capacidad para responsabilizarnos en la atención integral de la salud de la población, reconociendo que no todas las intervenciones son iguales sino que cada una tiene sus características particulares y en función de esto, intervenir con recursos terapéuticos específicos, conforme a cada caso.

Dentro de este equipo se encuentra implicada nuestra profesión, el Trabajo Social. Su incorporación va de la mano de un proceso en donde se corre el eje biopsicista de la atención hacia la comprensión del modo de vida de la población, teniendo en cuenta las dimensiones sociales, históricas, culturales, simbólicas. Debemos involucrarnos en APS de manera transversal a los equipos de referencia dentro de la denominada línea de apoyo matricial, a partir de la interacción entre varias miradas y saberes que aporten a la construcción de un proyecto terapéutico para cada situación en particular.

Objetivos y metodología

Teniendo presente todo lo anterior, intentaremos analizar las concepciones que tienen las Trabajadoras Sociales respecto de su función en los Centros de Salud. Y a partir de allí, sugerir algunas reflexiones en torno de las principales preocupaciones, problematizándolas, complejizándolas, poniéndolas en diálogo con algunos de los autores de la profesión que trabajan sobre estos aspectos.

El interés por este tema nos surge a partir de la experiencia durante las prácticas pre profesionales realizadas en el Centro de Salud Municipal Maiztegui y de la concurrencia a

las reuniones que realizan mensualmente las Trabajadoras Sociales ancladas en la Secretaría de Salud Pública denominada “Revuelto Gramajo”.

Durante estas reuniones nos surgió el interrogante respecto a la modalidad de trabajo de dichas profesionales en la red del primer nivel de atención de la salud. Nos parece pertinente problematizar esta cuestión ya que es una temática discutida entre las Trabajadoras Sociales en las reuniones del “Revuelto Gramajo”.

Por lo tanto, los objetivos que intentaremos responder son:

Objetivo general

Analizar las concepciones de las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud de cada Distrito de la Ciudad de Rosario respecto de su función en dichas instituciones.

Objetivos específicos

- Describir el proceso histórico a través del cual fue emergiendo un nuevo modelo de salud en la Municipalidad de Rosario y que llevó a las Trabajadoras Sociales a formar parte de los equipos de los Centros de Salud.
- Reconocer el lugar que tiene el trabajo intersectorial en los equipos de los Centros de Salud.
- Identificar cómo las Trabajadoras Sociales consideran la dimensión asistencial en su práctica.

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

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

En cuanto a los procedimientos que utilizamos para la obtención de la información,

podemos mencionar las fuentes secundarias y las fuentes primarias. Para la obtención de información secundaria, las fuentes seleccionadas fueron libros, revistas tradicionales y de sitios virtuales, también documentos y textos gubernamentales: nacionales y municipales, obtenidos de sitios de Internet oficiales; y textos derivados de congresos, seminarios, jornadas, tesinas afines y los trabajos finales que realizamos en el marco de las prácticas pre profesionales de la carrera.

En lo que respecta a la obtención de la información primaria, realizamos entrevistas semi estructuradas, que son guías de un diagrama previo y definido de los ejes a trabajar; las conversaciones están orientadas pero puede modificarse o ampliarse en el transcurso de la entrevista, por lo que el sujeto puede hablar libremente, y quien entrevista puede preguntar otras cosas que no estén pre establecidas en el diagrama, para que sea más dinámica y productiva la entrevista.¹

Diagramamos dos grillas de entrevistas con un cuerpo común, variando algunas preguntas, ya que las entrevistas están dirigidas a las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud de cada Distrito de la ciudad, por un lado, y a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública, por el otro lado.

Por lo tanto, trabajamos con información obtenida a partir de las entrevistas y con fuentes escritas (realizando un análisis del material bibliográfico al cual se logro tener acceso), en forma complementaria, integrándose y enriqueciéndose mutuamente, durante todo el escrito.

En lo que respecta al criterio de selección de las entrevistas, se escogió una Trabajadora Social por Distrito Sanitario, de manera que la realidad de cada uno quede representada.

¹ Al momento de realizar las citar a las Trabajadoras Sociales entrevistadas lo hicimos de la siguiente manera:

Trabajadora Social Centro de Salud Distrito Sur (TS CS DS)
Trabajadora Social Centro de Salud Distrito Norte (TS CS DN)
Trabajadora Social Centro de Salud Distrito Oeste (TS CS DO)
Trabajadora Social Centro de Salud Distrito Noroeste (TS CS DNO)
Trabajadora Social Centro de Salud Distrito Suroeste (TS CS DSO)
Trabajadora Social Centro de Salud Distrito Centro (TS CS DC)
Coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública (CDTS)

La tesis se encuentra dividida en cinco capítulos.

En el capítulo uno, tratando de conformar una definición de salud, expondremos modelos y paradigmas en la concepción de salud, desde la década del 60 en adelante. Puesto que este concepto fue variando con los años y con los cambios culturales, políticos, económicos, tecnológicos.

En el capítulo dos, haremos un desarrollo y profundización de la Atención Primaria de la Salud. Esta estrategia marcó un modo diferente de abordar la salud, ya que consideramos a la APS como la puerta de entrada al sistema de salud. Por lo que debe tener un carácter integral y el acceso debe ser centrado en aquellas personas para quienes está diseñada esta red. Y como en todo cambio, hay influencias producto de procesos que se iniciaron en periodos anteriores, la Salud Colectiva da un marco de referencia a los cambios producidos en la APS en Rosario.

En el capítulo tres, describiremos el modelo de atención de salud en Rosario. Tomando como punto de partida el proceso de descentralización, y la creación de la Dirección de Centros de Salud, ambos proyectos son planteados con la idea de generar un nuevo modelo de salud, acercando la salud a la población y así generar un vínculo facilitador del abordaje de situaciones.

En el capítulo cuatro, haremos un recorrido de cómo se fue incorporando el Trabajo Social como profesión al campo de la salud y más precisamente a los Centros de Salud. Dado su dimensión política, las Trabajadoras Sociales tenemos la capacidad de reflexionar, a fin de construir un proyecto crítico frente a la realidad social que intervenimos.

En el capítulo cinco, haremos mención del trabajo interdisciplinario e intersectorial que se lleva adelante en el Centro de Salud y expondremos las entrevistas realizadas.

CAPITULO 1 PARADIGMAS Y CONCEPCIONES DE SALUD

A pesar que el concepto de salud esta naturalizado y parecería que para todos es lo mismo, nos resulta difícil encontrar definiciones abarcativas que posibiliten precisar lo que representa la salud.

Para avanzar sobre este punto, expondremos de modo breve los modelos y paradigmas que describen los cambios en la concepción de salud, consecuencia de las diferentes corrientes de pensamiento. Puesto que a lo largo del tiempo el concepto de salud se ha modificado a partir de los cambios culturales, políticos, económicos, sociales y tecnológicos.

1.1 Paradigmas de salud

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

La Salud Pública convencional miró a la población como “objeto” a ser intervenido por parte de la ciencia positivista, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población. La población debía ser intervenida por la ciencia y la técnica a la vez que se le proponía olvidar su cultura particular, la cual era considerada como riesgosa.

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

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

Este modelo no permitía la integración de distintas disciplinas en la explicación de la salud-enfermedad y concebía por separado lo biológico y lo social, de modo que la

enfermedad se limitaba al plano individual, excluyendo de sus consideraciones los aspectos psíquicos y sociales. Desde esta perspectiva, la enfermedad era concebida como un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico, y la salud como la ausencia de enfermedad, reduciendo lo humano a lo biológico. Dando lugar a un modelo despersonalizado, donde en la relación médico-paciente se soslayan las emociones y preguntas, quedando el paciente (sujeto) ubicado en un rol pasivo y subordinado.

Desde este lugar, recuperamos el planteo que hace Menéndez de que lo biológico es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biologicistas. Se ignora los hechos históricos de larga duración y se utiliza como variables las que tienen que ver con los procesos biologizados como son el sexo y la edad.

Entonces, para la práctica médica la enfermedad es un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico, desarticulando todo tipo de relaciones con las posibles determinantes sociales.

En la década del sesenta el modelo médico hegemónico comienza a ser cuestionado, a partir de que empezó a tomarse en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de la enfermedad. De modo que las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica tuvieron un fuerte énfasis en lo social, y se trató de alejarse de la clínica para acercarse un poco más a la sociedad.

De ahí que se comenzó a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, contemplando así, el medio ambiente y la participación activa de la comunidad en el proceso de salud. Desde este lugar la epidemiología pasó de la unicausalidad a la multicausalidad.

Con la Medicina Comunitaria, se proporcionaron procedimientos preventivos y curativos dirigidos a las familias o grupos de la población, procurando, a partir de programas comunitarios de salud, la extensión de la cobertura a poblaciones hasta ese momento excluidas del cuidado de la salud. Desde este modelo se implementaron centros comunitarios de salud, administrados por organizaciones no lucrativas y subsidiados por el gobierno federal, destinados a efectuar acciones preventivas y generar cuidados

básicos de salud a la población residente en áreas geográficamente delimitadas.

Estos programas de educación en salud contaron con agentes y fuerzas sociales locales capaces de posibilitar una integración de los equipos de salud en las comunidades problemáticas, a partir de conocer los procesos socioculturales y psicosociales.

Por su parte la Medicina Preventiva se centró en el cuidado médico para prevenir la enfermedad, tomando los enunciados de los diferentes campos teóricos. El ser humano se concibió desde la comunidad y no ya, en forma aislada. De este modo la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un proceso salud-enfermedad del grupo, la población, la colectividad.

Un modelo más amplio que los anteriores es el de la Medicina Social, el cual reconoció el carácter histórico-social de la salud, concibiendo las determinaciones sociales en el proceso de salud enfermedad. “La medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina” (Iriart y otros, 2002:130).

En este modelo el proceso salud-enfermedad se determinó por los “modos de vida” en palabras de Iriart, por lo tanto la salud de la población no depende solo de las simples intervenciones médicas sino que deben involucrarse cambios en lo social.

“Se postula en ese movimiento que la medicina es política aplicada en el campo de la salud individual y que la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad. La participación política es la principal estrategia de transformación de la realidad de salud, en la expectativa que de las revoluciones populares resultara democracia, justicia e igualdad, principales determinantes de la salud social” (Almeida Filho, Silva Paim, 1999:9).

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva más social, ya que se dejó de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se lo describió con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convirtieron en el objeto de estudio.

A finales de la década del setenta comienza a sonar el término Salud Colectiva (SC) como concepción de la salud. Su surgimiento resulta, por un lado de la crítica a los diferentes movimientos y proyectos de reforma en salud y, por el otro de la elaboración teórico-epistemológica y de la producción científica, articuladas en las prácticas sociales.

En tanto campo de conocimiento, la SC contribuyó con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investigó la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procuró comprender las formas con que la sociedad identificó sus necesidades y problemas de salud y se organizó para enfrentarlos.

Este modelo de salud planteó la idea de comprender a la salud en forma histórica y contextualizada, generando una desbiologización del campo de la medicina preventiva e instaurando un proceso en el cual se redistribuyeron los poderes entre los diferentes profesionales en el área salud. Dando lugar a una práctica multifasética donde se encuentra incluida la práctica política. “La SC abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionadas al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que presentan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que pueden tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía” (Liborio, 2013:139).

Salud Colectiva como campo donde se produjeron saberes y conocimientos acerca de la salud y operaron distintas profesiones que la contemplaron bajo varios ángulos. La Salud Colectiva se constituyó como un campo interdisciplinar, dinámico y recompuesto a partir de una producción teórica consistente.

Es necesario aclarar que los modelos que describimos no son considerados como un corte neto en un determinado periodo, sino parte de un entretejido donde no es posible delimitarlos.

1.2 Concepciones y definiciones de salud

Como mencionamos anteriormente el concepto de salud a lo largo del tiempo fue puesto en discusión, observándose el pasaje desde un paradigma positivista, con una mirada biologicista, a otro modo de pensar la salud, mirada que nos involucra con la idea de la salud como un proceso, donde la noción de enfermedad pierde centralidad, para incluirse como un factor más junto con factores económicos, culturales, políticos, ideológicos.

Frente a esta situación, avanzado el siglo XX se estableció un nuevo concepto de salud, partiendo de un sentido social a partir de que la Organización Mundial de la Salud

(OMS) la define como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”. Esto significó un avance, porque incorporó la perspectiva de comprender a la salud no solamente como un hecho físico, sino como un hecho mental y sobre todo como un hecho social, quebrando la visión unicausal de la salud. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Cuando se incluyen los aspectos mentales y sociales se da una comprensión de mayor amplitud del concepto salud-enfermedad.

Floreal Ferrara (2009), sostiene que la definición de salud planteada por la OMS, marca una apreciación básica de bienestar, la de otorgarle a la salud la perspectiva de incluir con el bienestar sus atributos de sentirse bien o de estar bien, transformando de esta forma a la definición en una simple, a histórica, estática e irreductible tautología. La salud, dice Ferrara, tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes, para transformar aquello que requiera ser cambiado y permita crear las condiciones para que se pueda generar un ámbito preciso para vida óptima de la sociedad.

Por otro lado, en su entrevista, Ferrara sostiene que “la salud es también un acontecimiento antagónico, porque el que está sano está peleando cotidianamente contra esta situación de injusticia social, de injusticia política, de injusticia económica y el que está enfermo está absorbido por alguien que antagónicamente le impuso una condición determinada” (Svampa; 2010: 45,46).

“Para la salud más que sus cuantificaciones biológicas y aún psicológicas y sociales lo que importa es su concepto dinámico producido y produciéndose en el propio tiempo histórico-social que la determina” (Ferrara; 2009).

Comprendemos como Ferrara a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como una lucha por resolver los conflictos que se presentan.

En el presente trabajo nos interesa destacar esta definición, ya que creemos que la salud es cuando, un individuo y/o una sociedad reconoce los conflictos, y acciona frente a ellos, entendiendo que los conflictos son parte de la vida misma y que responden a un tiempo histórico y social. Es así, como se empieza a hablar de salud y enfermedad como el resultado de procesos sociales y continuos intercambios en la sociedad. Pensamos a la salud como un proceso que va mas allá de los aspectos biológicos, identificándose con los determinantes sociales, teniendo en cuenta que el derecho a la salud debe ser

garantizado para toda la población.

Los problemas de salud son problemas sociales, y si bien se expresan en cada individuo a través de los problemas que padece, no es individualmente como se los va a resolver, sino como sociedad sosteniendo y fortaleciendo la capacidad de lucha. Cada sujeto tiene su propia historia y su propia construcción del problema, por tanto no puede haber estrategias universales para enfrentarlos, sino estrategias singulares, y estas estrategias deben comprender cómo piensan y reconocen su problema quienes lo sobrellevan.

CAPÍTULO 2 ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

En este capítulo haremos una profundización de la estrategia de salud denominada Atención Primaria de la Salud. La misma, provocó cambios en el modo de abordar la salud y por ende los modos de gestión.

También haremos una breve descripción de aquellas premisas que influyeron en el discurso de APS en Rosario

2.1 Los orígenes de la Atención Primaria de la Salud

El inicio de esta estrategia fue marcado por la idea, de la mayoría de los sectores de salud del los países del mundo, de ampliar la cobertura e incluir la participación social en los proyectos de salud. El objetivo fue que reciban una atención en salud adecuada, reafirmando la salud como derecho del hombre, bajo la responsabilidad política de los gobiernos y reconociendo su determinación intersectorial.

Del 6 al 12 de septiembre de 1978, en Alma Ata, se llevó adelante la conferencia internacional de Atención Primaria en Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Contó con la participación de 134 gobiernos y representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y Organizaciones no Gubernamentales que mantuvieron relaciones oficiales con la OMS y el UNICEF.

Se acordó, en la misma, la necesidad de que todos los gobiernos, agentes de salud y de desarrollo y la comunidad mundial, desarrollen medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos.

De esta conferencia internacional surge la Atención Primaria en Salud como la estrategia para lograr el grado máximo de salud para toda la población.

El reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad en garantizar los cuidados de salud son las consignas para alcanzar el lema “Salud para todos en el Año 2000” (SPT-2000). Se buscó, de ese modo, incorporar los avances técnicos de la medicina y de la salud pública a costos compatibles, a partir de definir políticas, estrategias, prioridades, modelos de atención, gestión y organización de los servicios. Se asumió de esta manera una propuesta política de extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud.

2.2 Declaración Alma Ata perspectivas de APS

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

Reconoció una desigualdad en el estado de salud de la población, fundamentalmente entre los países en desarrollo y los desarrollados también dentro de cada país, motivo de preocupación común de todos los países.

Se incorporó como derecho y deber que la población participe individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

A los gobiernos les cupo la obligación de cuidar la salud de sus pueblos adoptando, para ello, medidas sanitarias y sociales adecuadas. Se planteó como objetivo principal de los gobiernos “que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Declaración de Alma Ata, 1978: 3). La atención primaria fue la estrategia para alcanzar esa meta.

Se definió a la Atención Primaria como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración de Alma Ata, 1978: 3,4).

Se basó en los principios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para resolver los problemas de salud de la comunidad. Las actividades se centraron en: la educación sobre los problemas de salud; promoción del suministro de medicamentos, alimentos, agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil; tratamiento

apropiado de las enfermedades y traumatismos.

Se hizo hincapié en la participación de todos los sectores y campos de actividad, como así también la autorresponsabilidad de la comunidad y del individuo en la planificación, organización y funcionamiento de la Atención Primaria de Salud. Se basó en el trabajo interdisciplinario formando un equipo de salud y atendiendo a las necesidades de la comunidad. Los casos fueron abordados de modo integral y funcional para lograr el mejoramiento progresivo de la atención sanitaria, dando prioridad a los más necesitados.

Se apostó a una solidaridad entre todos los países para garantizar la Atención Primaria en salud para todo el pueblo, debido a que el logro de salud de un pueblo beneficia a los demás países.

A partir del reconocimiento universal de la salud como derecho y objetivo social, y en el convencimiento de que la misma debe pensarse de forma contextualizada, es decir, considerando las condiciones concretas de existencia de cada región, los organismos sanitarios internacionales propusieron la estrategia de APS como el instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y mejorar las condiciones de salud generales.

Al plantear estos puntos, la APS inauguró una necesaria readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad. A partir de una mayor eficiencia en el uso y distribución de los recursos se posibilitó acceder a los servicios de promoción, protección, curación, rehabilitación y tratamiento, es decir, accesibilidad a la atención de la salud oportuna, igualitaria e integral.

Pensamos que al considerarse la APS como parte de un sistema público de salud, debería constituirse como una de las principales puertas de entrada al sistema de salud. Para que esto sea posible planteamos como necesario el carácter ampliado, integral y la capacidad de cada equipo de combinar modos de intervención para cada caso.

2.3 El devenir de la meta salud para todos

Como veníamos planteando anteriormente, la estrategia de atención primaria surge como una propuesta para cumplir con la meta salud para todos en el año 2000, propugnada por la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud.

Esta propuesta, más allá de las particularidades que pudo tener a nivel nacional, fue aceptada de manera universal, en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de la salud de las personas dentro de cada

nación.

A fines de los años ochenta, en el país, la asociación entre la meta salud para todos y la estrategia de Atención Primaria de la Salud entró en crisis. Ya que había sectores de la población que no accedieron a la atención de su salud, profundizando, así, sus desigualdades. Esto se debió a que los recursos en la sociedad fueron asignados en base a los intereses del mercado. De esta manera la salud de la población se vio afectada, ya que se promovió a una limitación del gasto en salud y un incremento del gasto de la medicina curativa, dejando de lado la prevención, transformando la atención de salud, derecho humano, en una mercancía. "...mientras que para la lógica sanitaria más vale prevenir que curar, probablemente para el mercado en muchos aspectos y aplicaciones concretas termine resultando más vale curar que prevenir" (Rovere, 2006:17).

Se nos hace necesario analizar este proceso en la coyuntura política global. El Estado se encontró sujeto a los postulados de la corriente neoliberal que aplicó fuertes políticas de ajuste cuyo objetivo fue dirigido a disminuir el gasto social. De modo que la perspectiva neoliberal empezó a hacerse dominante con respecto al rol del estado y de sus políticas sociales. El neoliberalismo provocó una fragilización para enfrentar colectivamente los problemas de salud. La opción del recorte en los gastos públicos como respuesta a la crisis del Estado comprometió la salud pública, a través de las propuestas del Banco Mundial que valorizaron la eficiencia y la eficacia en detrimento de la equidad mediante políticas de ajuste macro-económico. Esta desvalorización de la salud pública produce una tecnificación de la práctica médica y una biologización de los discursos de la salud (Almeida Filho, Silva Paim 1999).

"Por un lado, la falencia del Estado de bienestar y del modelo de la seguridad social, determinada por una crisis fiscal, tiene como contrapartida el fracaso del socialismo de Estado (y del modelo de la medicina global socializada), asolado por una crisis de productividad y de incorporación tecnológica. Por otro lado, la receta del neoliberalismo (y del modelo asistencial privatizador total) ha alcanzado resultados mediocres en lo que se refiere a la cuestión social, incluyendo salud, conforme se evidencia en el fracaso de los gobiernos para cumplir las metas de Salud para Todos en el año 2000" (Almeida Filho, Silva Paim 1999:17).

De esta manera podemos decir que la salud de la población se encontró determinada por las fuerzas predominantes de la economía mundial. La APS se convirtió en una política Estatal diferenciada, dirigida a los más pobres, cuyo objetivo fue reducir el

gasto en salud.

Mientras a nivel Nacional se estaba presenciando ese escenario. A nivel Municipal, Rosario comenzaba un proceso de fortalecimiento del modelo de salud. Con la idea de generar políticas que alcancen una cobertura universal de la población.

En la actualidad, la Atención Primaria de la Salud representa el primer contacto de los sujetos con el servicio salud y constituye el primer eslabón de una cadena mas amplia en el proceso de atención de salud.

Frente a lo descripto, cabe preguntarnos ¿Cómo es ese acceso? ¿Todas las personas tienen la posibilidad de acceder? Es importante al momento de hablar de acceso al primer nivel tener en cuenta que mucha gente no accede al centro de salud por diferentes motivos como pueden ser entre otros, larga espera, turnos programados dados con mucha anticipación, cierto nivel de maltrato, etc. En este sentido tiene que haber equidad en el proceso de atención, entendiéndola como darle más a quien más lo necesita y no a quien tiene la capacidad de gritar más fuerte. Por lo tanto el acceso tiene que estar pensado en base al ciudadano, ya no supone centrarse sólo en aquel que accede a los servicios de salud, sino que supone también centrarse en quien no puede acceder a los mismos.

Retomando lo ya citado, la Salud Colectiva ha planteado como forma de superación de la crisis de la salud pública y de viabilidad de las metas de Salud Para Todos, la construcción de políticas saludables, a través de mayor y más efectiva participación de la sociedad en las cuestiones de vida, salud, sufrimiento y muerte.

2.4 Elementos que confluyen en el discurso sobre APS en Rosario

Teniendo todo lo anterior como premisa y teniendo presente que las innovaciones no sólo surgen de nuevas ideas que llegan a un espacio de gestión, sino que son el producto de procesos que se iniciaron en periodos anteriores (Jimenez, 2009), la Municipalidad de Rosario, toma las premisas de la Salud Colectiva, para la construcción del modelo de salud y para alcanzar la meta de salud para todos.

Este movimiento se constituyó a partir de la negación de la medicina hegemónica, rescatando la dimensión social de la enfermedad. Con el fin de garantizar la salud a las personas plateó actuar sobre el territorio, las instituciones y la colectividad, marcando una articulación de la salud con la estructura de la sociedad a partir de sus dimensiones económicas y político ideológicas.

La Salud Colectiva fue definida por un lado, como campo en el que se producen conocimientos sobre salud, y donde operan distintas disciplinas, que la contemplan desde diferentes ángulos. Por otro lado, como ámbito donde se llevan adelante prácticas que toman como objeto las necesidades en salud, como instrumento de trabajo los distintos saberes, disciplinas, tecnologías y como actividades aquellas intervenciones centradas en los grupos sociales y en el ambiente.

Un punto fundamental de este enfoque lo planteó Souza Campos al mencionar la clínica de calidad, ésta misma planteó cuatro puntos centrales que los equipos de salud de la Municipalidad de Rosario retoman. Como primero, en la demanda, destacar aquellos casos que merecen una atención especial para comenzar un proyecto terapéutico; segundo, que el equipo de salud identifique aquellas familias y dentro de ellas aquellos individuos que merecen una atención especial. Este trabajo de registro debe ser considerado por los equipos como un instrumento de evaluación del riesgo y de definición de prioridades; tercero, para aquellos grupos de riesgo priorizados hay programas de salud estructurados, es importante que el equipo de salud tenga una evaluación del impacto de estos programas sobre los grupos de población; cuarto, es importante que el equipo de salud esté abierto a las prioridades que construyen otros compañeros, así pacientes provenientes de otras instituciones o servicios, serán acompañados de modo especial. De este modo, cada equipo, con el tiempo y de acuerdo a sus recursos disponibles construya grupos de pacientes y familias que merecen acompañamiento especial (Souza Campos, 2004).

La práctica de la clínica de calidad se basó en una propuesta terapéutica, centrada en la construcción y fortalecimiento de vínculos entre el paciente y los equipos de salud. Según Souza Campos este vínculo se va a dar siempre y cuando el equipo tenga la capacidad para responsabilizarse por la atención integral de la salud de aquellos que viven en un territorio dado y la capacidad de encargarse de todos aquellos casos que exigen una atención especial. Esto tiene que ver con darse cuenta de que no todas las intervenciones son iguales sino que cada una tiene sus características particulares y en función de esto intervenir con recursos terapéuticos específicos, conforme a cada caso.

En palabras de Souza Campos “un servicio de atención primaria que atiende a todo el mundo que lo demanda y que no consigue distinguir entre los pacientes, no hace clínica de calidad”. En esta clínica de calidad, el papel del profesional además del cuidado de la salud de la población, es estimular la capacidad de las personas para enfrentar los

problemas a partir de sus condiciones concretas de vida. De modo que la población tenga la capacidad de interpelación de las prácticas en salud.

Además, toca identificar aquellos problemas de salud que dependen del contexto social y cultural, articulando proyectos de intervenciones sobre el territorio o sobre instituciones específicas. El conocimiento de la población no es solo en relación a los aspectos demográficos y geográficos, sino entenderla en un espacio social y cultural, donde tomen parte en las decisiones sobre salud, es decir, que haya una capacidad de interpelación por parte de la población de las prácticas en su salud.

Otro concepto clave de la Salud Colectiva fue el de adscripción, como se anunciaba más arriba tiene que ver con enfatizar en la construcción de un vínculo terapéutico entre los equipos de salud y los pacientes, requiere de la responsabilización de los trabajadores de los equipos por la salud de la comunidad, llevando adelante un trabajo en equipo y con la población.

A su vez, la adscripción, dentro de la argumentación que da la Municipalidad de salud pública, se vincula con la noción de equidad, entendida como la utilización de los servicios en relación a las necesidades de la población, siendo éstas quienes organizan el proceso de trabajo en los efectores.

Un reporte de la OMS definió que la equidad en salud supone que toda la población debe tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, y que nadie puede estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello sea evitable.

La equidad en salud parte de vislumbrar el contexto más amplio de búsqueda de justicia social, en la medida en que su realización implica la posibilidad de alcanzar la igualdad en los resultados de salud para los distintos grupos o clases sociales según sus necesidades heterogéneas y diferenciales, donde serán indispensables las condiciones sociales que generan dichos resultados. En este sentido el concepto de equidad se relaciona con los determinantes sociales, económicos, políticos, que afectan el estado de salud de la población.

La equidad en salud se da a partir de generar procesos de trabajo orientados hacia la constitución de organizaciones implicadas en la transformación de la realidad sanitaria, territorializando los problemas y permitiendo un abordaje multisectorial acorde a su complejidad y evitando recaer en modelos medicalizados carentes de eficacia y eficiencia.

La Municipalidad de Rosario tiene estas premisas como elementos fundamentales y toma de ellas los referentes: anclaje territorial, responsabilización de los equipos por una

población determinada, anclaje territorial, participación y equidad. De ahí piensa al primer nivel de atención (Centro de Salud) como aquel que tome una población a cargo y en base a ella organice el sistema, sabiendo quiénes concurren, dónde viven, qué les pasa, saliendo a recorrer el barrio. Es decir, el Centro de Salud debe ser deformable a las necesidades de cada barrio y desplegar estrategias acorde a estas necesidades, llevando adelante la nominalización de la población a cargo, garantizando un trabajo de planificación que incluya resultados en el marco de un plan general, adecuado a cada realidad.

Las actividades de los Centros de Salud no se deben reducir a la asistencia y seguimiento de su grupo adscripto, sino incluirse en el marco de otro tipo de actividades diseñadas por el equipo de salud completo que apunten a ampliar la clínica y a abordar determinados problemas de salud en el nivel poblacional. A su vez se deben garantizar una participación comunitaria y organizada, donde la población pueda formar parte de sus decisiones.

CAPÍTULO 3 HISTORIA DE SALUD PÚBLICA EN ROSARIO

En contraposición al escenario Nacional en Rosario el gobierno Socialista pone en marcha una serie de proyectos, para avanzar sobre la condición en la que se encontraba el sistema de salud, cuyo eje estaba puesto en los hospitales. Se generó un vínculo entre los profesionales y la población facilitador de las intervenciones.

Por lo tanto en este capítulo pretendemos hacer una descripción del modelo de atención de salud pública en Rosario, basado en la estrategia de Atención Primaria. Para ello haremos una breve historización de la salud pública tomando como punto de partida y de inflexión el proceso de descentralización y la creación de la Dirección de Centros de Salud, ya que a partir de ellos se generan grandes innovaciones en salud pública.

3.1 Descentralización y participación

La Municipalidad de Rosario con la idea de buscar mecanismos tendientes a visualizar la problemática de la salud en los espacios más reducidos y responder así mejor a las necesidades; con la idea de que los ciudadanos tengan las mismas posibilidades de acceso a los servicios, a la salud, a la educación, a la recreación; y con el derecho a participar en las cuestiones públicas e integrarse socialmente, puso en marcha, en 1995, la propuesta de descentralización.

El gobierno ejecutó su política de descentralización desde dos claves conceptuales: una, requiere la cercanía y la participación activa de los vecinos en los asuntos públicos, y otra, apunta sus acciones hacia un nuevo modelo de desarrollo, más democrático y armónico, para superar desequilibrios territoriales y sociales. Llevó adelante estrategias específicas para la realidad particular de cada zona de la ciudad; acercó la administración a los vecinos, para lograr una gestión más directa; y coordinó el accionar de cada una de las áreas Municipales en una gestión única a nivel distrital.

Este proyecto fue pensado en un contexto de desequilibrios económicos y sociales entre las diferentes zonas de la ciudad, extendiéndose y alejándose del área central. Mientras la infraestructura edilicia y los servicios del área central estaban casi desbordados, el resto de la ciudad aparecía como un territorio lejano y desconocido.

Se apuntó a una redistribución del poder para crear un mayor grado de autonomía decisoria por parte de los ciudadanos, con la idea de acercar al barrio la planificación y evaluación de políticas públicas y la formulación de planes urbanos por distrito, a partir del establecimiento de oficinas Municipales cerca de los vecinos.

En este marco se delimitaron seis Centros Municipales de Distrito (CMD): Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste, Sur y Centro, ubicados estratégicamente. En la actualidad nuestra ciudad sigue contando con los CMD.

Los CMD, son espacios comunitarios que permiten acercar la administración al vecino, agilizando trámites y brindando un servicio directo de atención al ciudadano.

En cada uno de ellos funciona un área de Servicios Administrativos (con oficinas de Atención al vecino y Mesa General de Entrada, Catastro y Obras Particulares, Registro e Inspección, Transito y Tribunal de Faltas y Finanzas), un área de Desarrollo Urbano y otra de Servicios socioculturales. También operan sucursales del Banco Municipal de Rosario, del Registro Civil, de la Administración Provincial de la Energía, de Aguas Provinciales de Santa Fe y de Litoral Gas (“DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO 2003).

En los CMD se facilita la coordinación de políticas públicas que llevan adelante las diferentes áreas ejecutivas (Planeamiento, Producción, Promoción Social, Salud, Cultura, Deportes, Vivienda y otras) en los territorios del Distrito impulsando procesos de transformación y de equilibrio territorial. Paralelamente se coordinan acciones Municipales con Organismos Oficiales, Entidades Comunitarias y Operadores Privados para favorecer el desarrollo de emprendimientos concretos.

Al mismo tiempo, se favorece la participación ciudadana, como ámbitos de encuentro y debate de las organizaciones barriales, a partir de donde se canalizan las inquietudes de los vecinos interesados en el desarrollo de cada sector de la ciudad.

En resumen, la delimitación de Distritos tiene que ver con la definición de un espacio geográfico y el desplegar acciones específicas sobre ese barrio; y a su vez la creación de los Centros de Salud en los barrios. Cada equipo de gestión posee autonomía para definir prioridades, estrategias, para abordar y evaluar las acciones, siempre contando con el protagonismo de la población.

La participación ciudadana constituye un elemento que debe estar presente en todo proyecto sanitario que pretenda ser viable. En la ciudad de Rosario una de las experiencias más significativas de la participación ciudadana tiene que ver con el presupuesto participativo, implementado en la ciudad a partir del año 2002, el cual se presentó como un sistema de planificación presupuestaria que instrumentaría la participación directa de la población en la definición de prioridades y la distribución de los recursos del presupuesto Municipal, que anteriormente había estado en manos de

expertos y funcionarios, buscando, de esta manera, que acceda al barrio la planificación y evaluación de políticas públicas.

El presupuesto participativo permite el intercambio de ideas, donde se definen las propuestas para cada barrio. “Nadie mejor que el vecino para pensar proyectos para su barrio y decidir su realización” (Municipalidad de Rosario. Presupuesto Participativo: 1). Éste se desarrolla anualmente, contando con diferentes momentos, primera ronda de asambleas barriles, consejos participativos de distrito, segunda ronda de elección de proyectos, tercera ronda de cierre, se realiza un balance de lo ejecutado en el año, pensando cuáles serían los proyectos para el próximo año. Participan todos aquellos mayores de dieciséis años, y las votaciones de los proyectos que presentan los representantes de la población se realizan en cada Centro de Distrito. Así cada Distrito se constituye en una unidad de participación para consensuar y planificar la gestión local.

De este modo la Municipalidad pretende un trabajo integrador, recuperando la idea de territorialidad, donde cada efector de salud tenga autonomía para tomar decisiones, dando protagonismo de la comunidad en la distribución de prioridades, estrategias para abordarlas y la evaluación de las acciones.

La descentralización de la oferta de servicios en los territorios, favoreció la presencia de otras áreas de la Municipalidad, además de salud, generando un anclaje territorial. Una gran cantidad de talleres destinados a jóvenes se establecieron en los Centros Municipales de Distrito y en los barrios directamente.

Los Centros CRECER se crearon en 1997, ofrecieron asistencia nutricional y pedagógica a niños de entre dos y cinco años. Como antesala de su creación se encontraron el Programa Materno Infantil y los Centros de Desarrollo Infantil nacidos en conexión con Unicef y el Banco Mundial, cuando el intendente era Cavallero.

“...lo que era Promoción Social tenía otra presencia tanto como lo que era los Centros CRECER, el Servicio de Atención Ciudadana (SAC), con todo lo que uno le puede discutir en ese momento, en como pensaban los criterios y demás a la hora de intervenir, al menos tenían gente descentralizada por distrito que venía, hacía visitas, seguimientos y demás; tomaban situaciones ellos que no necesariamente pasaban por nuestra órbita. Yo creo que aun cuando uno tiene diferencias, cuando hay acompañamiento siempre suma...” (TS CS DS).²

² Creemos necesario aclarar que el Programa de Asistencia e Intervención Directa (PAID), dependiente de la Secretaría de Promoción Social, fue creado en 1999 para atender la demanda de los

Para los años 2000 los centros CRECER no existieron más en los barrios (a partir de que se dejaron de destinar recursos, económicos, humanos y tecnológicos). Dado el declive de la presencia territorial en los barrios se crean los Centros de Convivencia Barrial (CCB), destinados a abarcar la segunda infancia, dando contención a niños entre siete y doce años y a jóvenes hasta los dieciséis años.

Según la página oficial de la Municipalidad de Rosario, los CCB promueven actividades para niños, jóvenes y personas mayores, desarrollándose instancias de capacitación, recreación.

3.2 Panorama de Salud Pública Rosario

A partir de este proceso de descentralización se logró avanzar sobre la condición en la que se encontraba el sistema de Salud Pública de Rosario, donde el eje estuvo puesto en los Hospitales. Éstos concentraron el mayor poder, saber y atención, sin conexión con los Centros de Salud periféricos. En los pocos Centros de Salud que hubo, el trabajo en equipo interdisciplinario no fue frecuente. Los profesionales no médicos se encontraron subordinados jerárquicamente a los médicos (Rovere, 2006).

En el mismo contexto, antes del cambio de paradigma en salud, el modelo de atención Municipal se orientó hacia la atención de enfermedades infectocontagiosas y de la salud materna infantil con una orientación asistencial y curativa, con una escasa atención hacia el desarrollo de acciones de rehabilitación, seguimiento, prevención, promoción y trabajo sobre determinantes sociales de la salud.

Los Centros de Salud, dependientes de los hospitales, estuvieron ubicados en áreas cercanas o en el interior de asentamientos informales. Fueron considerados dispensarios o estaciones sanitarias. Esto "...expresaba la concepción desde la cual se trabajaba hasta ese momento; la localización de los Centros era hecha en base a criterios guiados por el clientelismo político y existía un predominio absoluto del enfoque de atención de la demanda espontánea..." (Rovere: 15). "No se puede seguir poniendo el eje del compás en

ciudadanos de Rosario en situación de vulnerabilidad, de modo que éste programa concentró los aspectos referidos a la transferencia de bienes y/o servicios. Se diagnosticó, categorizó y evaluó las distintas alternativas de intervención que puedan llegar a demandar recursos de la Secretaría de Promoción Social o de la actuación de otras áreas municipales con las que se establecieron convenios. Hoy en día el PAID, pasó a denominarse Servicio de Atención Ciudadana. La especificidad del área tiene que ver con el fortalecimiento de los sujetos para que transitan situaciones de vulnerabilidad social, y poder realizar intervenciones asistenciales ante situaciones de emergencia en pos de superarlas.

el Hospital y a partir de ahí decir que todo el resto de la atención es periférica y en consecuencia la población más periférica aun” (Rovere, 2006:23). Esto provocó una desarticulación entre los Efectores de Salud haciendo nula la derivación de pacientes entre los diferentes efectores.

En este marco para 1989, el aspecto fundamental se estableció cuando se pensó en la creación de una Dirección, para pensar la Atención Primaria de la Salud como punto de partida de la red de atención, mejorando de este modo las condiciones de acceso, fortaleciendo el lazo y vínculo con la comunidad.

La Dirección de Centros de Salud se crea en 1990. Funcionó como una instancia de coordinación de los distintos niveles, con jerarquía equivalente al resto de las direcciones de la Secretaría de Salud Pública. A partir de 1993 obtuvo asignación presupuestaria específica, permitiéndole coordinar los Centros de Salud y articular el trabajo entre ellos y los Hospitales.

Esto implicó una nueva manera de pensar la atención de la salud, avanzando sobre la condición anterior de estaciones sanitarias aisladas, y otorgándole un primer lugar a la atención médica de baja complejidad, favoreciendo la creación de nuevos Centros de Salud.

En esta nueva concepción la clave es quién está más cerca de la población, el llamado Centro Periférico adquiere centralidad. El objetivo es construir y configurar, junto a los trabajadores de dichas instituciones y la población, un espacio de convivencia, dialogo y comunicación, fortalecedor del vínculo como herramienta de trabajo.

El Hospital adquiere así, una nueva funcionalidad, resolver aquello que excede la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención. De modo que los programas de atención que se ejecutaban en los hospitales comenzaron a ejecutarse en los Centros de Salud, dándose traslado de los pacientes hacia los mismos. Se establece una red de servicios integral e integrada, propiciando la coordinación entre el Primer Nivel y los Hospitales. Lográndose un Centro de Salud cercano a la población, donde puedan sentirse acompañados en la resolución de sus problemas.

Con este modelo de atención de salud se establece la lógica del trabajo en red. Pensando en la derivación de los pacientes a los efectores necesarios y al mismo tiempo la articulación institucional. Esta idea de red como organigrama desarticula las formas piramidales o jerárquicas de organización, asume la heterogeneidad y tiene en cuenta que la relación entre instituciones es una relación entre personas y por eso constituye el

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

No sólo es una estructura que permite vincularse con el afuera, sino también permite formas de vincularse con el adentro, redes intrainstitucionales.

La lógica de redes en salud reconoce la importancia de todos los actores y colectivos que conforman la sociedad, al generar un vínculo con los otros, sujetos de derecho y usuarios del sistema de salud. La estrategia del trabajo en red en la salud Municipal está conformada por tres niveles de atención:

El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente.

El segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, dos maternidades, el Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA).

Esta red se completa con el servicio de Internación Domiciliaria y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) con ambulancias para traslados y emergencias.

Además la municipalidad cuenta con el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM), creado en el año 1996, para resolver el desabastecimiento de insumos, reemplazando la producción privada, evitando la compra de los medicamentos, y reduciendo los costos del sector de la salud pública Municipal. El LEM produce y distribuye medicamentos para los usuarios de los efectores Municipales.

La Secretaría de Salud Pública cuenta también con el Instituto de la Salud “Juan

Lazarte”, que contribuye a la capacitación formal del personal del área para mejorar la atención desde el modelo de salud pública y del campo social. Este instituto se crea, en 1993, a partir de un convenio tripartito entre la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional de Rosario y el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica (CESS), toma de esta última institución la investigación en el campo social y sanitario, con el fin de pensar a las instituciones de formación por fuera de las facultades de medicina tradicional.

Consideramos necesario mencionar el CEMAR como institución que permite una mejor articulación de la red. Inaugurado en 1999, cuyo objetivo es brindar acceso a métodos de diagnóstico y tratamiento especializado ambulatorio. También sirve de apoyo al Primer Nivel de Atención, brindando posibilidades de diagnóstico y de atención en las distintas especialidades médicas para pacientes provenientes de los Centros de Salud que requieran consultas especializadas o estudios de alta complejidad. Sólo se accede por referencia del Primer Nivel, a través de turnos programados.

Los consultorios sólo reciben pacientes derivados de los Centros de Salud y no por demanda espontánea. Esta nueva gestión promovió la articulación de la Atención Primaria de forma territorial con el Hospital de referencia, cambiando la relación Hospital Centro de Salud. Así los Centros de Salud comenzaron a agendarle las prioridades al Hospital de acuerdo a la situación concreta del barrio.

La creación del CEMAR fue clave en la descentralización del sistema de salud y la articulación de los Centros de Atención Primaria con el resto de la red de efectores.

Las acciones de salud pública que impulsa el gobierno Municipal de Rosario se fundan en la voluntad política de garantizar el derecho de los ciudadanos a la salud y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

Tomado como parámetro la definición de salud planteada por la OMS, como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades o afecciones”, desde la Secretaría de Salud Pública se busca salud para el conjunto de la población a partir de la garantía de derechos como parte de una responsabilidad común y compartida. Se considera que salud y calidad de vida, tienen una relación con el medio ambiente físico, social y laboral y con los factores socio económicos y culturales. Es necesario, por eso que la población tenga acceso a la información y a los recursos a partir de los programas de prevención y promoción de la salud.

La promoción de la salud es una estrategia que aporta una mirada sobre las determinantes de las condiciones de vida y de salud de la población. Pretenden influir en los determinantes o causas de la salud, para lo que combinan métodos o enfoques distintos pero complementarios. Es necesaria la participación de la población a la par del desempeño de los profesionales en la defensa de la salud.

En este marco la Secretaria de Salud Pública adopta la propuesta de Municipios Saludables impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que tiene por objetivo fortalecer la promoción de la salud a escala local, mejorando la calidad de los ciudadanos, instando la participación de los mismos, promoviendo el dialogo, conocimientos, experiencias y fomentando la colaboración entre Municipios y Países.

Esta iniciativa forma parte de un acta de integración de Rosario a la red de Municipios Saludables, firmada el 26 de Junio de 2001, por el Intendente junto con su gabinete.

En base a esto podemos concluir que la política Pública de Salud de la Municipalidad de Rosario enuncia explícitamente, a través de múltiples documentos y ponencias, las directrices que rigen la construcción de un proyecto sanitario que parte de una concepción de la Salud como Derecho Humano y la promoción del ejercicio pleno de la ciudadanía en pos de que este derecho se haga efectivo.

3.3 APS Rosario creación de la Dirección de Centros de Salud

Como mencionamos arriba el desarrollo de la estrategia de APS no se produce en forma lineal y sostenida. A partir de 1990, se advirtió una redistribución de poder y recursos que produce importantes innovaciones (institucionales, organizativas y de estructura del primer nivel) que favorecieron la mejora en el desempeño de los servicios y un auge en la participación social y de los trabajadores. El aumento de la capacidad instalada, organizativa y resolutive del primer nivel y las innovaciones en los mecanismos de organización del primer nivel y entre niveles, contribuyeron a resolver la disputa por la orientación del sistema de salud fortaleciendo a la APS como estrategia orientadora del sistema.

Bajo el primer gobierno del Partido Socialista (1989-1995), la construcción del modelo de APS en Rosario tuvo una fuerte influencia de los aportes de Souza Campos quien planteó la distribución de poderes entre el nivel central y los equipos de salud, para una mayor autonomía en los espacios barriales (tanto para los equipos de salud como

para los ciudadanos). Creando, al mismo tiempo, nuevas responsabilidades de los trabajadores con la salud de los ciudadanos.

Campos hizo mención a que no existe enfermedad, riesgo o vulnerabilidad separadas de personas concretas, es decir que los problemas sociales se encuentran encarnados en las personas. Al plantear estas cuestiones, señaló la capacidad de intervención que tienen las organizaciones y los sujetos sobre las problemáticas de salud que presentan.

Tomando estos conceptos, en 1990, con Binner al frente de la Secretaría de Salud Pública se creó la Dirección de Centros de Salud, con la finalidad de fortalecer y coordinar el primer nivel y por otro lado, facilitar su articulación con los otros efectores. Esto implicó una nueva manera de pensar la atención de la salud, poniendo la centralidad en la población y por lo tanto en los Centros de Salud donde, junto con el equipo de trabajo de dicha institución y la población, se apostó a un espacio generador de vínculo y contención.

La idea de crear una dirección estuvo orientada a otorgar presencia y operatividad a este primer nivel, en dónde se apuntó por sobre todo a la conformación de equipos interdisciplinarios. Tomando los planteos de Campana, los objetivos de la dirección son: “organizar el primer nivel de atención para asegurar la provisión de insumos de manera oportuna y permanente en todos los efectores; analizar las condiciones de trabajo en los centros de salud; estudiar la población del área correspondiente a cada centro de salud y estimular su demanda; confeccionar un presupuesto en base al conocimiento y estimulación de la demanda y procurar una financiación adecuada, evaluar, mediante el control propio y la retroalimentación que llega desde la población, para asegurar la respuesta del sistema a los problemas existentes” (Campana, 2010 :239).

Tomando el esquema de funcionamiento de las Organizaciones de salud que planteó Souza Campos, cada Centro de Salud está compuesto por trabajadores involucrados en un mismo trabajo, con un determinado objetivo, constituyéndose un equipo de gestión, a cargo de un jefe.

Así mismo cada distrito tiene su coordinador, quien se reúne periódicamente con el equipo de los Centros de Salud, para instituir procesos de reflexión crítica y funcionamiento de los servicios. Semanalmente, los coordinadores distritales se reúnen entre sí y con el director de APS, en donde se definen las directrices generales para el trabajo.

Uno de los conceptos más relevantes que planteó Souza Campos es el de cogestión o cogobierno, todos los participantes tienen capacidad de decisión, por consiguiente se llevan adelante instancias de deliberación, negociación y discusión. “Todos participan del gobierno, pero nadie decide solo o aislado o en lugar de los otros” (Souza Campos, 1998:7).

Entonces, creada esta Dirección, APS toma una posición central como eje organizador del sistema. La Atención Primaria es concebida como la estrategia de la red de servicios. Las necesidades de la población son las que organizan el proceso de trabajo en todos los Efectores y el primer nivel de atención tiene el rol de transmitir al resto de la red el conocimiento de estas necesidades. A partir de lo cual, los Centros de Salud se transforman en la puerta de entrada al sistema de salud, la vía por donde ingresa la población a los servicios de salud.

La Dirección de Centros de Salud de la Municipalidad de Rosario se propuso redefinir la estrategia de APS sobre un modelo que parte de la idea que para toda intervención sanitaria el ser humano debe ser mucho más que el diagnóstico que lo clasifica y por ese motivo el proceso terapéutico debe ser capaz de incidir en su condición de sujeto. Se basó en tres esferas de la condición de sujeto:

- Sujeto/ciudadano: con derechos a la vivienda, libertad, trabajo, etc.;
- Sujeto/subjetivo: un ser que necesita apoyo en su angustia, sufrimiento, inhibiciones, etc.;
- Sujeto/biológico: atendido y protegido en aquello en que lo orgánico estuviera amenazado.

3. 4 Adscripción y acceso de los ciudadanos al sistema de salud pública Municipal

De la mano de la creación de la Dirección de Centros de Salud y con la finalidad de que los mismos mejoraran su capacidad resolutive, las condiciones de accesibilidad y que su funcionamiento concuerde con los principios de la APS, fue necesario que adquirieran capacidad propia de gestión y autonomía en el proceso integral de su trabajo.

Esta reforma del modelo de atención provocó la creación de nuevos patrones de referencia entre la red de atención y la población, para lo cual la Municipalidad puso en marcha un proyecto donde planteó la forma de trabajo de los Centros de Salud. Este documento es considerado un importante antecedente para la Municipalidad de Rosario.

Se trató de alcanzar un modelo singularizado, personalizado, en el que cada equipo

de profesionales tuviera una población adscripta de manera de potencializar el vínculo como abordaje terapéutico, con el fin de generar autonomía y responsabilidad, tanto en los profesionales como en la población, facilitando el seguimiento del proceso por el equipo profesional y el compromiso de ambos con los resultados. “La adscripción de pacientes a equipos de referencia, es asumida en nuestro modelo como un contrato entre el Estado y los ciudadanos que se suscribe a través de los trabajadores de la salud, de modo que cada equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero, asume en relación con su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actúa como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos” (Secretaría de Salud Pública, 2004:1).

Es decir, se fortaleció el establecimiento de un vínculo bidireccional entre los pacientes con un equipo de salud. El logro de la adscripción implica la coordinación del proceso de atención.

Los equipos de referencia estuvieron y continúan constituidos, según el proyecto de adscripción de la Municipalidad de Rosario, por Enfermeros, Médicos Generalistas y Médicos Pediatras, el resto de las profesiones como Toco Ginecología, Psicología, Trabajo Social forman parte de manera transversal a la demanda de los equipos de referencia. Es decir, se ubican en una línea de apoyo matricial, horizontal, integrando su trabajo al de los otros profesionales. Como modo de organización del trabajo existe un espacio de admisión de pacientes nuevos para su posterior derivación al equipo de referencia que requiera. La distribución interna de adscriptos es elaborada en el interior del equipo de salud, atendiendo al principio de equidad. Cada equipo de referencia tiene bajo su responsabilidad la atención integral de una determinada población. Y de la construcción del proyecto terapéutico para la misma.

Si bien los trabajadores tienen autonomía para la administración del tiempo que ofrece su carga horaria, las actividades de los Centros de Salud no deben quedar reducidas a la asistencia y seguimiento de su grupo de adscriptos, sino incluirse en aquellas acciones que son diseñadas por el equipo de salud, apuntando a abordar determinados problemas de salud en el nivel poblacional. Al comprender que la sociedad enferma a las personas, el trabajo del equipo debe ser en conjunción con un proyecto social más amplio basado en la justicia. De modo que los equipos de referencia cuenten con los recursos tecnológicos y de apoyo necesarios para sostener los proyectos

terapéuticos, integrando todas las potencialidades de la red. Un proyecto terapéutico implicado en un diagnóstico depende de una aproximación entre la población, la familia y los profesionales de referencia, e implica la institucionalización de prácticas, individuales, grupales y colectivas.

Otra de las cosas que propone el proyecto, dentro del proceso de atención, es redefinir los esquemas de referencia, interconsulta e internación en función del sector poblacional. Se trata de descentrar los procesos de trabajo de la lógica de cada servicio para centrarlos en la población. Esto implica, no sólo aumentar las responsabilidades, sino también las capacidades de los equipos de referencia del primer nivel y sus posibilidades de gestionar las potencialidades de la red, permitiendo los intercambios con otros efectores de salud y con otros sectores como vivienda, promoción, trabajo, educación, etc.

Podemos decir que la función de todo Centro de Salud de la red Municipal es la captación y seguimiento diferenciado acorde a las necesidades de toda la población sin cobertura de obra social. Al ser parte de la vida cotidiana de los barrios, los Centros de Salud tienen una llegada natural a la problemática de los mismos, asumiendo cada uno un perfil y características propias. Los Centros de Salud cuentan con equipamiento básico necesario y en ellos, junto con la población, operan equipos interdisciplinarios, conformados por Trabajadores Sociales, Psicólogos, Enfermeros, Psiquiatras, Médicos Generalistas, Pediatras, Odontólogos, Ginecólogos.

El Primer Nivel de Atención resuelve la mayoría de las consultas que estén a su alcance, derivando sólo aquellas que requieran de mayor complejidad, lo que mejora la calidad de las respuestas.

La Atención Primaria de la Salud a partir de las nociones de descentralización y participación social, operó como vía principal de territorialización identificando y delimitando sectores poblacionales que requerían atención específica, todo lo cual produjo una tendencia al tratamiento localizado de los problemas. Los Centros de Salud son hasta hoy, una importante referencia Estatal. “Esta tendencia a la gestión territorial de los problemas, reprograma la estructura de las protecciones cercanas, en la medida que la cada vez mayor localización de las intervenciones incentiva el proceso de reprimarización, que revaloriza los soportes de proximidad y las capacidades comunitarias y barriales” (Melisa Campana, 2010:267).

Según la Municipalidad de Rosario, los Centros de Salud tienen la responsabilidad

de asegurar el desarrollo de los siguientes ejes de trabajo: “a- prácticas de construcción de salud colectiva, diseñadas a través de procesos locales de programación participativa que partan de una visión epidemiológica dinámica de la situación de salud de sus áreas de responsabilidad, que incluya la perspectiva de la comunidad y de sus instituciones asegurando prioridad a los criterios de equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud; b- prácticas amplias y contextualizadas de atención de la salud, que permitan la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad, asegurando la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema de salud, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es responsable por el proceso de atención; c-prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad” (Campana, 2010:258).

CAPITULO 4 TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD.

En capítulos anteriores hemos hecho una descripción y mención de la concepción de salud a la cual adherimos; y hemos descrito el proceso de creación de los Centros de Salud.

En este capítulo nos parece pertinente hablar de la figura del Trabajo Social. Para ello consideramos necesario en primera instancia hacer un recorrido de los lineamientos que dieron origen a la profesión, para a partir de ello poder hacer un análisis e interpretación de cómo se fue incorporado el Trabajo Social como trabajo al campo de la salud y más precisamente en los Centros de Salud.

A partir de las entrevistas describiremos y analizaremos el surgimiento del Trabajo Social en los Centros de Salud, abordando, a la vez, los lineamientos en cuanto a responsabilidades y funciones que propone la Secretaría de Salud.

Otro punto importante tiene que ver con poner en discusión y analizar el planteo de la Municipalidad de Rosario de los Centros de Salud y del Trabajo Social; y en planteo de las Trabajadoras Sociales en cuanto a su función y responsabilidades.

4.1 Trabajo social y salud: historización del trabajo social.

Como mencionamos arriba nos parece necesario, antes de hacer mención del Trabajo Social en la actualidad, realizar un breve recorrido de los lineamientos que han dado origen y forma a la profesión. En este sentido, según sostiene Parra, se pueden señalar dos matrices fundacionales y generadoras de la institucionalización del Trabajo Social. Por un lado, una matriz de base doctrinaria, basada en los conceptos de persona humana y de moral cristiana. Proponiendo la armonización de las relaciones sociales, con un marcado carácter individualista. En esta matriz la institucionalización del Trabajo Social formó parte de una estrategia política e ideológica de la iglesia. Por otro lado, una matriz de base racionalista y laica, ligada al movimiento de los médicos higienistas, apuntando a los comportamientos sociales y a los deberes del Estado. “Proponían una regulación desde el poder público, con una intervención de características preventivas y educativas, entendiendo que el mejoramiento de las clases obreras y de los grupos pauperizados implicaba también una mejoría en la calidad de vida de las clases dominantes, al mismo tiempo que permitía controlar los conflictos propios de la sociedad capitalista alcanzando un cierto equilibrio” (Parra, 2001:171).

El discurso de la medicina higienista planteó contar con un conocimiento científico de

las necesidades. De modo que se requirió contar con personal especializado que fuera capaz de ocuparse del estudio de las causas sociales tal como el pauperismo y buscar el tratamiento de las mismas para evitar sus efectos. Se trató de reconocer las necesidades a partir del diagnóstico social, el cual se construye sobre la base de una estructura científica, donde se incluyeron técnicas y recursos humanos especializados. Este personal especializado se conformó por las visitadoras y asistentes sociales. Las cuales tenían la responsabilidad de difundir las normas de higiene y prevención de enfermedades transmisibles, debiendo enseñar, al mismo tiempo, el orden y la economía doméstica. La asistente social debía ser una técnica calificada para llevar adelante el bienestar social a los sectores con los que trabajaba (Campana, 2010).

Fue el discurso médico higienista quien creó las condiciones necesarias para la emergencia del dispositivo asistencial. Siguiendo esta línea la institucionalización de la profesión se encontró ligada a las reivindicaciones que los higienistas realizaban por una intervención más activa del Estado sobre la cuestión social. Se incorpora el Trabajo Social al mercado de trabajo como auxiliar del médico, subordinando sus actividades y discursos, con una función basada en el diagnóstico, tratamiento y estudio de las solicitudes de ayuda social, y la atención de cualquier situación.

A partir de lo descripto anteriormente podemos decir que el Trabajo Social se incorpora al campo salud cuando la salud comienza a ser considerada de un modo abarcativo. Es decir, la profesión se incorpora de la mano de los médicos con el modelo social de la medicina y con la consideración del sujeto en su totalidad (social, biológica y psicológica), con el fin de abordar los casos desde la totalidad de las dimensiones y concibiendo las determinaciones sociales en el proceso de salud-enfermedad.

4.2 Trabajo social en la división socio técnica del trabajo

El Trabajo Social surge como profesión en tanto especialización del trabajo colectivo, a partir de la prestación de servicios sociales desarrollando una actividad educativa o político ideológica e interviniendo en la reproducción social de la vida de las clases subalternas, en un momento en que el Estado comienza a dar respuestas a la cuestión social, a partir de que, ésta, adquiere una expresión significativa en el cotidiano de la vida social (Marro Katia, 2005).

Recuperando el planteo que hace Katia, Trabajo Social como una especialización del trabajo colectivo, por un lado, en su utilidad social porque responde de modo

institucional a las necesidades sociales. Por otro lado, debido a su inserción en la división social del trabajo, como una profesión no liberal, ya que administra servicios sociales de modo que no cuenta con el control de las condiciones materiales, organizacionales y técnicas para el ejercicio de su trabajo, sino que es mediado por una relación institucional que le da legitimación y lo profesionaliza. De ahí que una de las condiciones para su realización sea la venta de su fuerza de trabajo, a través de un contrato de compra-venta.

Esto significa que el Trabajo Social como profesión está inserto en las contradicciones de la sociedad capitalista, por un lado es determinado y por otro determina los procesos históricos sociales, participa en la reproducción de la vida social desde un lugar y con una funcionalidad, actúa e interviene en esta dinámica conflictiva construyendo las condiciones necesarias para su reproducción, donde se le demanda más específicamente la intervención por la vía de la ejecución de servicios sociales.

Dado su autonomía relativa es que el Trabajo Social trabaja también al servicio de las necesidades emancipadoras de las clases subalternas, es decir dispone de una autonomía en la construcción de respuestas frente a las demandas que le son históricamente presentadas.

Desde estas coordenadas, y siguiendo a Netto, pensamos la génesis del Trabajo Social desde una perspectiva crítico-dialéctica, lo que significa comprender su particularidad como portadora de elementos de continuidad y de ruptura, con respecto a las formas anteriores de intervención sobre la “cuestión social”. Las continuidades se hacen presentes cuando se analiza el tipo de intervención que el Trabajo Social ejerció desde su emergencia como profesión. Esto es, la modalidad técnico-operativa de intervención no sufrió demasiadas variaciones si se la compara con las formas de caridad y filantropía tradicionales. Las rupturas son registradas en la nueva funcionalidad ocupada por el Trabajo Social profesionalizado; esto quiere decir que, por más que los profesionales tengan la representación de estar actuando con autonomía, realizando valores propios y de acuerdo con su voluntad, en verdad estos se encuadran en actividades interventivas cuya dinámica, organización, recursos y objetivos son determinados fuera de su control (Dulcich).

Dada su dimensión ética-política, tiene la capacidad de reflexión ética para poder construir un proyecto que favorezca las bases de un posicionamiento crítico frente a la realidad en la cual intervienen. Para esto es necesario pensar los medios, los fines, los métodos, las representaciones que se reproduce en la práctica social (Dulcich).

De este modo, podemos decir que la legitimidad del Trabajo Social no se encuentra en el estatuto profesional o científico (sus metodologías y su instrumental técnico-operativo), sino en la relación contradictoria que se da entre la existencia de contratos e instituciones que demanden el accionar profesional, y la existencia de luchas sociales que, politizando las necesidades sociales, exigen respuestas sistemáticas y progresivas.

4.3 Trabajo Social en el Centro de Salud

Podemos decir que el ingreso del Trabajo Social a los centros de salud tuvo que ver con poder deconstruir los procesos de atención, en un momento donde los equipos que estaban pensados en la atención primaria estaban constituidos por médicos y enfermeros. “Yo conozco los primeros movimientos del proyecto sanitario, entonces entiendo que en ese momento la incorporación de los Trabajadores Sociales estaba pensada en contraposición al discurso médico hegemónico” (Coordinadora depto TS).

Incluso empezaron a haber Trabajadores Sociales en los lugares de gestión de los Centros de Salud, interpelando al discurso médico y al médico como única disciplina. Esto llevo a que se dieran procesos interdisciplinarios de abordaje de situaciones, que años atrás eran impensados. “Aunque, a pesar de los años, muchas veces te encontras discutiendo cosas que vos ya habías discutido hace tiempo, porque los trabajadores se renuevan y vuelven a aparecer estas discusiones” (Coordinadora depto TS).

“Pensar en la incorporación de los Trabajadores Sociales en esos equipos es un avance importantísimo de como pensar que esa persona que va con un problema orgánico no es solo el problema orgánico que tiene, sino que está atravesada por cuestiones subjetivas y cuestiones que pasan por lo familiar, lo económico, lo social” (TS CS DNO).

De este modo la incorporación del Trabajo Social al Centro de Salud estuvo marcada con poder contextualizar en tiempo y espacio al paciente y así deconstruir esa visión lineal. Manteniendo una mirada integral de los problemas de la población, corriendo el eje biologicista de la atención del síntoma de la enfermedad hacia la comprensión del modo de vida de la población, incluyendo las dimensiones sociohistóricas, culturales, simbólicas de la vida cotidiana de los sujetos.

Desde la municipalidad de Rosario el Trabajo Social en APS debe involucrarse de manera transversal a los equipos de referencia dentro de la línea denominada como apoyo matricial. Entendiendo esta función como la interacción entre varias miradas y

saberes, que aporten a la construcción del problema en una propuesta organizacional que supere los modos instalados de la derivación y la interconsulta, concluyendo en la construcción de un proyecto terapéutico, que dé lugar a la escucha, a la pregunta, a la contextualización y a la desnaturalización de los procesos de trabajo (Trabajadores Sociales de los Centros de Salud del distrito oeste, 2013).

Según la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, dentro de esta matricialidad, la intervención es pensada desde dos dimensiones: singular, tiene que ver con la constitución del sujeto de derecho de la persona, es su historia, sus intereses, su deseo, no es el caso individual; y colectiva, tiene que ver con trabajar con otras organizaciones, áreas, abordando las temáticas por las que atraviesa la población. Es decir, un trabajo interdisciplinario y desde la intersectorialidad.

La Coordinadora del Departamento hace una mención a la importancia de la mirada política de la profesión, como capacidad de reflexión para leer el territorio en el cual actúan las Trabajadoras Sociales. “Nosotros somos agentes políticos porque tenemos una lectura particular de los procesos que se desarrollan en el territorio, digamos, de las tensiones entre las diversas líneas de política sanitaria social. Entonces esta dimensión política de lectura del territorio y de los actores en el territorio, de las diferentes miradas y posicionamientos de los integrantes de un efector es sumamente importante para poder pensar intervenciones y estrategias, porque si no nos terminamos encerrando en lo que es el abordaje del caso a caso con mucha dificultad de interactuar con otros servicios, áreas, es decir dificultando el trabajo intersectorial” (CDTS).

Desde la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario se proponen una serie de lineamientos en cuanto a las funciones y responsabilidades del Trabajo Social en los efectores del primer nivel de complejidad de la Red de Salud Pública Municipal.

“La organización del trabajo se basa fundamentalmente en actividades de asistencia, de investigación y/o de participación en proyectos de salud, de lunes a viernes con una carga horaria de 36 horas semanales, definidas por el Departamento de Trabajo Social en articulación con la red de salud, a saber:

- Integrar equipos de salud y participar en la construcción de los procesos de atención en el marco de la red de salud pública.
- Realizar intervenciones profesionales que promuevan el ejercicio del derecho a la salud.

- Realizar intervenciones profesionales de abordaje de situaciones problemáticas desde lo individual / familiar, grupal y/o comunitario.
- Realizar apoyo matricial al equipo de salud del centro de salud.
- Fortalecer las intervenciones profesionales desde una dimensión interdisciplinaria, promoviendo la construcción colectiva de dispositivos de trabajo institucional y/o intersectorial.
- Propiciar diagnósticos interdisciplinarios e intersectoriales sobre las necesidades y problemas de la población.
- Desarrollar estrategias que posibiliten construir interdisciplinariamente un proyecto terapéutico en el abordaje de situaciones problemáticas.
- Implementar las técnicas o medios de abordaje, desde la perspectiva profesional, que se consideren pertinentes en el marco del proyecto terapéutico construido para cada situación.
- Participar en las reuniones de equipo del Centro de Salud y/o de actividades convocadas por el Departamento de Trabajo Social u otras áreas de la Secretaría de Salud Pública.
- Construir información a través de la realización de registros estadísticos.
- Propiciar actividad docente y de investigación.
- Participar en la mejora continua del proceso de atención de la población referenciada y en la gestión de buenos niveles de satisfacción de los usuarios.
- Promover la comunicación y la relación con los demás servicios y efectores de la red de Salud Pública Municipal y Provincial” (Intendencia Municipalidad de Rosario, 2017:1).

La Secretaria de Salud también propone un trabajo con instituciones externas al Centro de Salud como son: otras secretarías, dependencias Provinciales y Nacionales, ONG o instituciones privadas.

Al referirse a las competencias técnico-profesionales plantea entre las principales: integración a equipos de trabajo para la formulación de problemas y la construcción de estrategias de intervención, favorecer la interdisciplina en el trabajo cotidiano, conocimiento del funcionamiento de la red de salud en la ciudad, conocimiento de los circuitos institucionales que posibilitan el acceso a las políticas sociales y el conocimiento de algunas leyes, sus alcances y articulaciones con la red de salud, a saber: Ley Provincial N°12.967. Promoción y Protección Integral de los derechos de niñas, niños y

adolescentes; Ley N° 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud; Ley N°24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad; Ley N°26.657. Ley Nacional de Salud Mental. (Intendencia Municipalidad de Rosario, 2017:1).

4.4 Una mirada de las Trabajadoras Sociales sobre su función en el Centro de Salud

En el momento en que realizamos las entrevistas, las seis Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud que seleccionamos y la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, tuvieron una visión bastante crítica del modelo en cual trabajan. De estas siete, tres fueron determinantes con su postura y las otras expresaron la búsqueda de consenso.

Tenemos que tener en cuenta que estas trabajadoras son de planta permanente y en relación a su antigüedad en su cargo: tres, hace más de cinco años que se incorporaron a trabajar en Atención Primaria; una, hace cuatro años de su incorporación y las otras dos, hace dos años. Y la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, hace un año que se desenvuelve en este puesto, teniendo recorrido y experiencia previa de trabajo en el área de Coordinación.

Las Trabajadoras Sociales sostienen como una de las principales funciones y objetivos el trabajo interdisciplinario, intersectorial, la formación de un equipo de referencia para armar un proyecto terapéutico y trabajar una situación desde ese lugar. “Las funciones tienen que ver con la posibilidad de facilitar o articular con otras instituciones con otras áreas, el trabajo interdisciplinario, con la posibilidad de una escucha mas ampliada, garantizar el acceso a los derechos de las personas, garantizar el acceso a la salud. Este es un trabajo con otro, por eso lo interdisciplinario. Lo intersectorial es fundamental” (TS CS DSO).

“Es fundamental trabajar conjuntamente con el equipo de referencia y armar una estrategia de intervención, y no tanto una atención individual, aislada” (TS CS DNO).

Más allá de estas funciones manifiestan mayoritariamente resolver cuestiones asistenciales, gestionar algún recurso, si bien muchas veces a partir de esas consultas espontáneas de las demandas asistenciales se abre la puerta a otro tipo de problemáticas más complejas que requieren la intervención de todo el equipo y sobrepasa la mera entrega de un servicio asistencial, pero son las menos.

“El mandato del Trabajo Social en el Centro de Salud es el de resolver las

cuestiones que tienen que ver con la asistencia. Cuando digo asistencia me refiero a todo tipo de asistencia en todo momento. Desde gestión para lentes, lo habitacional, problemas de salud específicos en las personas, lo alimentario, etc.” (TS CS DN).

“Demandas estrictamente asistenciales aumentaron exponencialmente: chapa, tirante, comida” (TS CS DS).

“Nosotras hacemos entrevistas conjuntas con las chicas del Servicio de Atención al Ciudadano, como para que vean que quien brinda ese servicio no es el Centro de Salud sino desde otro lugar, para que de este modo se pueda seguir trabajando desde el Centro de Salud con esa persona, y que no te impida laburar” (TS CS DC).

Por su parte la Coordinadora del Departamento sostiene “hoy en día a partir de discusiones con colegas veo que hay algunos temores de que se contagie de impurezas el ejercicio profesional, por ende hay una descalificación a lo que es la gestión, no entendiéndola como una herramienta de una política sanitaria. Pensarlo en función de cada situación y en relación a eso que aportas, qué líneas de trabajo son las más indicadas y ahí podes pensar que actores institucionales pueden acompañar la estrategia y los recursos que tal vez sean necesarios” (Coordinadora Depto TS).

También sostienen que hay una falta de apoyatura de otras áreas en el territorio, desdibujando la función que tiene que tener la Trabajadora Social en el Centro de Salud. “En esa gestión nosotros perdemos de hacer otro tipo de trabajo, que no es lo meramente asistencial. Nuestra función en el centro de salud tiene que ver con otras cosas. Que si pensamos a ese recurso como dentro de una estrategia de intervención o del abordaje que uno viene haciendo con un grupo familiar o de algún proyecto terapéutico bueno es válido, ahora, si es por la gestión de ese recurso en si mismo no. No estamos ahí desde ese lugar” (TS CS DSO).

“Nuestro laburo es otro, no es estar siendo gestoras de lo que el Estado tiene que estar garantizando. Tiene que haber todo un aparato de derechos garantizados. Esto hoy no está sucediendo. Hoy no hay presencia en los territorios, y tampoco lugares donde la gente pueda circular por sí misma para ir a hacer pedidos, planteos, demandas. Entonces eso hace que se modifique sustancialmente la función del Trabajo Social, en donde el Trabajador Social de salud deja, por una decisión política, de ser el Trabajador Social del Centro de Salud y de poder pensar los procesos de salud y la clínica ampliada, para ser gestor del Estado en el territorio, tenemos que filtrar, en primer lugar, demandas, cuestiones estrictamente socio asistenciales, a áreas que deberían hacerse cargo

directamente de esto” (TS CS DS).

Frente a esto, la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, expresa “nosotras tenemos mucho que ver en el lugar que nos ubican porque si bien es una queja, una incomodidad a veces se termina decidiendo por esos espacios de intervención y no por otros. Estos espacios de encuentro colectivo, intersectorial donde vos tenés que apostar a la construcción, generar estrategias con algún actor territorial que uno pueda leer que es posible el armado, identificando el problema de modo más poblacionalmente, porque no todo es abordaje singular. No se apuesta tanto a la construcción de estos espacios y se termina apostando a la gestión de recursos. Nosotras tenemos cierta autonomía en el armado de nuestras agendas, y siempre priorizamos los temas de gestión. Cazzaniga decía, que mucho de la representación de la figura de Trabajo Social tiene que ver con una historia nuestra de la cual nos tenemos que hacer cargo nosotros” (CDTS).

Frente a los “malestares” que expresan sentir las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud, es que se estuvieron agrupando en reuniones mensuales, donde discutían sobre su función en el Centro de Salud con el objetivo de poder establecer criterios de trabajo común desde salud frente a ciertas demandas y políticas sociales. “Como colectivo nos estamos dando un proceso de discusión acerca de que es lo que se nos demanda, cuáles son nuestras posibilidades, cuál es nuestra función, qué esperan las autoridades del Trabajo Social en el Centro de Salud cómo se ha pensado históricamente la política social en el contexto del Municipio y cómo eso tiene impacto directo en nuestra práctica y en la capacidad de acceso a un conjunto de derechos de la población. Independientemente de nosotras, porque yo creo que el Estado tiene que garantizar independientemente de nosotras” (TS CS DS).

“Hay algunas cuestiones que a partir de las reuniones pudimos instalar en lo que hace y no hace el Trabajo Social en el Centro de Salud y también pudimos demandarle a otras áreas algunas respuestas en relación a lo que les toca intervenir, poder ordenar las intervenciones, hacer acuerdos” (TS CS DN).

“A partir de estas reuniones pudimos delimitar nuestras incumbencias desde lo que es el Trabajo Social, igualmente cuesta todavía y está en construcción, depende de cada Centro de Salud” (TS CS DC).

A partir de este espacio de encuentro, debate y acuerdos, las Trabajadoras Sociales manifiestan que se ha podido lograr cierto avance y se ha podido instalar en la agenda de

la Municipalidad de Rosario ciertas cuestiones. “Se han ganado espacios sobre algunas cuestiones que no tenían que ver con lo específico del Trabajador Social. Antes para que la persona se haga una placa tenía que ir con un informe de la Trabajadora Social, como una certificación de la pobreza. Pero fue una lucha larga que hicieron las compañeras, definiendo la función, el perfil” (TS CS DO).

Si bien consideran que todavía falta mucho por caminar, marcan como uno de los grandes logros lo sucedido con la Tarjeta Única de Ciudadanía (TUC).³ “Había que completar un informe para que las personas puedan acceder a esta tarjeta y tenía que tener nuestro sello en un primer momento, poniendo cada vez mas criterios, más exigencias que presentar para la gestión de la TUC. Como colectivo pudimos pensar que hay criterios o políticas que no son claras ni accesibles y se tiene que saber a dónde se tramita y quiénes son los responsables. Pusimos en pregunta, desde qué manera la TUC se gestiona desde el Centro de Salud, tiene que ser en marco de un proyecto terapéutico, dentro de un tratamiento con personas que nosotros venimos trabajando, que no seamos meros gestores de ese recurso, que no es nuestra función. Y a partir del trabajo que realiza la coordinación con el área de alimentación, se logro que se centralice la gestión de la tarjeta en los CCB” (TS CS DSO).

Parafraseando a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, la Secretaria de Salud piensa la incorporación de las Trabajadoras Sociales con una mirada integral de los problemas, aportando al diagnostico de situación de las problemáticas que atraviesa la población, planteando el abordaje interdisciplinario e intersectorial en la construcción de un proyecto terapéutico y generando con el equipo de profesionales procesos de accesibilidad y estableciendo el derecho a la atención a la salud de la población.

Sin embargo prima la lógica más reduccionista y en la generalidad sucede que todo aquello que queda por fuera de la respuesta habitual en la consulta médica es agendado y derivado a la Trabajadora Social, no sólo por los miembros del equipo sino también por la demanda espontánea de la población.

“Yo creo que en función de esta decisión política, sustentado en la visión ampliada de salud ha quedado a cuenta del Trabajo Social aquello que tiene que ver con lo que no es biomédico, y para mí eso es complicado porque la salud es un concepto amplio no es

³ La Tarjeta única de Ciudadanía es una política social que el gobierno de la provincia de Santa Fe comenzó a implementar en reemplazo de los tickets y cajas con alimentos. Se trata de una ayuda económica mensual para la compra de determinados alimentos.

ausencia de enfermedad, garantizar el derecho a la salud no es privativo de una política social como sería la del campo de la salud en todos sus niveles de atención. La garantía del derecho a la salud incluye a un montón de otras áreas. Y desde mi punto de vista la garantía del derecho a la salud no es del el Centro de Salud, ni de la Trabajadora Social del Centro de Salud es el Estado quien tiene que garantizar el derecho a la salud” (TS CS DC).

“Esto es un centro médico biológico, más allá del equipo que está abierto a trabajar otros problemas. Por eso no va a haber ningún médico que no tenga consultorio, atienden muchas horas al día. Es la demanda que la Secretaría de Salud hace, cuántos pacientes atendiste hoy les preguntan a los médicos. Es la construcción que se tiene de salud. Si no hay un médico en el Centro de Salud, la institución se cierra. ¿Qué lugar ocupa entonces el Trabajo Social? Es parte de la lógica que nos imponen desde la Secretaría de que tenés que atender atender atender” (TS CS DN).

A partir de las entrevistas que realizamos podemos decir que muchas veces las Trabajadoras Sociales sienten que realizan aquellas funciones que los médicos no quieren realizar. Muchas funciones que “no le corresponde” o son “trabajos que nada que ver” son derivados a la Trabajadora Social, suponiendo que ella sabrá cómo solucionarlos. Bajo esta idea se termina posicionando a la Trabajadora Social como aquella que puede solucionar todo aunque no le corresponda, o no sepa cómo.

Creemos importante que frente a esto el desafío es poder consolidarse como equipo y pensar las respuestas a las demandas de la población en el marco de una estrategia de trabajo conjunta, donde la intervención es del equipo de referencia, no ya de la Trabajadora Social solamente.

4.5 Podemos decir

Si bien hubo opiniones diferentes en torno a la función asistencial del Trabajo Social en el Centro de Salud, tema que abordaremos en el siguiente capítulo. Creemos pertinente mencionar que se produjeron avances sobre la situación en la que se encontraban anteriormente las Trabajadoras Sociales, por un lado en relación a la cantidad de trabajadoras que se incorporaron a lo largo de los años en los Centros de Salud (hoy en día hay en casi todos los Centros de Salud Trabajadoras Sociales) y por otro lado en cuanto a la intervención del Trabajo Social en los Centros de Salud, apuntando a procesos interdisciplinarios de abordaje de situaciones que años atrás eran

impensados. De modo que está claro que no es tema de discusión la necesidad de una Trabajadora Social en el Centro de Salud. Pero lo que si nos parece que es tema de discusión es desde qué lugar se necesita una Trabajadora Social en los equipos: ¿Para aportar una mirada estratégica y construir estrategia de trabajo conjunta?; o ¿tiene que ver con incorporar a alguien que se haga cargo de aquello que no encaja en la clínica médica clásica, en responder a lo que el médico no puede?; o ¿cómo gestora en los territorios de las políticas sociales que oferta el estado?

CAPITULO 5 TRABAJO SOCIAL EN LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS DE SALUD

En este capítulo primeramente nos parece pertinente describir la dinámica de trabajo de los Centros de Salud, las características principales, recuperando conceptos como clínica ampliada, complejidad y adscripción los cuales desarrollamos anteriormente. Para así, a modo de responder a los objetivos específicos hacer mención del trabajo interdisciplinario e intersectorial que se lleva adelante en los Centros de Salud.

Y por último concluir poniendo a jugar lo que piensan las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud sobre la dimensión asistencial en su práctica con lo que plantea la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social.

5.1 Práctica cotidiana de los Centros de Salud

A partir de las entrevistas que realizamos podemos decir que como característica principal la población que llega a los Centros de Salud se encuentra con trabajo informal, precariedad habitacional. Lo habitacional aparece como gran demanda. Se suma también que en los últimos años se dio aperturas de historias clínicas, ya que muchas personas se quedaron sin obra social.

El Centro de Salud que está ubicado en el Distrito Centro, es el que difiere, en cuanto a la población que asiste, del resto de los centros de salud, ya que allí “Hay más pacientes individuales, no tantos familiares. Lo que tiene el centro es que hay mucha gente sola viviendo en pensiones, hay muchos hogares, la gente de hogares viene mucho. La población de acá es gente de la calle” (TS CS DC).

En cuanto a las demandas, se expresa una gran variedad que van desde el pedido de un medicamento, la tramitación de una Pensión por discapacidad, chapa, tirante, hasta casos de violencia de género, problemáticas de salud mental, aborto no punible, por citar algunos ejemplos. Es por esta diversidad de demandas que nos parece importante apostar a complejizar la realidad. Las entrevistadas entienden que la incorporación del Trabajo Social como profesión al Centro de Salud, va de la mano de tener una lectura compleja de la realidad. El territorio es contradictorio, conflictivo, dinámico y es donde se expresan las consecuencias de las desigualdades y sus efectos en los sujetos y familias. De modo que es necesario una mirada integral a los problemas de la población comprendiendo las dimensiones sociohistóricas, los aspectos culturales y simbólicos de la

vida cotidiana de los sujetos, entendida dentro de la clínica contextualizada, o mirada integral de los problemas.

Al hablar de complejidad hacemos mención a lo que expresa Morin, planteando que hay que “considerar muchos aspectos, por ser difícil de comprender o resolver [...] es un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, que representa la paradójica relación de lo uno y lo múltiple. La complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre” (Morín; 2003: 52-54).

Por lo tanto, la práctica profesional reside en posibilitar intervenciones humanizantes, contenedoras e inclusivas que viabilicen proyectos terapéuticos interdisciplinarios, fortalezcan redes intersectoriales y promuevan la participación y autonomía en la defensa de los derechos sociales.

En el presente trabajo, al Trabajo Social en el campo salud, lo pensamos desde la concepción de clínica ampliada, contextualizante, en donde el abordaje de la salud de la población no sólo sea reducida a la ausencia de enfermedad, sino que se basa en la construcción de un vínculo terapéutico entre el equipo de salud y los pacientes, generando espacios de interacción, dialogo, comunicación y encuentro. Entendiendo a la salud como una responsabilidad pública compartida y como la capacidad singular y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida. Por eso la incorporación del Trabajo social en la institución de salud es pensada desde la perspectiva de la interdisciplinariedad.

Entendemos que es fundamental dejar de lado los medicamentos y centrarnos en aquellos problemas que dependen del contexto socio cultural, articulando proyectos de intervención sobre el territorio o sobre las instituciones específicas. A partir de la conformación de un equipo de profesionales estableciendo un vínculo relacional de responsabilidades mutuas entre el equipo de salud y la población. Donde esta última pueda hacer uso de los servicios en función de sus necesidades y el equipo se responsabilice por atención integral de la salud de aquellas personas que viven en un territorio dado.

5.2 Mirada interdisciplinar trabajo en el interior del centro de salud

El Trabajo Social al provenir del campo de las ciencias sociales, entendiendo que su campo de intervención es problemático ya que se construye sobre múltiples conformaciones de la cuestión social, aporta la permanente mirada crítica de cómo abordar los problemas (Trabajadores Sociales de los Centros de Salud del distrito oeste, 2013). De allí la idea de la interdisciplinareidad en los equipos.

Entendemos por interdisciplina la conjunción de lenguajes y profesiones diferentes, que hablan en términos distintos, implicando un gran esfuerzo en unir puntos de vista y construir un marco común. Es decir, aquellas prácticas que son realizadas por varios profesionales con la finalidad de intercambiar y aportar desde cada profesión para el abordaje de la situación problemática que se le presenta al equipo, dando lugar a la escucha, a la pregunta y a la desnaturalización de los procesos de trabajo. En estos tiempos los problemas que se presentan adquieren una trama de tal complejidad que obliga a trascender las acciones circunscritas en la inmediatez del hacer, para diseñar estrategias más integrales.

En los Centros de Salud, en donde hicimos las entrevistas se lleva adelante un trabajo interdisciplinario. Entendiendo que cada equipo del Centro de Salud lo aborda de diferentes maneras.

“Yo ninguna situación la trabajo sola, siempre la trabajo con un equipo de referencia, se da trabajo interdisciplinario en la mayoría de las situaciones pero cuesta. Es un trabajo en si mismo armar estrategias de trabajo con el equipo. Porque no siempre se logra con los compañeros pensar que las problemáticas se resuelven en conjunto” (TS CS DO).

“Lo que hacemos como equipo es poner en común la preocupación respecto de una situación y ahí empezamos a pensar en cuáles son los problemas que se presentan, cual es el problema que creemos pertinente abordar primero, con que estrategias, cómo empezamos a hacer lazo con las personas. Esto nos sostiene ante la complejidad de las situaciones, el no estar solos. Se está dando el permitir que tu compañero que es de otra disciplina de su opinión y no quedarme con lo que pienso yo, sino poder ver y analizar lo que dice mi compañero” (TS CS DN).

“El trabajo interdisciplinario se da con los compañeros de salud mental, enfermería y algunos médicos. Con el resto de los profesionales cuesta. Cuesta mucho cuando se entiende que el trabajo interdisciplinario se piensa desde una derivación, no desde una metodología de trabajo” (TS CS DS).

“Tratamos de no trabajar a nivel de derivación, que me deriven automáticamente a mí, sino de trabajar juntos antes, y después ver si da para la entrada mía o no, o lo trabaja ese otro compañero directamente, eso lo vamos evaluando en el equipo” (TS CS DNO).

Nos parece oportuno mencionar que el trabajo interdisciplinario presenta diferentes obstáculos y dificultades.

“Cuesta ir a las reuniones con otras instituciones con los compañeros, salir del Centro de Salud, realizar visitas, cuando son pacientes de todos no sólo míos. Hay veces que se le resta importancia a la situación y se olvidan de hablarlo conmigo, o a veces no se dan cuenta de hacer una lectura más profunda” (TS CS DO).

“Hay compañeros con los que cuesta más pensar la posibilidad del encuentro con el otro, del intercambio, y por lo tanto de hacerse el tiempo necesario. Pero es imposible pensar en el abordaje desde un lugar sólo frente a las situaciones con la complejidad que se nos presentan” (TS CS DSO).

“El trabajo interdisciplinario no se da con todos los profesionales, porque acá hay mucha lógica de consultorio, de biologismo. También hay mucho trabajo individual que obstaculiza el trabajo interdisciplinario” (TS CS DC).

Entendemos que estas dificultades tienen que ver con el lugar que el equipo de profesionales del Centro de Salud asigna al Trabajo Social y al trabajar con otro. Cuando se da un trabajo conjunto no es a partir de la derivación, sino a partir del intercambio de conocimientos y saberes.

“Lamentablemente siempre en lo asistencial encontramos nuestra legitimidad, por la capacidad de gestión de lo asistencial y en la entrega de recursos. Ahí me siento legitimada, sé para ellos cómo hacer tal cosa, pero después no dimensionan todo lo que pasa en el medio de esa gestión. Doy a conocer como se hace la gestión al equipo. Pero hay cierta resistencia a manejar esa situación. Cuando llega una persona que quiere tramitar pensión por discapacidad, lo mandan conmigo inmediatamente cuando son los médicos quienes los tienen que evaluar y tramitar. Entonces estoy trabajando con los compañeros que cuando le lleguen estas demandas los manden directo a hablar con ANSES porque tampoco es un trabajo mío. También es parte de mi trabajo, la construcción del vínculo con el otro. Y lo valoro en el marco de una estrategia. La parte de la gestión lo puede hacer otro también” (TS CS DN).

“Lo que yo noto es que todo lo que tiene que ver con gestiones y demás es como que el equipo encuentra un canal ahí y descansa porque de lo contrario tendrían que

ocuparse ellos” (TS CS DNO).

“Hay veces que uno tiene que deconstruir algunas cosas, por ejemplo cuando me vienen a buscar para hacer una visita por el hecho de ser TS, entonces trato de poner algunas preguntas a eso. A mí me pasa a veces que trato de correrme, bueno lo puede hacer otro, en esto de la articulación de reuniones o con el trabajo con otras instituciones queda muy en la figura del TS que vos llames, indagues, preguntes” (TS CS DSO).

Frente a estas situaciones, en donde están establecidas las funciones, creemos que es necesario que el trabajo social pueda desplegar sus conocimientos teóricos, de modo de poder expresar claramente la mirada particular que tiene sobre una situación, el actuar y el decir, y desde ahí poder interactuar con los demás saberes. Es la capacidad de argumentar, la formación teórica, la intervención consciente, lo que posiciona al Trabajo Social de otra manera, permitiéndole romper con las representaciones sociales y posicionándose desde otro lugar en los equipos de salud (Cazzaniga, 2002).

“En el Centro de Salud la parencia del Trabajo Social hizo que la población pudiera llegar a plantear lo complejo. Y que quizás antes llegaban y no lo veían. Mi aporte tiene que ver con construir otra mirada sobre la situación, muchas veces es una mirada lineal la que tienen y yo intento salir de esa mirada. Bueno ¿Qué le pasa a esta persona que no llega, por qué llega como llega, vos conoces donde vive?” (TS CS DN).

“A la hora de sentarme a ver un problema con mi compañero construyo preguntas, planteo una mirada estratégica, la cuestión del contexto, la historia de vida, el recorrido, las trayectorias, aportar una mirada de la complejidad de las situaciones, intentar desestigmatizar, de pensar más allá de lo biológico o psicológico. Hay cuestiones que hay que garantizarlas en tanto Estado y una vez que tengamos ese piso mínimo poder pensar que paso con la población, o los mandamos a todos al taller o al psicólogo, es necesario el psicólogo, el taller, pero una vivienda es completamente necesaria para que cualquier persona este mínimamente ordenada, situada y que pueda pensarse en la idea de un proyecto de vida. Es importante armar un proyecto con algunos compañeros, pensar que nosotros trabajamos procesos por un lado y por otro lado tenemos que ser estratégicos, porque estamos acá todo el tiempo, nosotros somos los que tenemos que garantizar procesos de atención con la familia, con las cuales también tenemos que estar viendo si no le pegan a los pibes, o tratan bien a sus locos, y además garantizar un lugar de confianza” (TS CS DS).

“Reconocer los tiempos de la persona, los otros tiempos, y lo vincular, la

construcción de un lazo social. Pensar los tiempos de la otra persona y acompañar esos tiempos, y no pensar que a uno le gustaría esto, sino acompañar a la otra persona. Y pensar que es lo posible hoy con esta persona, que no es sólo hoy sino que es un proceso” (TS CS DC).

Los compañeros dentro del equipo de trabajo del centro de salud entienden que necesitan de una Trabajadora Social, ahora el desafío está en el lugar en donde las ubican. Hay que deconstruir esa representación porque parece que todo lo que queda por fuera del manejo del médico, del enfermero se lo convoca a Trabajo Social. La legitimidad se va construyendo en la medida de las intervenciones con las situaciones concretas. “Desde nuestro aporte, nuestras herramientas, nuestro saber propio para abordar una situación, es cómo vamos marcándole y mostrándole a los compañeros nuestro lugar. Y desde las discusiones que tenemos como equipo, desde ahí también vamos aportando” (Coordinadora Depto TS).

Entonces frente a la complejidad de las demandas es necesario generar procesos interdisciplinarios e intersectoriales que posibiliten el abordaje integral de la salud, fortaleciendo al ciudadano y a su comunidad en la defensa y concreción de los derechos humanos. Creemos necesario fortalecer la capacidad de escucha del otro para llegar a diálogos profundos entre los diferentes saberes, respetando las especificidades del otro, pero teniendo como objetivo el trabajo en complementariedad.

La interdisciplina trasciende las parcialidades convirtiéndose en posibilidad para abordar la complejidad de las demandas permitiendo la contención grupal de los profesionales y la elaboración de alternativas políticas conjuntas. La complejidad de las situaciones hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta total a los problemas. De modo que constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social. Ya que creemos que no es desde la soledad profesional que se pueden dar respuestas a la multiplicidad de situaciones y demandas que se presentan. Tampoco es posible mantener una posición subalterna en los equipos de salud, ya que creemos que es fundamental construir intervenciones coherentes y creativas.

Consideramos que Trabajo Social no debe ser la única profesión que propicie el trabajo interdisciplinario, a pesar de que tenga una mirada integral y orgánica de las problemáticas sociales, es parte de todo el equipo de profesionales del Centro de Salud el generar espacios para una articulación conjunta.

Todos los trabajadores de APS intervienen con problemáticas complejas. Por ende

las personas son pacientes de todos los profesionales de la salud, y si bien desde las disciplinas se pueden reconocer aspectos particulares de incumbencia, la comprensión de las situaciones las analizan a partir de poner en juego las especificidades de los saberes desde la integralidad, para de este modo identificar intervenciones particulares desde una perspectiva en conjunto. Así hay una mirada integral disciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

A partir de lo escrito anteriormente pensamos a la interdisciplina como una herramienta de resistencia, como elaboración de alternativas en conjunto y contención ante la complejidad de la situación, como un abordaje que enlaza lo comunitario con las cuestiones de salud. Trascendiendo de este modo las parcialidades. Muchas de las situaciones que se presentan en los centros de salud que entrevistamos requieren de un trabajo de acompañamiento del equipo hacia los pacientes, que parece insignificante, pero que va generando un vínculo, para comenzar y que algo se pueda empezar a elaborar. También se generan discusiones en torno a cómo se piensan los procesos de salud, cómo se piensa el alojamiento de la población, cómo se mira a la población, cómo garantizar sus derechos.

Por otro lado pensamos a la interdisciplina como un desafío, hoy en día estamos cada vez más lejos de proyectarnos en colectivo volver cada vez más a lo individual favorece la fragmentación. Y esto es un desafío para el equipo de profesionales de la salud, armar estrategias de trabajo. Seguir sosteniendo los espacios de encuentro con los otros, aunque la cotidianeidad de las instituciones tiende a que se pierda.

Pensamos de este modo, que el trabajo interdisciplinario genera la puesta en discusión y el surgimiento de nuevas propuestas y permite la discusión de aquellas que son percibidas como obsoletas. Es decir, permite la articulación de las heterogeneidades que conviven en el Centro de Salud y las cuales son necesarias para abordar los problemas de salud diarios y construir las intervenciones.

En síntesis podemos decir que el trabajo interdisciplinario ha constituido uno de los factores conjuntamente con la clínica ampliada y contextualizada que posibilitaron la entrada y permanencia de ciertos actores que históricamente no habían tenido lugar en la interpretación e intervención de la realidad cotidiana en la salud pública.

5.3 Intersectorialidad

Así como en los Centros de Salud, se da un trabajo conjunto con el equipo, también

en aquellos casos que lo ameritan, se da un trabajo con otras instituciones externas o internas al barrio, es decir se genera un trabajo intersectorial. El objetivo es poder abarcar la situación en su totalidad generando una complementariedad en el abordaje y dando intervención desde las diferentes áreas en donde se nuclea el problema.

También, intersctorialidad en lo que refiere a la terceridad es una práctica útil, ya que la distancia es una buena estrategia para hacer una devolución cuando el equipo de profesionales esta sobre implicado en las situaciones. Poder pensar en un espacio de supervisión, de encuentro y debate, como modo de repensar la intervención y mover algunas estructuras.

De este modo se busca generar una articulación permanente para viabilizar estrategias de intervención con las familias, es decir que la información circule por aquellas áreas involucradas en el problema, y que no sea sólo trabajo de una, más precisamente aquella que se encuentra en el territorio.

Esto implica problematizar las intervenciones del Trabajo Social, generando instancias de discusión, intercambio y reflexión crítica, donde la mirada y la escucha compartida, acompañen en la revisión de la práctica social, desmitificando la idea que la mirada del otro, su pregunta y su observación están hechas desde una perspectiva de control y juzgamiento.

En los efectores de salud se presentan situaciones familiares y barriales cada vez más complejas, llevando a la necesidad de contar con un espacio donde discutir cómo trabajar las mismas, y reconsiderar constantemente el rol del Trabajo Social, los límites y la organización de los procesos de trabajo. Contar con un espacio de discusión y construcción de situaciones problemáticas y estrategias de intervención ha cobrado particular relevancia ya que la situación social se complejizó.

En los Centros de Salud en que realizamos las entrevistas, se da esta articulación con las otras áreas/instituciones. Algunas demandas que llegan son espontáneas, no han sido generadas desde el equipo sino que buscan soluciones en el Trabajo Social; otras son derivadas u orientadas desde otras áreas, incluso de aquellas que han sido creadas para abordar esos problemas que derivan. También hay situaciones que exceden la capacidad de respuesta de este efector de salud por lo que acuden a una intervención sobre la situación con otras áreas más específicas a la problemática (niñez, salud mental, discapacidad, etc.).

“Hay veces que la persona no tiene lazo con el Centro de Salud y si con el CCB o el

comedor del barrio, entonces de qué manera, a través de esa institución que funciona como un factor protector para la persona, se labura. Yo siempre trato que primero el criterio sea la escucha, porque desde ahí pueden surgir otras cosas, después si desde el Centro de Salud no se puede hacer nada re direccionamos o informamos hacia donde puede ir, por lo menos que se vaya con alguna respuesta. Y por qué no desde el centro de salud” (TS CS DSO).

“Cuando se presenta una demanda que excede la capacidad de respuesta un primer intento de trabajarla es llevarla a los espacios específicos. Lo empezamos a llevar con la Coordinadora del centro y con el CCB a una reunión con las otras áreas donde creemos que se debe construir la respuesta. Es todo muy difícil de sostener en el tiempo y los acuerdos son difíciles de llevar adelante. Pero el espacio está y se trata de poder continuar y de exponer estrategias en común para las situaciones. Entonces empezamos a llevarlo a algunas áreas de referencia, pero tenés respuestas como: vos sos Trabajadora Social de la Municipalidad y por eso tenés que tomar todo lo que llega, hay otras áreas/instituciones que reflexionan sobre lo que vos les estás diciendo” (TS CS DN).

“Para trabajar las demandas hay veces que hay que ir armando una estrategia con otro u otros, cuando te excede intentas armar con otro que no es el que vos pensás que tiene que intervenir en esto. A veces tenés que armarlo, agrandarlo, adornarlo para que encaje” (TS CS DNO).

“Hay un montón de pacientes que están en situación de calle y vienen al Centro de Salud, que es su lugar de referencia. Esta el refugio para la gente en situación de calle pero es para varones y hay otro que es mixto pero para mayores de 65 años. No hay lugares para mujeres en situación de calle. No hay lugar donde la mujer se pueda ir a bañar, donde este segura. La situación de calle de la mujer es diferente a la del hombre. Y no están los mismos recursos para el hombre que para la mujer. Esto nosotros lo hemos planteado pero no hay respuesta” (TS CS DC).

La intersectorialidad implica que diversos sectores gubernamentales no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes. La noción de la intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es su multicausalidad. Es la búsqueda de la integralidad en el abordaje de un determinado problema, lo que coloca

en el centro la cuestión de la relación entre distintos sectores institucionales.

“Con algunas áreas la idea es buscar una terceridad, entonces acordamos qué rol va a tener cada uno en esta intervención y a lo mejor es para una cosa puntual que necesitamos a ese tercero: que ordene la cuestión legal, entonces contamos con el rol de estas instituciones. Tiene que ver con que aparezca alguien que no seamos ni nosotros ni el CCB para que no interfiera en el vínculo. No siempre llegamos a un acuerdo rápido” (TS CS DNO).

“Cada área fue armando un circuito diferente de trabajo, y las respuestas de trabajo también dependen de cada área. No hay circuitos iguales para todas las instituciones, es como un camino que uno va haciendo con los años. Las respuestas son en función de cada institución, no hay una única respuesta” (TS CS DO).

Muchas veces en la articulación con otras áreas se dan mecanismos que generan circuitos de reevaluación y/o sobreintervención sobre una misma población. Al mismo tiempo muchas instituciones solicitan remisión de informes a través de los cuales deciden si es de su competencia tomar esa situación, haciendo caso omiso a la demanda de trabajo intersectorial.

“Por ahí te pasa que vos venís trabajando algo con algún paciente y va a alguna institución y dicen algo o la intervención que tienen va en contraposición con el trabajo que vos venias haciendo y te vuelven atrás toda la estrategia” (TS CS DNO).

“A veces me pregunto para qué estamos, para agarrar, recibir, y derivar para qué otro evalúe, lo que se supone que uno tiene criterio para poder evaluar. Hay que pensar que los pacientes son de la red salud y no del Centro de Salud. De pensar en aprovechar que tenemos distintos niveles de intervención dentro de la misma red salud, podemos formar una estrategia en conjunto y no que cada uno se corte y arme en función de lo que le parece” (TS CS DS).

Esta intersectorialidad de la que venimos hablando, se dificulta porque, lo que sucede es que en muchos barrios no hay presencia institucional más que el Centro de Salud y la Escuela. Las políticas relacionadas con la ampliación de derechos que incitan la territorialidad se debilitan cuando se evidencia en el territorio la precariedad de soportes institucionales para el abordaje y seguimiento de las poblaciones que se encuentran vulneradas en sus derechos, como son lo habitacional, lo alimentario, niñez, tercera edad, violencia de género, discapacidad, entre otras. De modo que el Centro de Salud se constituye en un referente privilegiado y solitario del Estado en el territorio, no pudiendo

dar respuestas ya que sobrepasan su especificidad. Uno de los problemas que coinciden todas las entrevistadas es cómo canalizar hacia otras áreas las demandas que llegan al Centro de Salud y exceden su capacidad de respuesta.

“Somos la única institución público Estatal en el barrio, viene de todo. Convocar a la áreas se convocan, incluso se le sugiere a la gente que vaya al Distrito, haga su planteo. Esto de estar acá conocer hace que seamos apoyatura territorial de otras áreas. Como no tienen anclaje en el barrio no conocen las problemáticas cotidianas, la necesidad de la gente, por lo que hay una distancia con el problema, que permite tener cierto margen y que la respuesta frente a la problemática sea con tiempos lentos. Hoy no hay presencia en los territorios, y tampoco lugares donde la gente pueda circular por sí misma para ir a hacer pedidos, planteos, demandas. Hay cuestiones que tienen que ver con áreas más duras de la Municipalidad, barrido, limpieza, iluminación, poda, etc. que tendrían que tener históricamente otro tipo de accesibilidad a la población, no lo tienen y aparecen esporádicamente. No hay un plan sistemático ni de intervención ni de escucha” (TS CS DS).

“La persona tiene que tener un lugar a donde ir a plantear sus demandas, tiene derecho que lo reciban en algún lugar y le diga o si o no. Como no está ese lugar, el Centro de Salud se convierte en ese lugar. Entonces optamos por decirle a las personas que vayan directamente y se planten hasta que lo atiendan” (TS CS DN).

La marcada ausencia de equipos territoriales provoca indiferencia en la recepción y abordaje de las situaciones. La responsabilidad de los equipos de salud es trabajar con las situaciones de maltrato, abuso, etc. que se detecten en el espacio de trabajo y en caso de ser necesario, como una estrategia de trabajo, se acuda a la gestión de DNI, partidas de nacimiento, etc. Los rechazos de situaciones por parte de instituciones que por su naturaleza deberían responder a problemas de su competencia (vivienda, alimentación, denuncias de vulneración de derechos en la infancia, solicitudes de asistencia social directa, etc.), no son explicitados clara y formalmente ante quien lo demanda y generan un circuito de re direccionamiento de la demanda hacia el territorio, que termina en la mayoría de los casos, agotándose en la figura de la Trabajadora Social del Centro de Salud.

“Hay una cuestión de la cual reniego pero la tomamos, que es lo institucional, al Centro de Salud todo llega por Trabajo Social, las situaciones, cada vez que alguien llama al Centro de Salud quiere hablar conmigo, por qué conmigo si no tiene que ver conmigo,

tiene que ver con la cuestión clínica, te paso con la clínica, nosotros somos como la entrada para las otras instituciones de las situaciones” (TS CS DO).

De este modo cabe preguntarnos ¿Qué mecanismos utilizan los trabajadores de la salud cuando deben realizar planteos en situaciones complejas que exigen una articulación para llegar a una intervención integral?

5.4 El eje asistencial del trabajo social desde la óptica de las Trabajadoras Sociales

Dada la proximidad barrial de los Centros de Salud, ya que se encuentran en los barrios más críticos de la ciudad; dada que son la cara visible del estado en el barrio; y dada la incorporación a los equipos del Trabajo Social, podemos decir que se interviene sobre problemáticas diversas y complejas.

Esta diversidad de demandas tiene que ver con que la Atención Primaria de la Salud operó como vía principal de territorialización, a partir del proceso de descentralización y participación social, identificando y delimitando sectores poblacionales que requerían atención específica, lo cual desembocó en el tratamiento localizado de los problemas. Al mismo tiempo, se desarrolla una tendencia a la medicalización de la asistencia, que se hace presente en prácticas ancladas en las nociones de prevención, promoción e integralidad de la salud (Campana, 2010).

“Muchas veces las consultas no tienen nada que ver con salud, quiero hacer tal cosa a dónde puedo ir qué te parece” (TS CS DNO). “La población intenta resolver acá cuestiones que no se pueden resolver en otros lugares. Y este no es el lugar, y te cuestionan vos qué haces si no me podes conseguir una casa” (TS CS DN).

Así la APS está vinculada con una estrategia asistencial, el Centro de Salud es visto como una institución territorial de referencia para todo problema que se presenta en el barrio, y muchas veces se termina “patologizando” problemas para acceder a la asistencia. Sumado que el ingreso de situaciones a determinados programas o el acceso a la asistencia, sigue estando relacionado con la entrega de informes sociales que certifiquen la pobreza, sin tener en cuenta que lo solicitado corresponde con sus derechos.

Algunos ejemplos:

La ayuda Social Única (ASU), es el nombre que el es el nombre que el Ministerio de Desarrollo de la Provincia le puso a la asistencia directa.

Por su parte el Servicio Público de la Vivienda (SPV) destina un Programa de Emergencia Habitacional para aquellas personas que lo que requieran. Si bien el SPV indica que en cuestiones graves de salud ellos aportan un bolsón de materiales, una ayuda económica o pagan un alquiler, tiene que ser en situación de extrema salud. Desde el Centro de Salud se trata de enmarcarlo en una estrategia de trabajo, y a veces una de las intervenciones que se hace desde el Centro de Salud es gestionar algún recurso económico para hacer refacciones en la casa de una persona, "...y al día siguiente viene la vecina y me dice pero vos le hiciste arreglos en la casa a ella y a mí no, y bueno yo le explico que es porque tiene un problema de salud. Pero a mí me llueve la casa, y te describen todos los problemas que tienen, eso es recurrente, y es ahí donde estamos en deuda de ver cómo resolverlo, como orientar a la población para que llegue al lugar que sea atendido. Uno se encuentra diciendo bueno mira que para que accedas a algún servicio del SPV tenés que estar enfermo, tener esto y aquello. Y la realidad es que no hay derecho a vivir en estas condiciones, y el tener una vivienda digna es un derecho, y no se tiene que acceder por cual o tal motivo" (TS CS DN).

Esto nos demuestra que esta institución que fue creada para dar respuesta a las demandas de vivienda de la población, lo hace de modo parcial y dispone de un circuito que redirecciona la demanda popular hacia el territorio corriendo el eje de atención.

Por su parte el Servicio de Atención Ciudadana (SAC), recibe la situación a través del pedido de los equipos de salud con la obligatoriedad de la remisión de informes con detalle del caso, luego pasa por una instancia de análisis de la Coordinación que deciden el ingreso o no de la situación.

En lo que respecta a las pensiones, la mayoría de pensiones que se realizan son por discapacidad. Primero tiene que tener una evaluación clínica para ver si los criterios corresponden o no, y después se adjunta la evaluación de la Trabajadora Social para ver si la situación familiar esta dentro de los criterios que la comisión de pensiones considera.

"El acceso es complicado porque se necesitaría mucho más de lo que se entrega entonces se complica y la persona tiene que tener un cáncer y ser pobre y estar por morir, cada vez mas requisitos se piden. Entonces uno prioriza las situaciones más urgentes. Le trasmito como es la situación a la población de que eso es algo que no sale desde el Centro de Salud que uno no gestiona y que se va priorizando en función de las situaciones" (TS CS DO).

"Lo que veo es que tenemos o que enfermar a todo el mundo o discapacitar a todo

el mundo. El Estado tiene que garantizar las cuestiones asistenciales, ahora por qué yo tengo que estar inventándole una enfermedad o vemos si tiene algún discapacitado en la familia para ver si podemos estar presentando algo al SPV. ¿Por qué? Si es un derecho. No podemos permitir que la población circule por las distintas oficinas, que en el mejor de los casos lo reciben y los reconduzcan al centro de salud que es reconducirlos a la nada” (TS CS DS).

“Los criterios por los cuales las instituciones a veces definen otorgar o no un beneficio tienen que ver con cómo se le presenta la situación, cuan grave uno presenta la situación para que lo autoricen, cuanto más grave mejor, y más probabilidades que te presten atención” (TS CS DNO).

Con esto podemos ver que la lógica asistencial permanece y es parte constitutiva de la salud pública y que el discurso médico continua moldeando las categorías con las que el Estado trata de dar respuesta a la problemática de los barrios.

Aquellos servicios que se enmarcan dentro de un proyecto terapéutico, como es el caso de las TUC, son tomadas por los Centros de Salud. Las que no, son derivadas a los CCB, aunque no los hay en todos los barrios. Por tanto hay Centros de Salud que no pueden realizar una articulación con esta institución, teniendo que hacerse cargo de todas las problemáticas.

“Cuando no tienen que ver con algo así de salud, está bien que todo es salud, yo los derivo a la Secretaría de Desarrollo Social. Esa demanda no es por acá, hay otra Secretaría, hay otras compañeras que te pueden acompañar en esto” (TS CS DC).

“Hay demandas asistenciales que llegan de forma espontánea, lo que sería un tipo de intervención más de gestión, y donde no hay un trabajo con el paciente, sólo dar respuesta a esa cuestión. Quedan a la vista algunas cuestiones o tramites de gestión donde se delega la responsabilidad al TS y yo estoy poniendo freno a eso porque los pacientes son del Centro de Salud. Y todos los profesionales podemos llevar una tarjeta al CEMAR para que la recarguen o avisar de algún turno” (TS CS DN).

Con esto podemos decir, que fue el discurso médico higienista quien propicio el ambiente para la emergencia de la asistencia social Estatal. Plantando a la pobreza en términos de enfermedad social, lo que generó un arsenal de tecnologías para su tratamiento, como la inspección de domicilios, el otorgamiento de subsidios a cambio del cumplimiento de las prescripciones, la certificación del estado de necesidad para la obtención de atención médica gratuita (Campana, 2010).

La función asistencial se constituye en el componente fundamental de las formas de intervención social del Estado. Es importante tener presente una perspectiva de salud y de autorresponsabilización de los profesionales del equipo de salud al momento de su intervención, en cuanto a poder comprender a las personas en todas sus dimensiones, socioeconómicas y culturales, y no solo como usuarios de atención médica afectados por enfermedades, para no generar la “patologización” creciente de la población.

“Las prestaciones asistenciales son recursos transversales, lo podemos pensar como estratégico, como una herramienta. Hay cuestiones que tienen que ver con derechos adquiridos, entonces frente a una situación de discapacidad que está por fuera de todo amparo que no tiene certificado ni pensión, nosotros hacemos un trabajo para que tenga acceso a derechos que por ley lo asisten. Entonces uno si capta la situación es incluirla para ver como se la trabaja. En función de cada caso uno apela a determinada gestión de recursos. Esos recursos, esas líneas son en función de las situaciones.” (Coordinadora Depto TS).

Podemos concluir diciendo que lo asistencial no es un problema siempre y cuando haya un Estado que lo regule y garantice, y haya en el barrio otras instituciones que la población pueda acercarse. Los recursos asistenciales los pensamos en función del armado de un proyecto terapéutico. De modo que nos preguntamos ¿Por qué es a la Trabajadora Social del Centro de Salud a la que le toca la parte de proveedora de servicios asistenciales si forma parte de un equipo interdisciplinario e intersectorial?

RELEXIONES FINALES

Como bien expresamos en las primeras hojas del trabajo, nuestro objetivo general fue analizar las concepciones de las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud de cada distrito de la ciudad de Rosario respecto de su función en dichas instituciones. Los objetivos específicos se centraron en, describir el proceso histórico a través del cual fue emergiendo un nuevo modelo de salud en la Municipalidad de Rosario y que llevó a las Trabajadoras Sociales a formar parte de los equipos de los Centros de Salud; reconocer el lugar que tiene el trabajo intersectorial en los equipos de los Centros de Salud; identificar cómo las Trabajadoras Sociales consideran la dimensión asistencial en su práctica.

Si bien consideramos que los objetivos fueron cumplidos a lo largo de todo el trabajo, nos parece importante remarcar algunas cuestiones.

La reconfiguración del modelo de salud pública se inscribió en el proceso más amplio del gobierno Municipal. La Atención Primaria de la Salud fue la estrategia que abrió el camino hacia la descentralización, territorialización y participación, identificando sectores sociales que requerían atención específica para generar mayores niveles de accesibilidad, a partir de la conformación de los Centros de Salud en los barrios periféricos. En los Centros de Salud se conformaron equipos interdisciplinarios, respondiendo al proceso de descentralización y territorialización.

Los equipos de los Centros de Salud se reconfiguraron incorporando a otras profesiones que buscaron romper con el modelo médico hegemónico, y brindar acceso y calidad de salud acorde a la población pensada desde una lógica integral y como un derecho humano. Éste es el caso del Trabajo Social generando procesos de trabajo donde el equipo de profesionales intervenga en la conformación de un vínculo con la población, como herramienta principal para responder a las demandas.

Hoy en día este proceso de territorialización se encuentra con algunas fallas, ya que en los territorios se da la presencia del Centro de Salud y la Escuela, como únicas instituciones Estatales. Provocando una precariedad de soportes institucionales para el abordaje y seguimiento de la demanda de las poblaciones que se encuentran vulneradas en sus derechos como lo habitacional, alimentario, violencia de género, tercera edad, etc. Hay una falta de apoyatura de otras áreas con anclaje territorial, provocando la variación de la función del Trabajo Social en el Centro de Salud. Las entrevistadas expresan sentirse solas en las intervenciones, dejando de actuar sobre los procesos de salud, para

pasar a ser la “asistente social del barrio” tomando y derivando demandas a las áreas correspondientes. Aparece en el diálogo con las entrevistadas frases como, “falta de apoyatura institucional”, “estamos solas”.

A partir de las entrevistas podemos decir que, la articulación con las diferentes instancias Estatales, para las intervenciones, depende de los acuerdos que logren realizar los profesionales de cada territorio. Los criterios de intervención son diferentes de acuerdo a cada área y la mayoría de las veces tienen varios requisitos, dificultándose el acceso y dándose instancias que llevan a la recirculación de la población por las diferentes áreas y/o instituciones.

Nos parece importante poner en discusión los criterios de acceso y de evaluación más allá de las intervenciones de cada área. De modo que se evitarían las sobreintervenciones, las instancias de certificaciones, y la circulación de la población por las distintas instituciones en busca de respuestas. Si las Trabajadoras Sociales o los equipos de los Centros de Salud, que trabajan diariamente con las poblaciones, consideran necesaria tal o cual intervención, no habría razón para que volviesen a ser evaluadas.

Esto nos lleva a preguntarnos, siendo que se llevó a delante un proceso de descentralización y territorialización, cuya finalidad pretendió lograr una mayor accesibilidad y una mejor calidad de salud de las poblaciones periféricas, ¿De qué modo ese proceso de descentralización (con todas las instituciones que implica) se ve reflejado, en la actualidad, en el territorio?

El Trabajo Social en el Centro de Salud según la Secretaria de Salud Pública de Rosario, está abocado a trabajar desde la matricialidad, desde la transversalidad. Su incorporación al equipo de referencia fue pensada para abordar interdisciplinariamente e intersectorialmente las situaciones, trabajando por la salud integral de la población, teniendo en cuenta su contexto. Esto es, interactuando diferentes profesiones y áreas en el armado de una estrategia de intervención como respuesta a las demandas. Las entrevistadas reconocen este trabajo en equipo, pero al mismo tiempo marcan como una de sus principales funciones, y en donde se abocan las mayores demandas, las cuestiones asistenciales, la gestión de algunos recursos. Para las entrevistadas gran parte de la razón de ser de su profesión está dada por el acto asistencial, en la asistencia la profesión encuentra gran parte de su legitimidad. Esto hace que la demanda recaiga en el Trabajo Social cuando otras profesiones y/o otros dispositivos institucionales no se

cuestionan cómo responder. Se convierten en mediadoras entre las personas con necesidades y el recurso al que estas personas aspiran. Teniendo que reafirmar la condición socio económica de la persona para que acceda a los servicios asistenciales, recayendo en una constante certificación y demostración de parte de la población de las condiciones en las que se encuentra.

A lo largo del trabajo pudimos notar una diferencia entre lo que opinan las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud y lo que opina la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social, en lo que respecta a cómo consideran la asistencia y la gestión de los recursos.

Esta última considera a la gestión de algunos trámites no como una cuestión de una política sanitaria, sino como una herramienta de trabajo. Y sostiene que cada Trabajadora Social tiene que ver con el lugar en que la ubican, ya que muchas veces se termina decidiendo por esos espacios de intervención y no por otros.

El eje de los planteos de las Trabajadoras Sociales de los diferentes Centros de Salud se centra en que no son ellas quienes tienen que garantizar las cuestiones asistenciales, sino que tiene que haber un área que se encargue y las garantice para toda la población. En los diferentes discursos aparecen palabras como “somos gestoras del Estado en el barrio”, “lo asistencial tiene que tener su área”, “todo recae acá”.

Podemos reflexionar, que el acto asistencial sea parte o no de una estrategia de trabajo más amplia, es una prestación de servicios. Si lo pensamos desde el lugar de trabajadoras de lo público, que deben prestar servicios a las poblaciones que lo requieran, toma otro significado, y tiene que ver desde qué lugar se posiciona la Trabajadora Social en su intervención, ¿Desde el campo de los derechos sociales? O ¿Desde una dádiva? Pensamos a la asistencia como un elemento transversal a las distintas modalidades de intervención del Estado.

Las cuestiones asistenciales son demandas frecuentes que llegan y llegarán al Centro de Salud, dado este contexto económico que está siendo devastador para la población. Por eso es importante reflexionar cómo las Trabajadoras Sociales reivindican su función en pos de los derechos de las personas frente a este gobierno que está desmantelando los derechos humanos conquistados años anteriores.

A partir de analizar las entrevistas notamos que muchas veces los profesionales del equipo del Centro de Salud bajo estas funciones asistenciales terminan posicionando al Trabajo Social como aquella profesión que sabe cómo solucionar o trabajar con las

problemáticas que ellos no saben de qué modo abordarla, como la salvadora que siempre sabe qué hacer. Y los otros profesionales, que no saben cómo intervenir, no tienen nada que aportar en la resolución del problema.

Consideramos que a veces es la Trabajadora Social la que acepta este lugar dentro del Centro de Salud. Esta manera de posicionarse no responde solo a la demanda de los trabajadores del Centro de Salud ni a la de la población, sino que a veces resulta ser la manera más rápida de intervenir ante lo dificultoso que es en algunos casos la intervención de manera interdisciplinaria. Por esta razón es un desafío poder reflexionar el modo de posicionarse como Trabajadoras Sociales frente a las cada vez mayores demandas de recursos y seguir apostando al trabajo interdisciplinario. A partir de dilucidar la complejidad de la realidad, sus múltiples variables de la mano de otras profesiones y profesionales, así conjuntamente poder ubicarse como sujetos capaces de realizar intervenciones en los diferentes contextos.

Siguiendo estos ejes nos parece interesante reflexionar a partir de algunos aportes que hace Cazzaniga, al plantear a la intervención de Trabajo Social como inacabada, siempre aparecen nuevas problemáticas que hacen repensar la intervención. Además las intervenciones que se realizan son diversas haciendo imposible volver a utilizar una misma respuesta ante una problemática similar.

“Es en este plexo que pongo la noción de imposibilidad, y no justamente como sinónimo de un “no se puede” intervenir, sino como principio epistémico [...] que otorga las bases de la irreductibilidad de lo social, cuestión que desde mi perspectiva aporta, entre otros aspectos, a modificar estas posiciones que como tendencia asumimos los trabajadores sociales: la omnipotencia que rápidamente puede convertirse en impotencia [...] Si esta omnipotencia se funda en la concepción de la “resolución de los problemas sociales”, el no logro de esos “objetivos” lleva a la frustración profesional y al sentimiento de impotencia” (Cazzaniga, 2009:4).

El gran desafío para el equipo de profesionales del Centro de Salud frente a las demandas complejas es fomentar un trabajo interdisciplinario entre los diversos profesionales del Centro de Salud y la población misma para solucionar las variadas problemáticas.

Para cerrar el trabajo nos parece importante remarcar el grado de feminización del campo de la salud, más allá que no hicimos un exhaustivo análisis sobre esta temática, no podemos pasarlo por alto. De las entrevistas que realizamos todas eran mujeres, es por

eso también que nos referimos a “ellas” cuando mencionamos a las profesionales de Trabajo Social. Creemos importante remárcalo ya que no fue un criterio de selección la cuestión del género, sino que se dio que todas las entrevistas fueron a mujeres. Pensamos que esto tiene que ver con una construcción social, donde se le ha asignado siempre a la mujer el estar atentas a la vulnerabilidad, a las dificultades de los otros.

Con este trabajo no pretendemos sacar conclusiones definitivas, sino poder problematizar las prácticas cotidianas de las Trabajadoras Sociales en los Centros de Salud. Creemos necesario e importante seguir sosteniendo y repensando las discusiones que se dan al interior del colectivo de Trabajadoras Sociales. Y poder generar nuevos y más encuentros con la Secretaria de Salud Pública, fundamentalmente, frente a los ataques que este gobierno neoliberal genera.

BIBLIOGRAFIA

- ALAZRAQUI, M. "Equidad en salud. Teoría y praxis", en *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*, Buenos Aires, seminario VIII, Noviembre 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. y SILVA PAIM, J. "La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica". Brasil, Cuadernos Médicos Sociales 75, 1999.
- ARIAS, F. *El proyecto de investigación. Guía para su elaboración*. Caracas, Episteme, 1999, Pp 8-27
- ASAMBLEA GENERAL "Declaración Universal de Derechos Humanos." [13 de enero de 2017], disponible en:
http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- ASE, I. y BURIOVICH, J. "La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el Derecho a la Salud?", en *Salud Colectiva*, núm. 1, vol. 5, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, Enero-Abril de 2009, pp. 27-34.
- BÁSCOLO, E. y YAVICH, N. "Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina" en *Revista Salud Pública*, vol. 12, Nº 1, Rosario, Abril 2010, pp. 89-104
- CAMPANA, M. *La asistencialización de la salud pública. La atención primaria de la salud en el municipio de Rosario*. Doctorado en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario. 2010
- CASTRO ROJAS, I. "Normas generales para la elaboración y presentación de tesinas", [10 de Enero de 2017], disponible en:
<http://www.fcpolit.unr.edu.ar/wp-content/uploads/Tesinas-NormasGenerales.pdf>
- CAZZANIGA, S. "Sobre la imposibilidad de la intervención profesional: Reflexiones para poder repensar". Ponencia presentada en las Jornadas de Investigación en Trabajo Social. UNER, Paraná. 2009
- CAZZANIGA S. "Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud" Editorial margen. Edición Nº 27, 2002
- COMITE DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. "El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud." [13 de enero de 2017], disponible en:
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf.view>
- CUBO DE SERINO, L., PUIATTI, H. y LACON, N. *Escribir una tesis. Manual de estrategias de producción*. Córdoba, Comunicarte. 2012
- DECLARACIÓN DE ALMA ATA. "Conferencia Internacional sobre Atención

Primaria de Salud”, Septiembre de 1978, [17 de Enero de 2017], disponible en:

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

- DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. “Equipos Responsables”, s/f.

- DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. “Secretaría General. El proyecto descentralizador: participación y eficiencia” en *Rosario (1995/2003) ocho años de transformaciones y participación ciudadana*. Rosario 2003, pp. 207-215.

- DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. “Secretaría de Salud Pública. Un modelo ejemplar” en *Rosario (1995/2003) ocho años de transformaciones y participación ciudadana*. Rosario 2003, pp. 47-64.

- DULCICH, R. “Algunas Ideas sobre las Determinaciones fundamentales del Surgimiento del Trabajo Social como Profesión.”, en *Cátedra Paralela*. [10 de Septiembre de 2018], disponible en:

http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00023f001t1.pdf

- ELDER, J. y TONI, C. “Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia” en *Secretaría de Salud Pública. Dirección General de Servicios de salud de la Municipalidad de Rosario*, Rosario, 2004.

- FERRARA, F. “Relectura de la formación docente en salud”, 2009, [15 de Junio de 2017], disponible en:

<http://fordocsalud.blogspot.com.ar/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-la-salud.html>

- GARCIA CABRERA, M. E. *Salud ¿derecho o privilegio? Una mirada desde la población*. Universidad Nacional de Rosario, 2009

- INTENDENCIA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. “Descripción y Perfil del puesto de Trabajo Social”, Rosario, 2017

- IRIART, C y otros. “Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos.”, en: *Revista Panamericana Salud Pública*. 2002.

- JIMENEZ, C. A. “Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000”, en *Salud Colectiva*, núm. 2, vol. 5, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, Mayo-Agosto de 2009, pp. 211-224.

- LIBORIO, M. “¿Por qué hablar de salud colectiva?” [17 de Enero de 2018], disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/Liborio.pdf>

- "Los centros Crecer ya no funcionan como antes", en: La Capital, 5 de febrero de 2012

- MARRO, K. "Hacia la construcción de un trabajo social critico latinoamericano: algnos elementos para su problematización." En Catedra Paralela. 2005. [10 de Septiembre de 2018], disponible en:

http://catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00024f001t1.pdf

- MENÉNDEZ,E "Modelo médico Hegemónico y Atención Primaria", en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Grupo Editor de las Jornadas, 1988

- MORIN, E. "Sobre la interdisciplinariedad", en *Boletín N°2* del Centro Internacional de Recherches e Etudes Transdisciplinaries. 2005

- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. "Centro de Convivencia Barrial (CCB)." [consulta 24 de enero de 2019] Disponible en:

<https://www.rosario.gob.ar/web/gobierno/desarrollo-social/centros-de-convivencia-barrial-ccb>

- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. "La descentralización en la ciudad de Rosario" [24 de Enero de 2017], disponible en:

<http://postulantes2.rosario.gov.ar/condiciones/descentralizacion.pdf>

- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO "Presupuesto Participativo Rosario", [24 de Enero de 2017], disponible en:

<http://postulantes1.rosario.gov.ar/condiciones/presuparticip.pdf>

- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. "Sistema de Salud" [17 de Enero de 2017], disponible en:

<http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1.jsp>

- PARRA, G. "La institucionalización del Trabajo Social" en *Antimodernidad y trabajo social: orígenes y expansión del trabajo social Argentino*. Buenos Aires, 2001, pp 155-182.

- RICCIARDINO, L. "La cuestión social", en: Página/12, Rosario, 1 de abril de 2013

- ROVERE, M. "Calidad centrada en el ciudadano", [12 de Junio de 2017], disponible en:

http://xa.yimg.com/kq/groups/23550609/205452059/name/Rovere._Calidad_centrada_en_el_ciudadano%5B1%5D.pdf.

- ROVERE, M. "Una ciudad modelo en salud Pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democratica", [10 de Marzo de 2017], disponible en:

http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf

- ROVERE, M. "Redes en salud; los grupos, las instituciones, la comunidad." Rosario, El Agora, 2006.

- SAUTU, R. *Todo es teoría. Objetivos y metodos de investigación*. Buenos Aires, ediciones Lumiere, 2003, pp. 66-94.

- SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL. "Servicio de Atención Ciudadana (SAC). Descripción y perfil del puesto: Profesional en Abodajes Sociales." [Consulta: 24 de enero de 2019] Disponible en:

https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/perfil_sac.pdf

- SOUSA CAMPOS, G. "Efecto Paideia y el cambio de los modelos de atención: reflexiones sobre la relación entre el sujeto y el mundo de la política y gestión en salud", [27 de Enero de 2017], disponible en:

http://www.forosalud.org.pe/iiicns/Modelo_de_atencion.pdf

- SOUSA CAMPOS, G. "El anti-taylor: en relación con la invención de un método para cogobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso", 1998, [27 de Enero de 2017], disponible en:

https://sites.google.com/site/shelbijoseph/Anti_Taylor_98.doc

- SOUSA CAMPOS, G. "Reflexiones sobre la clínica en equipos de Salud de la familia", en Publicación Científica de la Secretaria de Salud Pública Municipal, núm 1 y 2, vol. 6. Rosario, 2003/2004.

- SVAMPA, M. "Ramón Carrillo y la salud pública. Sociedad y participación", en *Certezas, incertezas, desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara. Entrevista con Ferrara*, Biblioteca Nacional, Buenos Aires, pp. 29-47.

-TRABAJADORES SOCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO OESTE "Trabajo Social en Salud. Construyendo el lugar de matricialidad en los equipos de salud." Rosario 2013.

- VERGARA QUINTERO, M. *"Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad"*. Colombia, Revista Hacia la Promoción de la Salud, 2007.

ANEXO

Las entrevistas semiestructuradas que realizamos se dividieron en dos grillas, una para las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud, y otra para la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública. Las preguntas comunes son:

1. ¿Cuánto hace que te recibiste?
2. ¿Tenés experiencia de trabajo en otra área previo a empezar en salud?
3. ¿Cómo fue tu decisión de trabajar en esta área?
4. ¿Cuánto hace que trabajas en salud? ¿Trabajaste Siempre en el primer nivel de atención? ¿Trabajaste también en otro centro de salud? ¿Por qué fue el cambio?

Las preguntas a las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud son:

5. ¿Cuáles son las características de la población que asiste al centro de salud?
6. ¿Cuáles son las principales problemáticas de la población?
7. ¿Cuáles son las demandas más frecuentes? ¿Y de Trabajo Social?
8. ¿Cuáles son los tipos de intervenciones que se realizan con mayor frecuencia en el centro de salud?
9. ¿De dónde provienen las demandas? ¿Se acercan voluntariamente? ¿O llegan derivadas por medio de otras instituciones/áreas?
10. A la hora de abordar las problemáticas que se presentan ¿intervienen conjuntamente con otras áreas? ¿Otras instituciones? ¿Con cuáles?
11. ¿Se presentan demandas que exceden la capacidad de respuesta del centro de salud? ¿Cómo se trabaja con las mismas?
12. ¿alguna vez en el trabajo en el centro de salud, se dio la situación en donde una decisión que fue tomada por el equipo del centro de salud es vuelta a ser evaluada por otra institución? (se produce la sobre intervención sobre una misma población)
13. Principalmente en qué intervenciones consideras que el trabajo social encuentra su legitimidad al interior de un equipo de salud.
14. ¿Con qué mandato creés que se incorpora el trabajo social en un centro de salud?
15. Desde tu experiencia de trabajo, podés ubicar algunas transformaciones más significativas que haya sufrido la intervención de trabajo social en el primer nivel de atención. ¿Cuáles son esos cambios y con qué se relacionan?

16. ¿Cómo consideras que está dado o no el reconocimiento al aporte de trabajo social en el centro de salud por parte de la población y del resto de los profesionales?

17. ¿De qué manera se posiciona en general el equipo del centro de salud en cuanto al otorgamiento de servicios? ¿Se considera desde una perspectiva de derecho o de beneficencia?

18. ¿Cómo es el acceso de la población a las prestaciones asistenciales?

19. ¿Se trabaja en forma interdisciplinaria en el equipo del centro de salud?

20. Dentro de este trabajo interdisciplinario qué papel le cabe al trabajo social ¿Por dónde se ubicarían sus principales aportes?

21. ¿En la institución particular donde trabajas se dan espacios que invitan a la reflexión crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las que se intervienen? ¿Cuáles son? ¿Con quiénes se sostienen?

22. ¿Qué lugar crees que tiene en la intervención, el conocimiento teórico adquirido a lo largo de tu formación académica y profesional? ¿De qué otros aportes se nutre la misma?

Las preguntas a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública son:

5. Desde tu experiencia de trabajo, podés ubicar algunas transformaciones más significativas que haya sufrido la intervención de trabajo social en el primer nivel de atención. ¿Cuáles son esos cambios y con qué se relacionan?

6. Principalmente en qué intervenciones consideras que el trabajo social encuentra su legitimidad al interior de un equipo de salud

7. ¿Con qué mandato creés que se incorpora el trabajo social en un centro de salud?

8. ¿Qué objetivos principales propone la SSP al contratar trabajadores sociales en APS?

9. ¿Cuál son los ejes que desde el departamento se priorizan para el actual desempeño de los trabajadores sociales en el centro de salud?