



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

Aproximaciones al sobre qué, cómo y para qué de la intervención profesional del Trabajo Social en Atención Primaria en Salud.

Angirama, María del Valle

Tesina de Grado

Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Lic. Díaz, Fernanda

Co-Directora: Lic. Patricia Tobin

**Rosario
2018**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Fundamentación del trabajo.....	4
2. Metodología del trabajo.....	6
3. Estructura del trabajo.....	7
Bibliografía.....	10

CAPÍTULO I: Claves Conceptuales para pensar al Trabajo Social.

1. Los aportes de la perspectiva socio-histórica.....	11
1.1. La génesis de nuestra profesión, su anclaje en la cuestión social.....	12
1.2. El Trabajo Social como especialización del trabajo colectivo.....	13
2. Trabajo Social y Procesos de Trabajo.....	14
2.1. Ideología y Procesos de Trabajo. Los aportes de Saúl Karsz.....	15
3. Intervención como campo problemático.....	15
3.1. Las preguntas que fundan el campo profesional.....	17
Bibliografía.....	18

CAPÍTULO II: SOBRE QUÉ

Primera Parte: Aproximaciones Conceptuales Al “Sobre Qué” Del Trabajo Social.

1. Cuestión Social y Trabajo Social.....	20
2. La Dimensión Ideológica de la Materia Prima.....	22
3. Aproximaciones y debates en torno a la Cuestión Social Contemporánea.....	23
4. Aproximaciones a la Cuestión Social en Argentina.....	27
4.1 La Argentina Neoliberal.....	27
4.2 Neo-Desarrollismo y Nueva Institucionalidad Social.....	31
a. Pobreza Persistente y Rigidización de la Estructura Social.....	36
b. Dualización, Fragmentación Urbana y Relegación Territorial.....	38
c. Territorios de Violencia.....	40
d. Pedagogía de la Crueldad y Violencia de género.....	43

Segunda Parte: Aproximaciones Al “Sobre Qué” En Los Procesos De Trabajo En Atención Primaria En Salud.

1. Características de los Territorios y Áreas de Referencia de los Centros de Salud.....	46
2. Sobre las formas en que se fragmenta la Cuestión Social. La producción de “diagnósticos” en Salud Pública.....	50
3. Aproximaciones a las manifestaciones de la Cuestión Social en los procesos de Trabajo en Atención Primaria en Salud.....	54
4. Sobre la “Miseria Solvente” en los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud.....	58
Bibliografía.....	64

CAPÍTULO III: CÓMO

Primera Parte: Aproximaciones Conceptuales Respecto Al Cómo Del Trabajo Social.

1. Introducción.....	70
2. La Metodología, Una Cuestión Teórica.....	72
3. La Estrategia en la Intervención Profesional.....	73
4. Acervo Técnico-Instrumental o Tácticas Operativas.....	76
5. Políticas Sociales y Procesos de Trabajo del Trabajo Social: ¿instrumentos? ¿medios de trabajo alienados? ¿condicionante externos?.....	79

Segunda Parte: Aproximaciones al cómo En Los Procesos De Trabajo De Atención Primaria en Salud.

1. Introducción.....	81
2. Breve reconstrucción de la Política Social en Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.....	82
2.1. Lineamientos de la Política de Atención Primaria en Salud.....	87
a. Un nuevo modelo de atención.....	87
b. La Dirección de Atención Primaria en Salud. Líneas directrices.....	88
3. La inserción del Trabajo Social en los procesos de trabajo en Atención Primaria En Salud.....	90
4. Primeras Aproximaciones a partir de los Registros de Atención Diaria.....	92
4.1. Sobre las dificultades para sistematizar la actividad del Trabajo Social.....	92
4.2. Sobre las “prácticas” predominantes en los Registros.....	96
5. Aproximaciones a las estrategias desplegadas por el Trabajo Social.....	97

5.1. Sobre el abordaje intersectorial. Recursos y Medios de Trabajo.....	98
5.2. Sobre El Abordaje Interdisciplinar.....	104
6. Sobre la Propia Actividad, Instrumentos, Técnicas y Tácticas -operativas.....	106
Bibliografía.....	112

CAPÍTULO IV: PARA QUÉ

Primera Parte: Aproximaciones conceptuales respecto al “Para Qué” del Trabajo

Social..

1. Introducción.....	117
2. Sobre el “producto” en los procesos de trabajo. La relación con los procesos de producción y reproducción social.....	117
3. El “producto” y su relación con la ideología. Procesos de producción y reproducción e ideología.....	119
4. Ni mesianismos, ni fatalismos. La importancia del proyecto ético-político para el Trabajo Social.	122
5. El proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina.....	123

Segunda Parte: Aproximaciones al “Para Qué” del Trabajo Social en los Procesos de Trabajo de Atención Primaria En Salud.

1. Reflexiones en torno al “producto” en el marco de los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud.....	127
2. Sobre los objetivos en la estrategia inmediata y los horizontes del Trabajo Social.....	128

Bibliografía.....	132
--------------------------	------------

REFLEXIONES FINALES.	134
----------------------------------	------------

Bibliografía.	148
---------------------------	------------

ANEXOS	149
---------------------	------------

INTRODUCCIÓN

1. Fundamentación del proyecto

El proyecto que a continuación presentamos surge a partir de interrogantes que afloraron a lo largo del proceso de formación en la Licenciatura en Trabajo Social. En este sentido, el desarrollo de tres años de prácticas pre-profesionales en un centro de salud de la ciudad de Rosario fue sumamente significativo.

En este recorrido, tuvimos la oportunidad de acercarnos al ejercicio profesional del Trabajo Social, participando de variadas instancias formalizadas, como las Reuniones de Equipo y Caso, el Espacio de Admisión del Centro de Salud y de Trabajo Social, también de proyectos institucionales como el “Espacio de juegos para personas con discapacidad” y el “Espacio de juego en familia”. Fuimos parte durante esos tres años de la cotidianeidad del ejercicio profesional, de las demandas que surgían (tanto de la institución como de la población usuaria), de las estrategias desarrolladas para poder encararlas, de la centralidad que asumían los lineamientos institucionales y las políticas sociales como condicionantes o habilitantes para el ejercicio profesional.

No sólo eso, pudimos acercarnos al barrio, o a lo que muchos llaman “territorio”, a la cotidianeidad de sus habitantes, sus historias, costumbres, las identidades, el entramado de relaciones, sus problemas colectivos, sus trayectorias, sus modos de sobrevivencia, sus impotencias y resistencias. Es allí donde comenzamos a pensar al territorio como aquél “espacio habitado”, cuya delimitación tiene que ver con lo real, lo simbólico, lo imaginario, la historia, la cultura y su relación con quienes lo habitan. En palabras de Carballeda (2008): *“[...]Son textos a ser leídos, escrituras que hablan de las construcciones simbólicas de quienes lo habitan, de cómo se construye el sentido de la vida cotidiana desde la cimentación de significados hasta la resolución de problemas prácticos”* (pp. 77).

Por otro lado, participamos de espacios de intercambio y debates con otros/as trabajadores/as sociales como el “Revuelto Gramajo” (encuentros mensuales conformados por profesionales pertenecientes a los distintos niveles de Salud Pública Municipal) y del Proyecto de Extensión Universitaria “Hábitat social y Salud en la población del Distrito Sudoeste Rosario. Reflexionando sobre un hábitat posible”, realizado en conjunto con docentes y Trabajadoras Sociales de Centros de Salud del Distrito Sudoeste.

Fue en esta práctica, en el diálogo, encuentro y debates con otras trabajadoras sociales, donde surgieron inquietudes que nutrieron la realización de este trabajo. En un primer lugar entendimos que en estos espacios se ponían en común los problemas que enfrentaban las trabajadoras sociales en los Centros de Salud Municipales: se hablaba del territorio, de su población atrapada o entrampada en la pobreza estructural, se caracterizaba y se debatía en torno a la política municipal de Atención Primaria y al respecto se escuchaba en tono de reclamo: “todo llega al centro de salud”.

Comenzamos a reflexionar en torno a la inserción del Trabajo Social en los Centros de Salud, enmarcada en un trabajo interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, como profesión que aporta, desde un lugar matricial, al abordaje la salud desde una perspectiva integral. (Municipalidad de Rosario, 1998:72).

Y en esta línea, nos abocamos a interrogarnos por la particularidad de trabajar en centros de salud: ¿Cómo podríamos caracterizar a la intervención profesional del Trabajo Social en los Centros de Salud de Rosario? ¿qué problemáticas llegan a los Centros de salud? ¿Cómo se abordan las mismas? ¿qué estrategias se proponen las trabajadoras sociales para abordarlas? ¿a qué problemas se enfrentan las trabajadoras sociales a la hora de pensar estas estrategias de trabajo? ¿qué horizontes le asignan su intervención profesional? ¿cuál es el aporte del Trabajo Social al abordaje integral de la salud?.

Tomamos como punto de partida, una forma de concebir a nuestra profesión desde una perspectiva socio-histórica, situándola en la división social del trabajo y estableciendo su génesis intrínsecamente relacionada con la cuestión social. Por otra parte, para reflexionar en torno al ejercicio profesional, retomamos la mirada de Marilda Iamamoto (2003) quien propone pensar al Servicio Social como proceso de trabajo, identificando sus principales componentes. Así mismo, recuperamos la mirada de Saúl Karsz (2007), quien plantea la relación entre Trabajo Social y procesos de trabajo desde una perspectiva que resalta su carácter ideológico. Y por último, retomamos la propuesta de Margarita Rozas Pagaza (2001) quien define al Trabajo Social como campo problemático.

Proponemos como objetivo general de este trabajo, explorar las características que asume el trabajo profesional del Trabajo Social en Atención Primaria en Salud. Objetivo que desagregamos en tres objetivos específicos, a partir de tres preguntas que retomamos de los aportes teóricos de Margarita Rozas Pagaza (2003):

-¿sobre qué trabajamos?: caracterizar las formas en que son percibidas las manifestaciones de la cuestión social y describir los aspectos sobre los cuales se interviene.

-¿cómo trabajamos?: rastrear los procedimientos, instrumentos y técnicas que se empeñan en el trabajo social y reconstruir las estrategias llevadas adelante.

-¿para qué trabajamos?: reflexionar en torno a los objetivos del trabajo profesional y su referencia con el proyecto ético y político profesional.

2. Metodología de trabajo propuesta.

Nuestro trabajo se plantea como un estudio exploratorio, es decir nuestro fin último será explorar la intervención profesional en Atención Primaria en Salud. Según Cea D'ancona (1999:112), los diseños exploratorios se caracterizan por su objetivo de aproximación a fenómenos o hechos poco estudiados, o de familiarización con un problema de investigación. En ese sentido, los mismos, son limitados dada la escasa representatividad de los casos que se analizan (por su volumen o el procedimiento de selección de muestras).

A los fines de nuestro trabajo y reconociendo la amplitud a abordar, realizaremos un recorte a partir de los Registros de Atención Diaria del año 2017 completados por las/os trabajadoras/es sociales pertenecientes a la Salud Pública Municipal. Se trata de registros de atenciones que deben ser completados por los/as profesionales de los efectores de salud municipal y cargados a un sistema informático. A partir de estos datos se busca producir información estadística respecto a la cantidad de población atendida por los efectores, los problemas de salud abordados y sus formas de tratarlos. En cada planilla se detalla información sobre los/as pacientes atendidos/as (dni, edad, dirección, n° de historia clínica, etc), como también el diagnóstico, la práctica y el tratamiento.

A lo largo de nuestro trabajo nos debatimos sobre los límites y posibilidades de estos registros para dar cuenta de los procesos de trabajo del Trabajo Social en los Centros de Salud. Recuperamos los debates presentes en el colectivo profesional respecto a la utilización de esta herramienta, nos interrogamos respecto a la posibilidad de encuadrar situaciones en “problemas sociales” codificados, de “cuantificar lo social”, de “objetivar” nuestras prácticas. Reconociendo estas limitaciones, recuperamos de esta herramienta su posibilidad de arrojar datos que pueden ser interesantes si son llenados de contenido, de significado a partir de las experiencias de las trabajadoras sociales. Entonces, nos abocaremos a indagar el sobre qué, el cómo y el para qué del trabajo profesional poniendo en diálogo estos datos con las significaciones que le asignan las trabajadoras sociales de los centros de salud municipales.

En nuestra metodología de trabajo buscaremos articular los métodos cuantitativos con los cualitativos. Como plantea Vascilachis De Gialdino (1992): *“El carácter complementario de los métodos cualitativos y cuantitativos se manifiesta también en la circunstancia de*

que cada uno provee información que no sólo es diferente de la provista por el otro sino que, además, es esencial para interpretar a la otra” (pp. 66).

Utilizaremos como fuente los datos relevados en el informe del año 2017 de Atención Primaria en Salud brindado por el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública¹. Así mismo, recuperamos a través de la técnica de entrevistas semiestructuradas, las voces de trabajadoras sociales que se desempeñan en centros de salud de la ciudad de Rosario. Seleccionamos como unidad de análisis las experiencias de tres trabajadoras sociales que se desempeñan en Centros de Salud Municipales de la Ciudad de Rosario, que completan los registros de atención diaria con mayor periodicidad. A esta cuestión la complementamos con una entrevista realizada a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública.

3. Estructura del trabajo

La estructura de nuestro trabajo cuenta con cuatro capítulos. En el primero de ellos denominado “NUESTRAS CLAVES CONCEPTUALES PARA PENSAR EL TRABAJO PROFESIONAL” nos proponemos una reflexión a partir de distintas formas de pensar la intervención o la práctica profesional del Trabajo Social. Identificamos los aportes de la perspectiva socio-histórica, que nos permite situar a la profesión inserta en dinámica social. La génesis del Trabajo Social según esta perspectiva surge en el marco de la especialización del trabajo colectivo y su funcionalidad está intrínsecamente relacionada a las respuestas que construyen los Estados Capitalistas para hacer frente al estallido de la cuestión social.

Siguiendo esta línea entendemos a nuestra profesión como inserta en procesos de trabajo, cuyos principales componentes son: materia prima, actividad, medios de trabajo y producto. Retomamos para este análisis los aportes de principalmente de Marilda Iamamoto (2003) y de Saúl Karsz(2007).

Por otra parte, nos apoyamos en las categorías propuestas por Margarita Rozas Pagaza(2001), quien piensa la intervención como campo problemático. En esta línea, cada campo profesional se estructura en torno a tres preguntas: sobre qué, cómo y para qué.

En los tres capítulos subsiguientes desarrollamos transversalmente el pensamiento de estos/as tres autores/as, como también nos nutrimos de otros aportes para llenar de contenido

¹ El Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública aglutina a todas/os los/as trabajadoras/es sociales que se desempeñan en los tres niveles de la Salud Pública Municipal. El Departamento, que tiene su sede en la Secretaría de Salud Pública Municipal (ubicada en el C.E.M.A.R.), tiene como función principal coordinar, facilitar la comunicación y establecer lineamientos y estrategias comunes de trabajo para todos/as los/as trabajadores/as sociales de esta área.

teórico estas tres preguntas (sobre qué, cómo y para qué). En los segundos apartados de cada capítulo buscamos aproximarnos a la forma que asume este sobre qué, cómo y para qué en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud.

Así, en el Capítulo II que titulamos “SOBRE QUÉ”, en una primera parte nos aproximamos conceptualmente a esta pregunta que a lo largo de la historia de nuestra profesión ha asumido diversas respuestas. Tomamos el camino de pensar este sobre qué en relación a las manifestaciones de la cuestión social y a la noción de materia prima propuesta por Iamamoto (2003) y Karsz (2007). A partir de esa elección realizamos un recorrido por las diversas formas de concebir la cuestión social, para luego realizar una caracterización de las manifestaciones de la cuestión social en la actualidad de nuestro país y nuestra ciudad. En la segunda parte, realizamos una aproximación a las manifestaciones de la cuestión social que emergen en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud de acuerdo a nuestra unidad de análisis.

En el capítulo III nominado “CÓMO”, reflexionamos en un primer momento en torno a diversos elementos y categorías útiles para pensar el cómo de la intervención en Trabajo Social: retomamos aportes conceptuales que nos permiten reflexionar en torno a la cuestión metodológica, a la intervención pensada como estrategia, a la utilización del llamado “arsenal técnico-instrumental”. Por otra parte, incorporamos el análisis de las políticas sociales que al decir de Iamamoto (2003) no resultan un “condicionante externo” de la práctica profesional, sino que estructura los procesos de trabajo en los que se insertan los/as asistentes sociales.

En el segundo apartado de este capítulo, describimos los principales lineamientos de la Política Municipal de Salud Pública que moldean la inserción del Trabajo Social en Atención Primaria en Salud. Más tarde, en relación a nuestra unidad de análisis, analizamos las estrategias que se despliegan, los medios de trabajo, los recursos con los que cuentan las trabajadoras sociales, como así también las técnicas que utilizan.

En el capítulo IV caratulado “PARA QUÉ”, en un primer apartado abordamos esta pregunta que, según Rozas (2001), requiere indagar los objetivos más inmediatos de la estrategia profesional como también el horizonte profesional. En este camino, nos aproximamos al debate en torno a la funcionalidad del Trabajo Social. Partiendo de entender su inserción en procesos de producción y reproducción social nos interrogamos qué produce nuestra profesión. A su vez, reconociendo un margen de autonomía relativa en nuestro trabajo, indagamos los principales lineamientos del proyecto profesional ético-político.

En el segundo apartado, analizamos, a partir de algunas aproximaciones a los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud, el aporte de nuestra profesión, el Trabajo Social, en

el abordaje integral de la salud. Por otra parte, indagamos los objetivos que las trabajadoras sociales entrevistadas delinean en sus estrategias y su correspondencia con el proyecto ético-político profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

-CARBALLEDA, A. *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2008.

-CEA D'ANCONA, M.A. *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*, Madrid, Editorial Síntesis, 1999.

-IAMAMOTO, M. *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. 2ª edición, Sao Paulo, Cortez Editora, 2003.

-KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Editorial Guedisa. Buenos Aires, 2007.

-MUNICIPALIDAD DE ROSARIO, *Plan Estratégico Rosario*. Año 1998. Disponible en <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=4718&tipo=objetoMultimedia>.
Última visita 25/06/2018..

-ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

-VASILACHIS DE GIALDINO, I. *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992

CAPÍTULO I:

**Claves conceptuales para
pensar al Trabajo Social.**

CAPÍTULO I: CLAVES CONCEPTUALES PARA PENSAR EL TRABAJO SOCIAL

1. Los aportes de la perspectiva socio-histórica.

Como marco general y como punto de partida para reflexionar en torno al Trabajo Social, recuperamos las miradas de diversas corrientes del marxismo brasileiro (Iamamoto, Netto, Yazbeck, Guerra) que proponen pensar la génesis y el fundamento de nuestra profesión a partir de su inserción en la dinámica social y en el desenvolvimiento de relaciones sociales. Esta perspectiva, nos permite desentrañar la relación intrínseca entre nuestra profesión y la cuestión social.

1.1. La génesis de nuestra profesión, su anclaje en la cuestión social.

Como plantean Iamamoto y Carvahlo (1984), la génesis de nuestra profesión tiene como telón de fondo el desarrollo del capitalismo industrial y el consecuente surgimiento de clases sociales antagónicas, con ello, la emergencia de la llamada “cuestión social” entendida como *“la manifestación en lo cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía”* . En este primer momento, su expresión principal fue la pauperización de la clase trabajadora y su emergencia como actor político.

Esta cuestión requería una intervención del Estado más allá de la represión y la caridad; así el mismo comienza a intervenir directamente en las relaciones entre el empresariado y la clase trabajadora, estableciendo no sólo reglamentaciones jurídicas respecto al mercado de trabajo, sino también interviniendo en la organización y prestación de servicios sociales.

La institucionalización de nuestra profesión se entiende ligada al desarrollo de instituciones prestadoras de servicios sociales y asistenciales, generadas o subsidiadas por el Estado que contratan trabajadores/as especializados/as en esta cuestión, calificados técnicamente.

“[...]Así, el Trabajo Social no es consecuencia natural de la evolución de prácticas anteriores de beneficencia o caridad, sino que aparece en un momento particular en que el Estado crea las condiciones para su profesionalización, cuando se hace necesaria una intervención técnica cualificada, especializada, porque ya no son suficientes las respuestas filantrópicas para responder a los conflictos sociales” (Garma y Campana, 2006:7).

En este sentido la institucionalización de nuestra profesión como tal en la sociedad no corresponde a una “tecnificación de la filantropía”, sino que forma parte de un proceso progresivo en el que el Estado comienza a asumir la regulación del conflicto de clases en la sociedad. Desde el pensamiento gramsciano, el Estado se amplía, pasando a tratar la cuestión social no sólo desde la coerción sino también a partir del consenso, siendo estas las bases históricas de nuestra profesión

En esa dirección Dulcich (2005) siguiendo a Netto, afirma que en la génesis de nuestra profesión existen elementos de continuidad y ruptura: continuidad en relación a las formas técnicas operativas de intervención que no se diferenciaron en su totalidad de la filantropía y caridad tradicionales; y ruptura, al otorgarle al Trabajo Social un lugar en la división social del trabajo, por requerirse agentes especializados y asalariados/as para enfrentar, desde el Estado, la cuestión social.

1.2. El Trabajo Social como especialización del trabajo colectivo.

“(…)el Servicio Social tiene en la cuestión social la base de su fundación como especialización del trabajo” (Iamamoto 2003, 41) .

El Trabajo Social se configura como una especialización del trabajo colectivo, inscripto en la división social del trabajo propia de las sociedades capitalistas. Puede comprenderse como una *“práctica institucionalizada y legitimada en la sociedad al responder a necesidades sociales derivada de la práctica histórica de las clases sociales en la producción y reproducción de los medios de vida y de trabajo de forma socialmente determinada”* (Iamamoto y Carvalho, 1984: 22)

Entender a nuestra profesión en el marco de un proceso de especialización del trabajo colectivo, supone entonces, al decir de Iamamoto (2003) *“aprehender la llamada "práctica profesional" profundamente condicionada por las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, o sea, por las relaciones entre las clases en la sociedad, rompiendo con el endogenismo en el Servicio Social”* (pp. 35)

La profesionalización explica la funcionalidad social fuera del control de los/as profesionales: *“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, 2005: 53).

En este sentido, los/as trabajadores/as sociales, en el marco de una economía capitalista, se insertan como trabajadores/as asalariados/as en una relación de compra y venta

de su fuerza de trabajo, diferenciándose de cualquier actividad asistencial o voluntaria motivada por pasiones o ideales. La actividad profesional, por el contrario, se establece mediante una relación contractual que *“reglamenta las condiciones de obtención de los medios de vida necesarios para la reproducción de ese trabajador especializado. Pasa ese agente a percibir un salario, precio de mercancía de su fuerza de trabajo(...)”* (Iamamoto y Carvalho, 1984: 88).

2. Trabajo Social y Procesos de Trabajo.

Iamamoto (2003), partiendo de esta perspectiva sociohistórica, propone una reflexión en torno al Trabajo Social y a su relación con los procesos de trabajo. Debate con posturas endógenas que *“colocaron en el centro a la práctica del Servicio Social, y en su entorno a la dinámica institucional, las políticas sociales, los movimientos sociales y las luchas sociales”* (Iamamoto, 2003:59). Recupera los aportes que generaron estas vertientes de los años ‘80, al introducir el debate respecto a la profesión en tanto “trabajo”, pero critica el carácter de externalidad o de condicionante que le fue atribuido a los mencionados elementos del “entorno”.

La condición de trabajadores/as asalariados/as de los/as asistentes sociales, hace que resulte insuficiente esta forma de pensar la práctica. De allí su esfuerzo por aprehender al ejercicio profesional como inserto en “procesos de trabajo”, lo cual permite *“mediatizar la interconexión entre el ejercicio del Servicio Social y la práctica de la sociedad.”* (Iamamoto, 2003:78). A diferencia de la noción de “práctica profesional”, enfocada en sí misma, pensar al Servicio Social inserto en procesos de trabajo, implica entenderlos como organizados según *“las exigencias económicas políticas y sociales del proceso de acumulación, moldándose en función de las condiciones y relaciones sociales específicas en que se realiza..”* (Iamamoto,2003:117).

Implica a su vez comprender que los/as trabajadores/as sociales no organizan el proceso de trabajo, como tampoco el mismo es exclusivo de la profesión,

“Éste, en la condición de trabajador asalariado especializado, no dispone de un poder mágico de “esculpir” el proceso de trabajo en el que participa, lo que supera la capacidad de injerencia de cualquier trabajador asalariado individualmente. Es función del empleador organizar y atribuir unidad al proceso de trabajo en su totalidad, articulando y distribuyendo las múltiples funciones y especializaciones requeridas por la división social y técnica del trabajo entre el conjunto de los asalariados.” (pp 130-131)

Los/as trabajadores/as sociales se insertan a un proceso de trabajo colectivo cuyo producto es fruto del trabajo combinado o cooperativo que se forja en la contribución de las diversas especializaciones del trabajo colectivo.

Todo proceso de trabajo cuenta con elementos objetivos: una materia prima, medios de trabajo, una actividad propia y un producto. Sobre estos elementos reflexionaremos en los siguientes apartados, ya que constituirán un aporte a nuestras posteriores reflexiones en torno al sobre qué al cómo y al para qué de nuestra profesión.

2.1 Ideología y Procesos de Trabajo. Los aportes de Saúl Karsz.

Para este apartado, nos resulta interesante retomar también la mirada de Saúl Karsz (2007), quien propone pensar al Trabajo Social como un proceso de trabajo, haciendo hincapié en su relación con la ideología.

Retomando a Althusser, entiende a la ideología como *“conjuntos de normas, valores, modelizaciones, ideales, realizados en ritos y rituales, en gestos y actitudes, en pensamientos y afectos. en configuraciones institucionales, en prácticas materiales. Son discursos tanto como prácticas, maneras de hablar y maneras de callar. Las ideologías son actos, las ideologías están actuadas”* (pp. 50) Se hacen presentes en la vida pública pero así también en la intimidad, en la vida privada: son opiniones, conscientes o no respecto a modos de vida, de relacionarse, de familia, de educación, etc. Son arquetipos defendidos, considerados normales o por el contrario puestos en duda. Hablamos de ideologías, en plural, la ideología es histórica, se transforma a través del tiempo el tiempo, está en pugna constante. Se caracteriza por su relatividad histórica, subjetiva y social.

La forma que Karsz (2007) propone para pensar los elementos de los procesos de trabajo (fundamentalmente la materia prima y el producto) adquiere una intrínseca relación con los procesos de producción y re-producción ideológica. Estas categorías serán recuperadas en los capítulos subsiguientes para nuestras reflexiones en torno al sobre qué, al cómo y al para qué de la intervención profesional.

3. Intervención como campo problemático: 3 preguntas que fundan el campo.

Margarita Rozas Pagaza (2001), retoma la perspectiva socio-histórico y una mirada crítica para definir la intervención profesional. En uno de sus trabajos más eminentes, se propone estudiar las modificaciones de la intervención profesional del Trabajo Social argentino, en relación con la cuestión social, entendiendo que la profesión se explica en el movimiento histórico de la sociedad. Con esto afirma su comprensión de la intervención

profesional implicada en los procesos socio-históricos: *“la intervención profesional no tiene entidad propia, en tanto ella está atravesada por ese conjunto de dimensiones que expresan su relación con los procesos socio-políticos de los sectores dominantes respecto a la direccionalidad que se le da a la acción social del Estado”* (Rozas, 2001:28).

En su búsqueda por aprehender la dinámica histórica que ha establecido la institucionalidad social del Estado Capitalista Argentino y la intervención profesional del Trabajo Social, toma como una premisa fundamental lo siguiente:

“El Estado capitalista Argentino desarrolla una institucionalidad social, que en cada momento histórico define, jerarquiza, clasifica y fragmenta la cuestión social como problemas sociales, siendo éstos los términos en los cuales se instituye lo social como instancia pública de la acción social del Estado. [A la vez, el mismo] en cada momento histórico, recrea una modalidad de intervención social que establece los términos sobre los cuales se modifican las condiciones de la Intervención Profesional (...)” (Rozas Pagaza, 2001:24).

Introduce el concepto de campo problemático para definir la intervención profesional, lo que le permite abordar la mencionada relación entre intervención profesional, cuestión social y las formas que asume la institucionalidad social del Estado Capitalista Argentino. La intervención profesional en tanto campo problemático se estructura a partir de las manifestaciones de la cuestión social y las particularidades que las mismas asumen en cada momento histórico. En palabras de Rozas (2001):

“la intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y dichas manifestaciones son las coordenadas que estructuran el campo problemático [...] Es decir que, atendiendo al origen de la cuestión social en tanto relación contradictoria entre capital/trabajo, consideramos que la particularidad que adquiere dicha relación en sus manifestaciones específicas en cada momento histórico, constituye un punto de partida que permite desentrañar las condiciones en las cuales se explicita la cuestión social y, por lo tanto, su relación con el campo problemático” (Rozas, 2001:219)

La intervención profesional es entendida como campo problemático² al constituirse en *“el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social y que atraviesan la vida cotidiana de los sujetos”* (Rozas, 2001:220). El campo problemático es una categoría que permite comprender las dinámicas micro-sociales sin escindirse de procesos

² Según Gabrinetti (2016), el concepto de “campo problemático”, retoma la noción de campo desarrollada por Pierre Bourdieu. El mismo permite articular los procesos generales, estructurales que configuran la cuestión social y la forma particular que adquieren sus expresiones en la vida cotidiana de los sujetos.

macro-sociales, el campo: *“es la textura misma de la conflictividad que adquiere cuestión social cuando se encarna en la vida cotidiana de los sujetos”* (Rozas, 2001:224).

Rozas Pagaza busca diferenciarse de formas instrumentalistas (y de sus actualizaciones en forma de “gerenciamiento social”) de pensar la intervención profesional, por considerar que las mismas atribuyen a lo social, un carácter externo. A su vez, rebate con sus formas fragmentadas de entender lo social, que piensan la intervención sobre “problemas sociales” y entienden a la cuestión social como disfuncionalidades de carácter transitorio. Por el contrario, reafirma el carácter político que asume la intervención en tanto partícipe de los procesos de reproducción de las relaciones sociales.

Entiende que la intervención no se realiza “sobre problemas” o “sobre la realidad social”, sino por el contrario en *“el desentrañamiento de las manifestaciones de dicha cuestión social y es la reconstrucción analítica de esas manifestaciones en la particularidad que adquiere la relación contradictoria entre los sujetos y sus necesidades”* (Rozas, 2001:225).

3.1. Las preguntas que fundan el campo profesional.

Según Rozas (2001), un campo profesional, cualquiera sea, no puede entenderse sin tres preguntas básicas, que son de orden teórico (esto no quiere decir que no sean del orden de la realidad).

Para el caso de nuestra profesión, serían de modo esquemático ¿sobre qué trabaja el trabajo social? ¿cómo? y ¿para qué?. Se trata de preguntas que de ningún modo pueden responderse por separado y cuyas respuestas no pueden ser escindidas del contexto socio-histórico. A lo largo de la historia, en torno a estas preguntas se han construido respuestas diferentes.

A lo largo de los siguientes capítulos de este trabajo, nos propondremos otorgarle contenido teórico a estas preguntas, como posibles caminos para responderlas.

BIBLIOGRAFÍA.

-CAMPANA, M., & GARMA, M. E. “Los Caminos Conceptuales para dar Cuenta del «Sobre Qué» en la Formación Profesional de Trabajador@s Sociales en la UNR”, en *Cátedra Paralela*, 2005, N°3, Rosario, UNR, pág.5-18.

-DULCICH, R. . “Algunas Ideas sobre las Determinaciones Fundamentales del Surgimiento del Trabajo Social como Profesión”, en *Revista cátedra paralela*, 2005, N°2, Rosario, UNR, pp. pp. 41-58.

-GABRINETTI, M. “Perspectiva relacional, condiciones de trabajo y representaciones en el análisis de la intervención profesional en trabajo social” en ROZAS PAGAZA, M. & GABRINETTI, M. (COORD) *El trabajo social en diferentes campos de intervención profesional*, La Plata, Editorial de la Universidad de La Plata, 2016, pp. 8-18.

-IAMAMOTO, M. *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. 2ª edición, Sao Paulo, Cortez Editora, 2003.

-IAMAMOTO, M. & CARVALHO, R., *Relaciones sociales y trabajo social*, CELATS, Lima, 1984.

-KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Editorial Guedisa. Buenos Aires, 2007.

-ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

CAPÍTULO II:

SOBRE QUÉ

PRIMERA PARTE: APROXIMACIONES CONCEPTUALES AL “SOBRE QUÉ” DEL TRABAJO SOCIAL.

1. Trabajo Social y Cuestión Social

La pregunta por el “sobre qué” de nuestra profesión ha ido tomando diversos matices. Durante mucho tiempo consistió en la pregunta por “el objeto de intervención”, en el esfuerzo por encuadrar al Trabajo Social como una disciplina científica. Por ello, Rozas (2013), planteará que para argumentar el sobre qué de un campo profesional es preciso tener en cuenta los procesos de profesionalización y de segmentación de conocimientos producidos en la modernidad y la configuración de parcelas de saber. Esta pregunta ha asumido diferentes respuestas según el momento histórico, pero siempre está en relación con una mirada teórica respecto al campo. Es decir que el campo está fundado en bases teóricas.

Para la década del ‘90 Campana y Garma (2006), realizaron un estudio en torno a las distintas formas de dar respuestas a esta pregunta, “el sobre qué”, delimitando los caminos conceptuales presentes en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario, tomando el periodo de 1986 a 1996. Identificaron tres tendencias sin percibir que ninguna de ellas fuera hegemónica: la primera tiene que ver con las categorías de problemas sociales y necesidades sociales, la segunda gira en torno a la noción de cuestión social y la tercera refiere a una tendencia que busca recuperar autores/as de las ciencias sociales contemporáneas (entre las que se encuentran las relaciones sociales complejas-Saibene-, la del campo problemático -Rozas- y la de campo de acción -Alberdi-).

En este trabajo nos abocaremos a reflexionar en torno al sobre qué en relación a la noción de cuestión social.

De acuerdo a lo que plantea Margarita Rozas Pagaza (2001), entendiendo a la intervención profesional como “campo problemático”, plantea que la misma se desarrolla a partir de las manifestaciones de la cuestión social y que las mismas constituyen las coordenadas sobre las que se estructura el campo problemático.

“En esta perspectiva consideramos que el campo problemático es una expresión de las manifestaciones de la cuestión social encarnadas en la vida cotidiana que los sujetos desarrollan, lo cual adquiere una dinámica de confrontación permanente con la satisfacción de sus necesidades”. (pp. 168)

La expresión fundamental de la cuestión social se genera en la dinámica contradictoria sujeto-necesidad, manifestándose en la cotidianeidad de los sujetos y expresándose como obstáculos para la reproducción social. Toman la forma de demandas puntuales, respondiendo a la racionalidad instrumental del Estado y a su lógica de “recurso-demanda”.

“Dichas manifestaciones adquieren un significado particular para la intervención en cuanto ellos se encarnan su vida cotidiana de los sujetos.(...) esas manifestaciones de la cuestión social constituyen las coordenadas que aparecen como obstáculos a la reproducción social de los actores sociales cuando éstos se enfrentan a sus necesidades. Estas necesidades se expresan en demandas puntuales, que es la forma como se ha institucionalizado la cuestión social en la esfera pública del Estado.

Por lo tanto, el sobre qué de la intervención alude a los fundamentos de la cuestión social y las manifestaciones de la misma en la vida de los sujetos sociales; ella se expresa desde la racionalidad instrumental del Estado en la relación recurso-demanda”. (Rozas, 2001:176).

Por otro lado, Marilda Iamamoto (2003), tomando como categoría central los procesos de trabajo en los que se insertan los/as trabajadores/as sociales, describe un conjunto de elementos comunes a cualquier proceso de trabajo. En ese marco entiende que la materia prima del Servicio Social está conformada por las manifestaciones de la cuestión social tal como son vivenciadas por los sujetos:

“la cuestión social en sus múltiples manifestaciones -la salud de la mujer, las relaciones de género, pobreza, habitación popular, urbanización de villas miseria, etc.- tal como son vivenciadas por los individuos sociales en sus relaciones cotidianas a las que responden con acciones, pensamientos y sentimientos “. (Iamamoto, 2003:123)

La cuestión social para Iamamoto(2003), debe ser aprehendida como:

“el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad.” (pp. 41)

a lo que agrega:

“Cuestión social que siendo desigualdad también es rebeldía, por involucrar sujetos que viven las desigualdades, que las resisten y a ellas se oponen. En esta tensión entre producción de la desigualdad y producción de la rebeldía y la resistencia, trabajan los asistentes sociales” (pp. 42)

2. El Dimensión Ideológica De La Materia Prima.

Saúl Karsz (2007), recuperando a Althusser, y proponiendo pensar a la intervención del Trabajo Social como proceso de trabajo, nos propone reflexionar en torno a la relación de la materia prima de nuestra profesión con la ideología.

La materia prima, plantea, como en cualquier proceso de trabajo es tratada de manera específica según el destino deseado (cita a modo de ejemplo la madera y sus distintos usos en la carpintería, en los ferrocarriles y el doméstico). Lo mismo sucede en el Trabajo Social en su práctica cotidiana: no es la materia prima (en su caso, los problemas de los que se parte), la que determina la forma de tratarlos, sino que en este tratamiento, la profesión, juega un papel activo: acomoda la materia prima, privilegia algunos aspectos o rasgos.

Antes de ocuparse de situaciones de empleo, vivienda, salud, infancia o familia y como condición para realizarlo, el Trabajo Social lee estas cuestiones, las interpreta, las modela, busca desarmar, desentrañar, al menos en forma parcial, las representaciones y significaciones que se han atribuido a esas cuestiones. De este modo, sintetiza:

“en ningún caso el Trabajo Social se limita a tomar nota de problemas que le preexistirían sino que, al contrario, juega siempre un papel activo en su definición. Sin que constituya, no obstante, la causa de esos problemas (la cual se sitúa en procesos escolares, familiares, económicos). No los inventa, pero inventa el modo de tratarlos y por tanto, poco o mucho, las características que los problemas deberían acusar para poder ser tratados”(Karsz, 2007: 47).

¿Cómo? Lo explica planteando la siguiente hipótesis: *“en el Trabajo Social, la materia prima es significada o reestructurada según una dominante ideológica. Es principalmente desde el punto de vista de las ideologías en juego que un problema se torna socialmente significativo y, por ende, tratable en términos de Trabajo Social”*. (Karsz, 2007: 43)

La materia prima del Trabajo Social privilegia la dimensión ideológica de las situaciones de salud, delincuencia, desempleo, escolaridad, vivienda, etc.

La ideología de ninguna manera puede considerarse un agregado a las situaciones de salud, delincuencia, violencia, escolaridad. Si bien es cierto que las mismos existen en su materialidad y obedecen a mecanismos y lógicas económicas y políticas independientes de los deseos de las personas; esas situaciones son vividas, codificadas, interpretadas por estas ideologías, por representaciones, ideales, valores que le dan sentido, que las hacen insoportables o normales, las niegan o magnifican.

Karsz (2007) asegura, que el Trabajo Social se ocupa de la miseria solvente. Los/as usuarios/as, los sujetos “que demandan” deben encuadrarse en determinados programas,

lineamientos, criterios o normas existentes en políticas sociales, en instituciones o en dispositivos.

“Es solvente aquel que padece de hecho o que se sospecha que en algún momento podría padecer determinados problemas para los que existen instituciones adecuadamente pertrechadas en términos de medios y orientaciones, y gracias a las cuales al ocuparse de él, confirmarán la pertinencia de sus equipamientos, de sus equipos, de sus profesionales. [...] Cada denominación enuncia el modo en que la materia prima de la intervención social es designada a través del tiempo, los países, los servicios, las ideologías. Denominaciones empíricas, cambiantes: la categoría de solvencia señala la estructura que se perpetúa a través de estas evoluciones, la lógica desplegada a través de ellas.” (Karsz, 2007:48)

3. Aproximaciones y Debates En Torno A La Cuestión Social Contemporánea

Cuando hablamos de cuestión social, debemos saber que no es un término unívoco. Garma y Campana (2006) diferencian dos tendencias en el abordaje: una referida a la escuela francesa (Castel y Rosanvallon), y otra referida a exponentes brasileros que la trabajan a partir del marxismo (Iamamoto y Netto).

El referente de la escuela francesa Robert Castel, entiende al estudio de la cuestión social como una reflexión en torno a las formas de integración social y de cohesión social. Es decir que la misma se produce, cita Moleda (2015), cuando hay una amenaza de ruptura *“que hace vacilar la cohesión del conjunto”* (pp. 101). Así, sintetiza que la cuestión social constituye *“una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia”* (Moleda, 2015:102).

Castel identifica el surgimiento de una “nueva cuestión social” a partir de la década del ‘70, producto de una nueva relación salarial, el posfordismo. El desarrollo tecnológico y la diversificación de la producción, trajo como consecuencia el propio “derrumbe de la sociedad salarial”, la pérdida de la centralidad en el trabajo, y la precarización del mismo que generó desempleo y desafiación. En palabras de Castel: *“el núcleo de la nueva cuestión social consistiría hoy en día, de nuevo, en la existencia de “inútiles para el mundo”, supernumerarios, y alrededor de ellos una nebulosa de situaciones signadas por la precariedad y la incertidumbre del mañana, que atestiguan el nuevo crecimiento de la vulnerabilidad de las masas”* (Moleda, 2015:105).

Rosanvallón de la misma manera, plantea el surgimiento de una “nueva cuestión social” a finales del siglo XX, caracterizado por el crecimiento de la desocupación y la constitución de “nuevos pobres”. Rosanvallón dirá que *“Se trata de fenómenos de exclusión que no remiten a categorías antiguas de explotación”* (Moleda, 2015: 97). Entiende a la exclusión, como una “no clase”, incapaz de movilizarse como fuerza social, por no tener intereses comunes. *“No son los nuevos proletarios de la sociedad de la desocupación.[...] Constituyen una sombra proyectada de los disfuncionamientos de la sociedad, resultan de un trabajo de descomposición, de desocialización en el sentido fuerte del término”*, cita Moleda (2015:101)

En contraposición, dos referentes del Servicio Social brasileiro (Iamamoto y Netto) entienden la cuestión social como producto de las relaciones sociales capitalistas. Para este conjunto de autores/as, no estaríamos ante una “nueva cuestión social” producto a la crisis de la relación salarial (como dirán los recientemente citados), sino que nos encontraríamos ante nuevas manifestaciones de una única cuestión social, surgida con el desarrollo mismo del capitalismo (Mallardi, 2015).

Netto explica la indisociable relación entre cuestión social-desarrollo capitalista de la siguiente manera:

“El desarrollo capitalista produce necesariamente la “cuestión social” - diferentes fases capitalistas producen diferentes manifestaciones de la “cuestión social”-; ésta no es una secuela adjetiva o transitoria del régimen del capital: su existencia y sus manifestaciones son indisociables de la dinámica específica del capital transformado en potencia social dominante. La “cuestión social” es constitutiva del desarrollo del capitalismo. No se suprime la primera conservándose el segundo” (Moleda, 2015: 62).

Así lo afirma, también Iamamoto (2003), al comprender que la cuestión social debe ser aprehendida como

“el conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad.” (pp. 41)

La cuestión social así entendida presenta cuatro características fundamentales:

“es producto de la instauración del modo de producción capitalista; supone una tendencia total que afecta de manera particular y diferenciada a distintos sectores de la población; implica el empobrecimiento de la clase trabajadora en relación con el enriquecimiento de los sectores capitalistas; y, es consecuencia de la movilización y reivindicaciones de distintos sectores y fracciones que suponen el

pasaje de una clase trabajadora con conciencia en-sí a para-sí, es decir, la conformación de un actor político fundamental en la sociedad burguesa” (Mallardi, 2015:60).

Mallardi(2015) refiere a las tres características desarrolladas primeramente como determinaciones “objetivas” y a la última como “subjetiva” la cual da cuenta cómo los sujetos responden a una realidad objetiva.

En este sentido, y refiriendo a estas determinaciones objetivas, estos/as autores entienden que, retomando los elementos que refieren a las determinaciones objetivas, aquello que se denomina “problemas sociales” o las consecuencias de la desocupación o precarización laboral no pueden ser explicados en sí mismos. Así, *“Netto afirma que en la actualidad la vieja causalidad, sustentada en el antagonismo entre capital-trabajo, encuentra nuevas expresiones a partir de la desestructuración del mundo del trabajo, donde el trabajo vivo en términos cuantitativos es menos necesario para la reproducción del capital”* (Mallardi, 2015:61).

Según Mallardi (2015), esta cuestión puede ser explicada a través de la ley de acumulación capitalista a la que refiere Karl Marx:

“La consolidación del proceso de producción capitalista lleva a que en el mismo proceso aumente la importancia de los medios de producción a la vez que disminuye la de la fuerza productiva. [...] Consecuentemente, plantea Marx, el mayor peso de los medios de producción sobre la fuerza de trabajo produce que se reduzca progresivamente el número de trabajadores necesario. Avances en los medios de producción constituyen entonces la base para las condiciones de expulsión de trabajadores del proceso de trabajo” (Mallardi, 2015:63-64)

La fuerza de trabajo expulsada, plantea Mallardi, no resultan “excluidos/as” o “supranumerarios”, sino que se alinean en el ejército de reserva al que Marx refería, cuestión vital para la reproducción del modo capitalista de producción: principalmente en el disciplinamiento a la clase trabajadora. Citando a Giddens es profundizado de la siguiente manera:

“Condición vital del modo de producción capitalista, la producción de una población excedente relativa es la base para la profundización de los procesos de extracción del trabajo excedente, el disciplinamiento de los trabajadores ocupados y la implementación de nuevas formas de trabajo que van en detrimento de conquistas y protecciones adquiridas. Durante los períodos de prosperidad, la demanda de trabajo hace que parte del ejército de reserva sea absorbida en la fuerza de trabajo, manteniendo así bajos los salarios; mientras que en tiempos de crisis, se constituye en

un recurso siempre disponible de trabajo barato que inhibe cualquier intento de la clase obrera para mejorar su suerte” (Mallardi, 2015:65).

Desde esta mirada, Ramiro Dulcich (2011) se ocupa de realizar un análisis caracterizando las formas que asume el capitalismo y la cuestión social en su etapa contemporánea. Retoma los aportes de diversos autores contemporáneos (István Mészáros David Harvey, Samir Amin), que sostienen la idea de una crisis permanente del capitalismo, lo que conlleva a “una crisis civilizatoria” y al predominio de la barbarie social. Retoma diversas miradas que plantean una “crisis estructural del capitalismo” con ello se explica que no corresponde a una crisis que puede ser reabsorbida por el sistema y superada a partir del crecimiento productivo o la expansión, más bien se trata de una crisis crónica, permanente, integral.

Citando al filósofo marxista Mészáros explica: *“el socio-metabolismo del capital alcanzó ciertos “límites absolutos” que son insuperables bajo sus parámetros, que detonan un conjunto de contradicciones de difícil administración. Así, el sistema sólo logra reproducirse al costo de generar niveles crecientes de destructividad, de irracionalidad, de des-humanización y barbarie” (Dulcich, 2011:15)*

Dulcich(2011), describe la hipótesis de Mészáros quien explica que el capitalismo ha llegado al agotamiento de su “fase civilizatoria”, imposibilitado de lograr “salidas expansionistas” o “desarrollistas”, tiende a la barbarie. A diferencia de otras épocas, el sistema no puede garantizar las condiciones mínimas de vida a una vasta población del planeta, pese a las condiciones técnicas para hacerlo, lo que agudiza su propia contradicción:

“La imposibilidad sistémica de “absorber” al conjunto de la población, al mismo tiempo que existe una disponibilidad de fuerzas productivas para hacerlo, evidencia una efectiva agudización de la contradicción formada por la concentración privada de los medios de producción (incluida la tierra) y las crecientes necesidades sociales insatisfechas. Es este el proceso por el cual se alimentan y administran las tendencias de barbarización de la vida social actualmente en curso” (pp 16).

Hasta lo recién explicado, se puede visualizar que el avance y desarrollo de las fuerzas productivas (mayor tecnología, diversidad de la producción, etc) no necesariamente toma la dirección de potenciar el desarrollo del género humano. Por el contrario se vuelve en contra de la propia humanidad, mostrándose cada vez más destructiva, *“un patrón de producción crecientemente depredador que que degrada las formas de sociabilidad y barbariza la vida social” (Dulcich, 2011:17).* No sólo sus frutos están negados para millones de personas, sino

que las formas de producción y expansión capitalista ponen en riesgo la propia vida del planeta mediante la destrucción de recursos naturales no renovables.

Esta irracionalidad, explica Dulcich (2011), tiene que ver con la propia lógica del capital: *“no es la producción en sí lo que más le interesa al capital; más bien, le preocupa, fundamentalmente, su auto-reproducción ampliada. Actualmente, asume la forma de una auto-reproducción destructiva que barbariza la vida social”* (pp. 21).

Dulcich (2011), recupera la idea de Mézáros respecto a la tendencia de la “tasa de utilización decreciente” de los bienes y servicios. El capitalismo contemporáneo, en su búsqueda por dar respuesta a su crisis, ya no apunta a expandir la esfera del consumo (extenderse a partir del consumo en masa, como en el modelo fordista keynesiano), sino que se tiende a intensificar y profundizar un mercado concentrado, profundizando el consumo en los altos segmentos sociales.

La estrategia para no generar crisis por disminución del consumo, consiste en su “contratendencia” de producción de desperdicio: generar productos de escasa durabilidad (puede sea empeorando su calidad), para aumentar la demanda y el consumo de mercancías. De esto se trata la “producción destructiva” (Dulcich, 2011:22)

4. Aproximaciones a la Cuestión Social en Argentina

4.1. La Argentina Neoliberal

Este capitalismo con rostro de barbarie comienza a instalarse en nuestro país a principios de la década de los ‘70 a nivel mundial, acompañado de una modificación en los patrones de acumulación y en las expresiones de la institucionalidad del Estado y sus políticas sociales.

El modelo de Estado Social e intervencionista que predominó en Argentina a partir del ‘43, entró en crisis a fines de los ‘70. La sociedad argentina se caracterizó durante aquella época por la expansión del pleno empleo, la estabilidad laboral, una movilidad social ascendente, el protagonismo de la clase trabajadora organizada en sindicatos y el desarrollo de un modelo económico basado en una producción fordista y en la industrialización por sustitución de importaciones con activa participación del Estado. En un círculo virtuoso se proponía mejorar el poder adquisitivo de las clases trabajadoras, para activar el mercado y el consumo interno.

El Estado se situaba como garante de un pacto social, regulando los contratos de trabajo establecidos de manera colectiva por rama o sector, materializando conquistas en

cuanto a derechos laborales de la clase trabajadora y estableciendo obligaciones a los empleadores.

La integración social tenía su epicentro en el trabajo, los/as asalariados/as accedían a una serie de protecciones sociales como la seguridad social, la previsión social, las asignaciones familiares, y servicios de salud. Esta cuestión fue combinada con políticas sociales universalistas de salud y educación.

Este modelo, que se aplicó con distintos matices a nivel internacional entró en crisis a principios de los '70, cuando se desata una crisis del sistema capitalista a nivel internacional, manifestada en procesos inflacionarios, estancamiento económico y la reducción de las tasas de ganancias.

La instauración de la dictadura militar significó en nuestro país, el “*triunfo ideológico del liberalismo económico y el conservadurismo político*” (López, 2010:48). Mediante el terrorismo de Estado, se exterminó a una generación que proponía la liberación nacional y la emancipación humana y se allanó el camino para implantar el liberalismo económico, debilitando y desarticulando a las organizaciones y sindicatos de las clases trabajadoras.

A partir de este momento comienza un proceso de apertura económica, respondiendo a una internacionalización de la economía a nivel global.

Más tarde, en la década de los '90, nuestro país se alinea a las recetas establecidas por los Organismos Multinacionales de Crédito plasmadas en el conocido “Consenso de Washington”, lo que trajo aparejado procesos de ajustes, la reestructuración de los sistemas productivos nacionales y reformas estructurales en el desarrollo de políticas públicas.

El Estado Neoliberal argentino, en el plano económico desarrolló medidas de apertura económica, generando condiciones para la implantación de empresas transnacionales, en detrimento de las industrias locales, provocando el cierre de muchas de ellas y la expulsión del mercado laboral de mucho/as trabajadores/as.

Las políticas referidas al trabajo buscaron promover las inversiones de capitales extranjeros reduciendo “costos” y aumentando las tasas de ganancia a través de la sanción de leyes de flexibilización laboral. Las políticas sociales apuntaron a la reducción del gasto fiscal, generando políticas de descentralización de la educación y de la salud, de privatización de servicios públicos y la focalización de la asistencia, buscando el “ataque a la pobreza”, esperando el “derrame” de un desarrollo económico que nunca llegó.

La flexibilización laboral modificó sustancialmente el mundo del trabajo, se generaron nuevas modalidades de contratación: subcontratación, tercerización, contratos por tiempo determinado. Aumentó el cuentapropismo, el trabajo informal y el trabajo en negro y se

produjo una alternancia entre desempleo y empleo. La integración social a partir del salario se vio profundamente desarticulada.

Como plantea Sala (2014), en esta etapa se produce un aumento de la pobreza y un proceso de heterogeneización (el surgimiento de “nuevos/as pobres” o sectores empobrecidos: aquellas capas sociales que se vieron expulsadas del mercado formal de trabajo; y por otro lado, la transición de la pobreza a la indigencia de vastos sectores subsumidos en la pobreza estructural). Para el año 2002 nuestro país marcó su pico histórico, “Según el INDEC en esa fecha era pobre el 54,3% de la población urbana de la Argentina; las personas indigentes eran el 27,5% del total” (Sala, 2014: 25).

En este período también se identifica un proceso de una agudización de la pobreza, entendida como un recrudecimiento de las condiciones en que ya estaban subsumidas en la pobreza estructural o arrastraban una historia de pobreza (Sala, 2014).

A su vez, las desigualdades sociales comenzaron a expresarse con mayor crudeza en lo territorial: para este momento se expanden las villas miserias y asentamientos (organizados mediante la movilización popular de toma de territorios), como también la densidad poblacional de los mismos. Según González (2010) el surgimiento de los asentamientos, específicamente, se corresponde con “un proceso de territorialización excluyente y periférico de los sectores populares”(pp. 154), producto de una configuración urbana asociada a una estructura social cada vez más desigual. Los procesos de exclusión, informalidad y empobrecimiento masivo dificultaron el acceso a la tierra y a la vivienda a partir del mercado, y llevaron a la producción de la ciudad a partir de la lógica de la necesidad (González, 2010)

Denis Merklen (2005), analizando las clases populares en Argentina durante esta época, plantea que la territorialidad se convirtió en un clivaje para la integración social. Los barrios populares se transformaron en el epicentro de la acción colectiva, de la organización y la movilización. En ellos comenzaron a desarrollarse solidaridades locales, de base territorial, como forma de hacer frente a la supervivencia. Por último, los barrios populares fueron el lugar privilegiado para el desarrollo de políticas sociales focalizadas. En este sentido Merklen expresa cómo la inscripción territorial se volvió un soporte ante un proceso de “desafiliación”: en un sentido de identidad social, de pertenencia, de participación, aunque operó como un “parche” que de ninguna manera logró suplir a las instituciones públicas como al trabajo:

“Esta figura de lo local se convirtió progresivamente en el principal componente de la inscripción social de una masa creciente de individuos y de familias que no pueden definir su status social ni organizar la reproducción de su vida cotidiana exclusivamente a partir de los frutos del trabajo. El proceso de "desafiliación" que alcanzó a esta parte importante de las clases populares (...)

encuentra un sustituto (que no es casi más que un parche) de reafiliación en la inscripción territorial” (Merklen, 2005:59).

Por otra parte, el triunfo del neoliberalismo, resultó un triunfo ideológico, que aún resulta sumamente difícil de desterrar en el imaginario social de la sociedad argentina. Según Murillo(2011), la gubernamentalidad neoliberal tiene su fundamento teórico en la teoría subjetiva del valor, la teoría de la acción humana y la teoría del capital humano.

Según la teoría subjetiva del valor, el valor de las cosas es determinado por la estimación subjetiva. Se pone el centro en “el deseo”, como movimiento incesante del hombre (idea freudiana). Así, *“al poner el acento en la subjetividad y en el deseo corrió la mirada de la economía política hacia el incentivo de los acciones individuales en la búsqueda de saciar los propios apetitos”* (Murillo, 2011: 11).

La teoría de la acción humana , por otro lado, constituye una forma de naturalizar las desigualdades. Se trata de una forma de concebir a los sujetos como racionales, libres, empresarios/as de sí mismos . *“Los seres humanos, además de naturalmente desiguales, son seres libres y racionales; ello los lleva a elegir y a tomar decisiones en el mercado que pueden impulsar en cada caso el desarrollo personal o la ruina”* (Murillo, 2011: 14)

Por último, la teoría del capital humano, está centrada en la noción de “inversiones” que deben hacer las personas para luego poder posicionarse en un lugar mejor en la competencia del mercado. Se trata en la capacidad de las personas para “invertir en sí mismas”,

“esto debe hacerse como individuos y como familias y a través de sus comunidades. Se trata (...) de gobernar a los sujetos desde el propio deseo que debe modelarse de modo tal que todas sus acciones lo conduzcan en cada momento a ubicarse en posiciones más favorables en la competencia. Se trata de un poder de autogobierno a partir del propio deseo” (Murillo, 2011:14).

Y agrega que esta teoría, extiende la noción de capital a lo humano, lo que va más allá del intercambio económico. En la inversión de capital pueden incluirse la formación, las tareas de cuidado, entre otras. *“Las inversiones en capital humano responden a una lógica de costo-beneficio extendida a todas las esferas de la propia vida, donde cada uno debe efectuar los cálculos racionales, preferir y renunciar en función de los propios objetivos”* (Murillo, 2011:15). En este sentido ya no habría esa dualidad entre trabajadores/as y empresarios/as, todos/as somos empresarios/as, la idea de “empresario/as de sí mismo/as” y nuestras rentas dependerían de aciertos en las inversiones realizadas.

La autora sintetiza:

“La competencia, el centramiento en el cuidado de sí, la interpelación al deseo y la desigualdad como condición natural, son entonces, en suma, algunos de los principios fundamentales del arte de gobierno neoliberal que reconfiguran la cuestión social, o mejor, que la hacen desaparecer y la configuran como cuestión individual, ella consiste fundamentalmente en inducir a los sujetos a ser empresarios de sí mismos con base en estos principios”(Murillo, 2011:15)

4.2. Neo-desarrollismo y Nueva Institucionalidad Social.

Como lo mencionamos, entre los años 2001 y 2002 nuestro país se enfrentó a una profunda crisis económica (con la salida de la convertibilidad a través de la devaluación), política (con un proceso de creciente movilización social que tuvo su estallido en diciembre de 2001, un descreimiento de las instituciones y la clase política expresado en el “que se vayan todos”) y social (con el recrudecimiento de los indicadores sociales de desocupación, pobreza e indigencia que alcanzaban a casi la mitad de la población).

El gobierno de Duhalde, logró imponer cierto orden a través de políticas represivas a las movilizaciones populares, y respondiendo a la creciente demanda social a través del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, el cual elevó los planes de empleo de 200.000 a 2.000.000 (Arias, 2012).

Los gobiernos kirchneristas iniciados en el 2003, marcaron un cambio de época en nuestro país. El gobierno de Néstor Kirchner (2003 -2007), permitió una normalización de la crisis institucional, apeló a un modelo de acumulación “neo-desarrollista”, a la respuesta por parte del Estado a viejas demandas del campo popular y, en el plano discursivo, a una polarización con las ideas neoliberales.

El ciclo neo-desarrollista implicó cambios en los procesos de valorización del capital y de las políticas públicas que se engendraron. El modelo, se caracterizó por una renovada acción del Estado en dos aspectos. El primero, referido a la promoción de la valorización del capital y el segundo, a la recomposición de las clases trabajadoras (Félicz, 2011). Así se buscaba generar un círculo virtuoso que convoque a la burguesía y a las clases subalternas: *“La burguesía nacional sería convocada a convertirse en actor dinámico del proceso de acumulación de capital y los sectores populares organizados serían invitados a compartir los frutos del ‘crecimiento con inclusión social’.* (Félicz, 2017:51).

Sin embargo, a diferencia de la experiencia desarrollista de los ‘50 que se produjo en el marco del modo de acumulación fordista, este ciclo se produce en el marco de una sociedad post-neoliberal, *“donde predomina un más amplio dominio de las relaciones capitalistas y el*

capital transnacional” (Félicz, 2011:80). En este sentido, Mariano Félicz (2013), propone pensar este modelo marcado por continuidades y rupturas con el modelo neoliberal. Según Félicz (2013):

“El proyecto neodesarrollista en Argentina se sostiene en la reproducción ampliada de una serie de pilares estructurales contruidos a través del neoliberalismo. Esos pilares incluyen centralmente la superexplotación de la fuerza de trabajo, el saqueo de las riquezas naturales, la transnacionalización extendida del ciclo del capital y la prevalencia generalizada de la mercantilización de las relaciones sociales y en las políticas estatales.”

La superexplotación del trabajo, hace referencia a la persistencia de la precarización laboral, las relaciones laborales de subcontratación o tercerización. Por otro lado, el saqueo de riquezas naturales refiere a un modelo extractivista³. En este sentido, el desarrollo capitalista “posible” para los países latinoamericanos sólo puede realizarse “desde una posición periférica, regionalmente subordinada y globalmente dependiente”.

Las transformaciones en la esfera de las políticas sociales generaron una nueva institucionalidad de las mismas. Centradas en un discurso respecto a la integralidad, a la promoción y protección de los derechos humanos y al ejercicio de la ciudadanía, marcaron una diferencia con las políticas sociales que caracterizaron al neoliberalismo. (Hermida y Meschini, 2016)

En cuanto a la política laboral, se aplicaron medidas como la implementación del Salario Mínimo Vital y Móvil, una apuesta a la vuelta a las negociaciones colectivas por rama de actividad, la derogación de las leyes de flexibilización laboral y un mayor control sobre las empresas en relación al trabajo (Alonso y Di Costa, 2015).

Entre 2003 y 2007 el desempleo bajó en más de un tercio, aunque tal situación no se condijo con empleos registrados formales y su consiguiente acceso a beneficios de la seguridad social (Arias, 2012). Según Kessler y Cortés (2013), las críticas a la apuesta a la re-regulación laboral se centralizaron en la brecha entre asalariados/as formales y el resto de la

³ En este sentido, Svampa (2011), sostiene que la “via industrialista” merece ser puesta en tensión o relativizada, relacionando el crecimiento económico ligado a la exportación de “commodities” (principalmente soja y sus derivados) favorecida por el alto precio a nivel internacional: “Al igual que en otros países latinoamericanos, los últimos diez años Argentina transitó del Consenso de Washington al «consenso de los commodities». Estos cambios en la división global del trabajo han ido configurando en la región latinoamericana un estilo neodesarrollista, de corte extractivista, basado en la apropiación y sobreexplotación irresponsable de los recursos naturales no renovables (...) Más allá de la retórica industrialista en boga, en nombre del nuevo «consenso de los commodities» y de sus «ventajas comparativas», los diferentes gobiernos tienden a aceptar como «destino» el orden geopolítico mundial, que históricamente ha reservado a América Latina el rol de exportador de naturaleza, sin considerar sus impactos desestructurantes sobre la economía (la reprimarización y las nuevas formas de la dependencia), ni sobre la población y los territorios (nuevas formas de dominación bajo la lógica de la desposesión)” (Svampa, 2011:25).

población, los beneficios e ingresos que los/as primeros/as percibían en relación al resto (trabajadores/as informales, precarizados/as y desocupados/as), configurando un “Estado social estratificado”. Otras miradas, sostienen que las mejoras en los salarios formales servirían de referencia para el pago de los/as trabajadores/as no registrados, apostando a que el Ministerio de Trabajo, paulatinamente logre la formalización. A la crítica del “Estado Social estratificado”, le oponen la construcción de un entramado de medidas diversas que alcancen a toda la ciudadanía, sea cual sea su condición laboral.

En cuanto a la asistencia social, en un primer momento se impulsaron programas de “economía social” y de generación de microemprendimientos productivos a través del Ministerio de Trabajo, buscando la “reconversión” de los Planes Jefas y Jefes de Hogar. A su vez, se realizó una “categorización” de estos sectores asistidos entre “empleables” e “inempleables”, quedando estos últimos bajo el Plan Familias por la Integración Social a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (Cortés y Kessler, 2013).

Ana Arias (2012) plantea que en este primer momento, la mejora relativa de la situación económica y el hecho de haber colocado al empleo como horizonte posible y deseable, corrió de plano la disputas en torno a recursos asistenciales y, *“de alguna manera, posibilitó que se retrasaran los avances a la universalización de algunas prestaciones(...)”* (pp152).

En materia de seguridad social, las llamadas jubilaciones para amas y las moratorias previsionales o planes de inclusión previsional, permitieron el acceso a beneficios jubilatorios a personas con poca cantidad de aportes, o sin haber aportado con edad jubilatoria, reemplazando pensiones no contributivas. Más tarde, la re-estatización del sistema previsional y la implementación de la Asignación Universal por Hijo (universalización de las asignaciones familiares de carácter monetario que históricamente habían estado ligadas al empleo formal), significaron cambios profundos en el sistema previsional y de seguro social. En este sentido, se marca una ruptura respecto al período neoliberal al apartarse del principio contributivo (y extremado en clave de aseguramiento individual durante el periodo neoliberal). (Alonso y Di Costa, 2012:5).

En cuanto a las políticas educativas, las medidas más relevantes se centraron en la Ley de Financiamiento Educativo de 2005 (que proponía aumentar el porcentaje del PBI destinado a la educación), la Ley Nacional de Educación de 2006 (que derogó la promulgada en el 1993 y promovía entre muchas otras cuestiones la extensión de la obligatoriedad al nivel secundario, el derecho a la educación de calidad, la igualdad de oportunidades y el respeto por la cultura y la identidad) y el Programa Conectar Igualdad en 2010 (que promovió el acceso a

la computación y formación digital a través de la entrega de computadoras de manera gratuita). Al respecto, las críticas se centraron en la imposibilidad de modificar el carácter fragmentado y desigual que siguió persistiendo en el sistema educativo. En ese sentido, continuaron las desigualdades entre provincias y entre el sector público y privado instalando como desafíos para expertos/as y funcionarios/as, la superación de tal fragmentación y la reconstrucción de una idea de igualdad educativa redefiniendo el concepto de equidad (Cortés y Kessler, 2013)

En el plano de la salud, también se visualizaron dificultades para superar la fragmentación interjurisdiccional y la fragmentación entre los subsistemas público, privado y el de seguridad social. Pese a los esfuerzos, como la revitalización del Consejo Federal de Salud que buscaba efectivizar acuerdos entre provincia y nación. En este momento, también se apostó a programas de accesibilidad a medicamentos (como el Programa Remediar y la ley de medicamentos genéricos), como también a prácticas de salud y procreación responsable (Alonso y Di Costa, 2012). En el plano de la seguridad social, la intervención presentó mayores dificultades para generar cambios significativos, *“y la complejidad política e institucional del sistema no alentaría iniciativas dirigidas a fortalecer tendencias hacia la unificación y coherencia de un sistema de salud altamente fragmentado”* (Alonso y Di Costa, 2012: 5).

Por último remarcamos que a la par de estas políticas sociales se sancionaron una conjunto de leyes de avanzada (tales como la Ley de Protección Integral de los Derechos De Niñas, Niños y Adolescentes 26061, la nueva Ley de Salud Mental 26.657) que proponían modificar los paradigmas de intervención en estas áreas, aunque no lograron obtener su correlato institucional y presentaron todo tipo de “resistencias”. Como plantean Hermida y Meschin(2016) *“(…) las configuraciones institucionales particulares implican, en la mayoría de los casos, una serie de discursos y prácticas sedimentadas, vinculadas a lógicas burocráticas, atravesadas por el relato neoliberal, que se tornan antagónicas a las conquistas de las demandas populares, dificultando el cabal ejercicio de los derechos conquistados”* (pp.49).

Pese a las transformaciones producidas en este cambio de época, como plantea Arias (2012), para finales de la década, *“el mercado de trabajo argentino se encontraba con cifras de desocupación de un dígito, aumentando la cantidad de trabajadores formalizados, y sin embargo manteniendo niveles de desigualdad distributiva y altos niveles de pobreza. La vuelta a la apuesta industrialista y a la asalarización creciente no significó, como esperaba*

un abanico importante de sectores, la vuelta a la situación social previa al neoliberalismo” (pp.154).

La derrota del Kirchnerismo y la instalación de un gobierno que podemos caracterizar como de “nueva derecha empresarial” representado por la alianza “Cambiamos”, significa una amenaza y retroceso respecto a los avances y transformaciones alcanzadas por las mayorías sociales en la última década.. La alianza “Cambiamos” compuso su equipo de gobierno con un conjunto de ex-directivos de grandes capitales transnacionales, organizándose desde un “saber hacer” empresarial (Féliz, 2017)

Por otro lado, el discurso triunfante del actual presidente Mauricio Macri del “sí se puede”, apelando al mérito individual para llegar al éxito económico, manifiesta lo que en párrafos anteriores caracterizamos como soporte ideológico de la gubernamentalidad neoliberal, por lo que expresa también la derrota en el plano ideológico de los gobiernos kirchneristas.

Las medidas macroeconómicas del gobierno apuntaron a crear “condiciones más justas para el capital”, otorgándole mayor potencia a las empresas transnacionales. En este sentido, el gobierno apuntó a quitar restricciones para la entrada y salida de capitales, eliminar o reducir impuestos a las exportaciones. Se incentivaron las exportaciones primarias y se crearon condiciones para acelerar el ingreso de capitales, eliminando límites a su salida y promoviendo incentivos especulativos en su ingreso (Féliz, 2017).

En el plano de las políticas sociales, medidas como la reforma previsional o el recorte de los medicamentos de cobertura de PAMI, afectan negativamente el bolsillo de los/as jubilados/as. Por otro lado, el proyecto de reforma laboral (que promueve profundizar la flexibilización laboral), los despidos en el ámbito estatal y privado, el cierre de Pymes y el aumento de tarifas en los servicios públicos (energía, gas, agua) impacta en las condiciones de vida de las clases que viven del trabajo.

Por último, la reciente “vuelta al FMI” impondrá condicionalidades al endeudamiento, afectando la soberanía de nuestro país y un ajuste sobre los sectores trabajadores y empobrecidos. En este contexto, las perspectivas de reducción de la desigualdad y el avance en derechos sociales, se tornan cada vez más lejanas.

En los apartados subsiguientes nos proponemos analizar algunas características que en este contexto asume la cuestión social. Analizamos la persistencia de la desigualdad social desde diferentes matices, no sólo desde la estructura social (o de la desigualdad económica), sino como plantea Clemente, desde la variable territorial, en donde se pone en juego principalmente los procesos de fragmentación espacial y relegación territorial, como también

el incremento de la violencia en los intercambios cotidianos en los territorios más pobres. Por último, analizamos el recrudecimiento de la violencia de género desde la mirada de Rita Segato, quien la entiende en el marco de las formas que asume el poder (y por tanto el poder patriarcal) en la contemporaneidad.

a. Pobreza Persistente y Rigidización de la Estructura Social.

Pese a los cambios en los indicadores respecto a la desocupación y los niveles de pobreza e indigencia logrados en la década kirchnerista, muchos/as autores/as sostienen que vastos sectores de la población no lograron mejorar sustancialmente sus condiciones de vida. La preocupación de los estudios en las últimas décadas, según Arias (2012) ya no pasan por explicar la “caída” de sectores en la pobreza, sino que se abocaron a poblaciones que, de manera sostenida, se encuentran ante una situación de pobreza estructural.

Como plantea Diloretto (2009), las modificaciones y cambios producidos en los últimos 30 años en la estructura social argentina, signados por la precarización laboral y la desigualdad de oportunidades, han generado una creciente “rigidización” estructura social, en donde las perspectivas de movilidad social ascendente parecen ser una utopía.

Las diversas modalidades de empleo o trabajo, la creciente inseguridad en el trabajo y el deterioro de los mecanismos de protección social no sólo expresan un debilitamiento de la relación entre crecimiento económico y empleo, sino también evidencian la imposibilidad del mercado de trabajo de absorber fuerza de trabajo y reducir la pobreza. Esta cuestión, sumada a la desigualdad de oportunidades y la acumulación de desventajas de vastos sectores de la población muestran una estructura social cada vez más rígida.

La posibilidad de “ganarse la vida” trabajando son cada vez más inciertas. La educación y el trabajo ya no son mirados como canales de movilidad social ascendente o posibilidades de mejoramiento en la condición de vida futura.

“En otras palabras, el margen de maniobra para superar situaciones de desventaja social entre quienes provienen de hogares desfavorecidos - en cuanto a ingreso, empleo, educación, vivienda y otros aspectos- se estrecha progresivamente en un contexto cada vez más hostil para quienes no están dotando de partida de ciertas habilidades y destrezas sociales. La carencia de estos recursos conduce al entrapamiento en oportunidades de vida signadas por una “espiral de precariedad” en el cual las desventajas se retroalimentan y acumulan” (pp. 116)

Por otro lado, Adriana Clemente (2016) se ocupa de abordar la pobreza persistente desde una perspectiva situacional. Entiende que los cambios favorables en el contexto

socioeconómico, y la masiva salida de la pobreza no ha tenido el impacto esperado en los enclaves territoriales urbanos (villas, asentamientos) donde habitan las familias más pobres, interpelando a la política social.

La pobreza persistente, explica Clemente (2016), es una *“condición de privación generalizada y extendida en el tiempo, donde –a partir de la privación económica- se combinan críticamente indicadores deficitarios tanto del hogar como de su entorno”* (pp.14). Su característica es que las privaciones más urgentes se mantienen en el tiempo y comprometen a varias generaciones de un mismo grupo familiar.

Clemente propone abordar la pobreza como un “fenómeno situado”, esto es, entender la condición de pobreza no sólo en sus aspectos estructurales, sino también en sus atributos a nivel micro-social, *“que se materializan en territorios concretos y terminan de amalgamar el modo en que se expresa el problema de la pobreza y su reproducción”*. En este sentido, entiende al factor territorial como determinante del problema y su expresión. Es preciso analizar en los territorios no sólo las configuraciones “comunitarias” o redes de contención, fuentes del lazo social y de identidad común; sino también las disputas y enfrentamientos por intereses como formas de producción de nuevas desigualdades.

El abordaje de la pobreza, debe ser situado, atendiendo al menos a tres dimensiones que tengan en cuenta el desenvolvimiento diario de las familias y su reproducción: lo que refiere a las condiciones ambientales del hogar y su entorno, la dinámica vincular intrafamiliar y comunitaria o “extramuros”, y las prácticas de aprovisionamiento que desempeñan los hogares para sustituir ingresos que no son provistos a través del mercado de trabajo. En este sentido, Clemente sintetiza:

“A los fines de avanzar en una perspectiva situacional del abordaje de la pobreza, postulamos que la pobreza como objeto de intervención es una condición donde los aspectos mensurables (estructura del grupo, situación de la vivienda, ingresos, nivel educativo, etc.) deben ampliarse con los aspectos vinculares de mayor intangibilidad (lazos afectivos, prácticas de cuidado, participación social, etc.). Resultando el territorio el ámbito donde se desarrolla el ciclo de vida de la familia y en consecuencia, el lugar de posibilidad para que las dimensiones materiales y vinculares, se combinen y potencien los resultados de la batería de políticas que tienen a las familias como foco de su acción” (Clemente, 2016:21).

Aspectos como el hacinamiento en el hogar, la ruptura de lazos parentales o de vecinazgo, la accesibilidad a bienes y servicios públicos de calidad y la existencia de redes de cooperación y ayuda mutua, así como la presencia de redes de abuso, prácticas de riesgo, delictivas, violentas, son aspectos cruciales a tener en cuenta para comprender cómo el hábitat

en sentido amplio (características físicas, conflicto social, etc.) hacen a la composición situacional de la pobreza.

b. Dualización, Fragmentación Urbana y Relegación Territorial.

La situación de desigualdad social tiene su correlato en la distribución espacial de las ciudades. En las últimas décadas las ciudades han sido objeto de una profunda metamorfosis social y económica que es explicada desde la dualización, la fragmentación o la segregación espacial.

Según la hipótesis de “dualización de la ciudad” de Manuel Castells y Saskia Sassen, las ciudades duales se encuentran divididas en torno a dos territorios bien definidos: espacios estratégicos reestructurados por iniciativas de mercado o del Estado, habitados y apropiados por sectores incluidos en la economía; y áreas residuales conformadas por espacios marginales, reservados a los/as excluidos/as, libradas al abandono (Lacarrieu, Girola y otras, 2011).

En este sentido, Svampa y Viale (2014) remarcan la expansión, en la última década, del “extractivismo urbano”. El mismo radica en el incremento de la especulación inmobiliaria, la mercantilización de espacios públicos, y la expansión de megaemprendimientos inmobiliarios (como countries, barrios privados, centros comerciales). Susana Murillo (2011) en esa línea, menciona el surgimiento del paradigma de “ciudad-empresa”, que persigue la lógica del mercado y la naturalización de las desigualdades en la construcción de la ciudad. El “nosotros/as” y el miedo al/la “otro/a”, sustentado en el terror a la inseguridad, configura el espacio de las ciudades. Así se observa una ciudad con diversos rostros: *“zonas de lujosa obscenidad, espacios exóticos para turistas que son gentrificados y de donde son expulsados silenciosamente los pobres, antiguos barrios invadidos por imposibles torres de departamentos, casas que están perdiendo su antiguo confort y espacios abyectos donde habita la otredad”* (Murillo, 2011: 23-24).

En nuestra ciudad, este paradigma ciudad-empresa, es descrito por el Club de Investigaciones Urbanas con el surgimiento de la “Marca Rosario”. A partir del “boom” de los agronegocios, se da apertura y se otorgan toda serie de facilidades para la expansión y especulación de proyectos inmobiliario de gran lujosidad.

Podríamos decir que a la par que se levantan grandes infraestructuras para “consumo de pocos/as” (como la expansión de Puerto Norte por ejemplo, o las extensión de Countries, barrios abiertos residenciales o barrios privados en las periferias de la ciudad), hay otra ciudad, conformada por barrios populares, asentamientos y villas miseria que no conocen de

lujos, ni viviendas ociosas. Por el contrario se trata de territorios olvidados por el Estado, en donde no llegan los servicios públicos básicos de manera segura y en donde habita la población más pobre de nuestra Ciudad.

De manera obscena, se revela que en la región rosarina existen casi 80 mil viviendas vacías y alrededor de 50 mil personas que viven en condiciones habitacionales sumamente vulnerables. (Centro de Estudios Económicos y Sociales Scalabrini Ortiz, 2016).

Según estudios realizados por TECHO (2016), en el Departamento de Rosario se pueden identificar 111 asentamientos⁴, villas⁵ y barrios populares⁶ en los que habitan 34.510 familias. 24 de ellos se conformaron en los últimos 17 años.

Estas villas, asentamientos y barrios populares de nuestra ciudad pueden ser entendidos como “territorios de relegación”, o “territorios de insularización”. L. Wacquant explica este fenómeno como un proceso de “relegación urbana”. Diloretto y Larroca (2013), retomando esta idea de procesos de relegación urbana, proponen la noción de territorios de relegación:

“no (son) sólo una entidad topográfica o agregación de familias pobres. Constituye(n) una forma institucional, que puede caracterizarse como una formación socioespacial fundada en la relegación forzada de una población negativamente tipificada en un territorio en el cual la población desarrolla un conjunto de instituciones específicas que actúan como sustituto funcional y escudo protector de las instituciones dominantes de la sociedad” (pp. 80).

En ellos se alojan las poblaciones de mayor vulnerabilidad (tanto social -fragilidad en la integración a redes comunitarias y en el acceso a servicios públicos- como económica -debilitamiento o ruptura de lazos con el mercado de trabajo-) para hacer frente a los cambios socioeconómicos, lo que da lugar al debilitamiento de la integración social.

⁴ Asentamiento es definido como “un conjunto de un mínimo de ocho familias (agrupadas o contiguas), en donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso regular a, por lo menos, dos de los servicios básicos (red de agua corriente, energía eléctrica con medidor domiciliario y/o sistema de eliminación de excretas a través de la red cloacal formal)” Son barrios que buscan mantener la trama urbana como continuidad del tejido de la ciudad formal. Los terrenos, aunque en su mayoría están subdivididos, respetan el trazado de las calles. En muchos casos hay lugares para equipamiento y espacios verdes. La densidad poblacional es menor que en las villas. (TECHO, 2016:1) .

⁵ Las villas agrupan a aquellos barrios con una trama urbana irregular, que no cuentan con suficiente infraestructura ni espacios verdes o de recreación. Se accede por medio de pasillos y tienden a crecer en altura ya que hay escaso suelo disponible. Presentan una alta densidad poblacional (TECHO, 2016).

⁶ Los barrios populares se caracterizan por ser conjuntos de viviendas, con características muy similares a las de un asentamiento en la búsqueda de mantener la trama urbana de la ciudad formal, pero que se originaron con intervención del Estado, generalmente a partir de loteos(TECHO, 2016).

Por otra parte, Daniela Soldano (2008) busca explicar esta la lógica “*de fractura, de separación o diferenciación de modos de vida en la que ciertos sectores sociales sufren un creciente aislamiento territorial relativo estructural*” (pp.42), a través de la caracterización de territorios de insularización.

Los mismos se encuentran atravesados por tres procesos: la expoliación (condicionamientos o restricciones a la reproducción social ocasionada por las condiciones de hábitat degradadas), la vulnerabilidad socio-laboral de sus habitantes (dinámicas y trayectorias que constituyen antecedentes y consecuencias de estados de privación) y el aislamiento (en sus dimensiones objetivas-como la escasa posibilidad de inserción en el mercado de trabajo- y subjetivas- formas de sociabilidad replegadas al territorio, el desgaste de identidades sociales y culturales más amplias-).

c. Territorios de violencia

El carácter solidario y de cooperación con que Merklen caracterizaba a los barrios populares a fines de siglo XX hoy merece ser, al menos, puesto en tensión por las escaladas de violencia de la que son escenario los barrios populares hoy.

Rosina Pierantoni refiere a la emergencia de “territorios de violencia”. A través de esta construcción teórica busca explicar “*el proceso de deterioro del tejido social. en un lugar donde hasta hace poco existía una densa malla de relaciones sociales fuertes, impregnada por una cultura comunitaria y un fuerte espíritu participativo, en la actualidad está siendo sistemáticamente desarticulado por redes delictivas que controlan el lugar*”(Pierantoni, 2015:239-240).

Pierantoni realiza un estudio centrado en el impacto del narcotráfico y la radicación de prácticas y economías delictivas en los barrios populares, específicamente los situados en la zona sur de nuestra ciudad. En los últimos años, estas redes delictivas encontraron condiciones para expandirse, por la presencia lábil y contradictoria del Estado (principalmente de las fuerzas policiales) y su connivencia con el delito. Por otro lado, la exclusión y vulneración de derechos a la que se encuentran sometidas las poblaciones que habitan estas barriadas, principalmente los/as jóvenes, ubica a estas economías como un modo de supervivencia, una puerta para el acceso a bienes materiales, pero también a una referencia simbólica y de construcción de identidad.

Los territorios de violencia caracterizados por un desdibujamiento de las fronteras entre lo legal y lo ilegal, se sustentan a través de lo que Pierantoni llama “dispositivos del miedo”. El miedo, funciona como “ordenador del territorio y de las relaciones sociales”. Las

redes delictivas imponen un orden tanto hacia el afuera como hacia adentro. Estas cuestiones, según la autora, impactan negativamente dejando marcas en las subjetividades que habitan estos territorios como la naturalización de la violencia para resolver conflictos de la vida cotidiana y la instalación de la desconfianza y del miedo al otro/a como así también el descreimiento y deslegitimación del Estado para imponer legalidad. Así, esta situación colectiva del miedo, refuerza el control por la vía ilegal o ilegítima sobre estas poblaciones. El miedo “se constituye en un operador del territorio para poder controlarlo”, imprimiendo las subjetividades de sus habitantes. Así estos territorios se constituyen en “estados de excepción”, ya que “las reglas no son puestas por el Estado sino impuestas por redes delictivas”, lo que pone en duda la capacidad del Estado para administrar la vida social.

En este panorama desolador, se identifica una presencia contradictoria del Estado, es parte del problema y de la solución: por un lado con el accionar de las fuerzas represivas (su connivencia con el delito y un ejercicio sistemático de criminalización de la pobreza) y por otro, con el de las instituciones públicas (escuelas, centros de salud), que muchas veces *“funcionan como una palabra que ordena, que pone legalidad en un contexto de profunda crisis y anomia social”*. En este sentido se entiende que estas últimas tienen un rol fundamental para responder al desafío de *“refundar el pacto social”* (2015:240).

Por otro lado, Auyero y Berti (2013), realizan un aporte desde un estudio etnográfico en un barrio popular del Conurbano Bonaerense, describiendo los fenómenos de la violencia en “los márgenes urbanos”. Se preocupan por las formas en que se produce la violencia “en los márgenes”, los sentidos y usos que se le asignan en la vida cotidiana⁷.

Respecto a las formas en que se produce la violencia utilizan la idea de “cadena” para explicar la concatenación de hechos que de otra manera serían pensados como aislados: un intento de violación seguido por un linchamiento, un ajuste de cuentas entre vendedores y consumidores seguido de una pelea entre hermanos, un intento de robo seguido por una paliza a un hijo. Se trata de una cadena que conecta la esfera doméstica con la pública. Otras veces la violencia asume la forma de un “derrame” : a partir de un suceso violento se expande sobre todo el tejido social o comunitario.

Respecto a los usos de la violencia, se remarca en primer lugar el carácter de la violencia como “repertorio”, la misma es aprendida, es un saber establecido para lidiar con dificultades que surgen en la vida cotidiana. El uso de la violencia no surge de un conjunto de

⁷ En este trabajo se entiende a la violencia en un sentido restringido, definiéndola como aquellas acciones de personas que de forma intencional amenazan, atacan o producen daños físico.

valores y creencias de lo que los pobres estarían dotados, sino que es una disposición aprendida en compañía de otros más o menos significativos

La utilización de la violencia muchas veces se ejerce con el fin de una venganza, como “ley del talión” (ojo por ojo, diente por diente), otras veces busca perpetrar el miedo y así evitar un mal mayor (una madre que encadena a su hijo para evitar que consuma drogas o “las malas compañías”).

En la ciudad de Rosario, las cifras que reflejan las escaladas de violencia son alarmantes. El informe realizado por Secretaría de Política Criminal y Derechos Humanos (Ministerio Público de la Acusación), la Dirección Provincial de Monitoreo y Planificación Estratégica (Ministerio de Seguridad del Gobierno de Santa Fe) y el Observatorio de Convivencia y Seguridad Ciudadana (Municipalidad de Rosario) en el año 2015, muestra una evolución de la tasa de homicidios en nuestra ciudad: abarcando el período de 2003 a 2015 se muestra un incremento paulatino de homicidios, partiendo de tasas que entre los años 2003 Y 2010 oscilaron entre los 124 y 90 homicidios anuales producidos en el Departamento de Rosario. El número de homicidios llegó a su punto máximo en el año 2013 con la cifra alarmante de 284 producidos en el Departamento de Rosario. A partir de ese año, esa cifra comienza a disminuir pero no de forma significativa, como el informe lo expresa: *“No obstante la ruptura de la tendencia alcista que se produce en 2014 y se sostiene en 2015, cabe notar que los valores continúan siendo significativamente elevados, duplicando los que se registraron al inicio del ciclo de crecimiento en el año 2010. “(pp. 8) .*

En la distribución de homicidios en el Departamento de Rosario, se ubica a la ciudad de Rosario con un 87,6% de los hechos ocurridos en 2015. Por otro lado, es alarmante la población mayormente afectada en los homicidios. Según el informe se trata de jóvenes varones :el 87,3 % de las víctimas de homicidio en 2015 han sido varones. Con respecto a la edad de los mismos, *“(…) se aprecia que una porción significativa, tanto en el Departamento como en la ciudad de Rosario, no llegó a cumplir los 20 años de edad (19,3% y 21,6% respectivamente). En total, el 46,3% de las víctimas de homicidio del Departamento y el 48,6% en la ciudad era menor de 25 años, y el 62,6% y 63,8% respectivamente estaba por debajo de los 30 años.” (pp. 14)*

Por último recuperamos de este informe, los datos relevados en torno a las motivaciones y a los contextos en los que ocurren los homicidios. En el mismo los “ajustes de cuentas o venganzas”, entendidos como hechos planificados en respuesta a un episodio anterior, representan en el Departamento de Rosario el 37,6% y en la ciudad de Rosario el 37,1%. Como segundo tipo de motivación más frecuente se encuentran los robos e intentos de

robos (15,0% de las muertes en el Departamento y 14,1% en la ciudad). Y en tercer lugar se ubican los homicidios producidos en el contexto de discusiones o riñas (14,1% en el Departamento y 13,7% en la ciudad de Rosario). Por último destacamos que el 5,6% de los homicidios del Departamento y el 6,3% de los de la ciudad fueron causados en el marco de intervenciones policiales.

Como buscamos describir en los párrafos anteriores, estas cifras y estadísticas son expresión de un entramado complejo, en donde se pone en juego no sólo la expansión del narcotráfico y sus lógicas, sino también el uso y ejercicio de la violencia en el intercambio social cotidiano. En esta complejidad, también es preciso analizar qué papel juega el Estado y específicamente la institución policial.

d. Pedagogía de la Crueldad y Violencia de género

La antropóloga y activista feminista Rita Segato (2016) plantea que pese a los avances de la lucha feminista, a la institucionalización de políticas públicas e instituciones, la letalidad de género se acrecienta: no sólo el número de crímenes, sino también los niveles de crueldad que involucran. Así mismo, no se puede poner freno a todo tipo de violencia no letal contra las mujeres.

“Nunca hubo más leyes, nunca hubo más clases de derechos humanos para los cuerpos de seguridad, nunca hubo más literatura circulando sobre derechos de la mujer, nunca hubo más premios y reconocimientos por acciones en este campo, y sin embargo las mujeres continuamos muriendo, nuestra vulnerabilidad a la agresión letal y a la tortura hasta la muerte nunca existió de tal forma como hoy en las guerras informales contemporáneas; nuestro cuerpo nunca fue antes tan controlado o médicamente intervenido buscando una alegría obligatoria o la adaptación a un modelo coercitivo de belleza; nunca tampoco como hoy se cerró el cerco de la vigilancia sobre el aborto que, sintomáticamente, nunca antes fue un tema de tan acalorada discusión como lo es hoy, en la modernidad avanzada” (Segato, 2016:97).

La cuestión de la violencia de género, de la violencia patriarcal, no debe ser para Segato (2016) “guetificada”, esto es, pensada en clave de relaciones interpersonales entre varones y mujeres, del plano de los vínculos, los afectos y las representaciones sociales. Esta guetificación tiende a aislar el tema de las relaciones entre hombres y mujeres de cuestiones más amplias sobre el contexto y las relaciones de poder propias del tiempo histórico. La violencia patriarcal, debe ser leída entonces, en clave de procesos históricos, políticos, económicos y sociales.

“Este abordaje entiende el género como un termómetro, un campo que permite leer y ser leído a la luz de un contexto amplio constituido por la trama del capital, la política y las prácticas societarias en general. La situación de género permite hacer el diagnóstico de la escena histórica, y sólo su análisis en el entramado de esa escena permite, a su vez, entender los eventos relativos al género.” (Segato, 2016:174).

En esta línea Segato advierte sobre la emergencia de una etapa del capitalismo “apocalíptica” en donde los grados de concentración económica han llegado a niveles nunca antes vistos. Ya no podemos hablar de desigualdad por acumulación y concentración, sino de “dueñidad” o “señorío” (feudal), se trata de propietarios del planeta de tal magnitud que tienen en sus manos el poder sobre la vida y la muerte de la humanidad, el poder sobre el capital permite hasta suspender la legalidad, burlando todo tipo de institucionalidad que pueda ponerle un freno:

“Señorío tiene aquí el sentido muy preciso de que un pequeño grupo de propietarios son dueños de la vida y de la muerte en el planeta. Son sujetos discrecionales y arbitrarios de un poder de magnitud nunca antes conocida, que vuelve ficcional todos los ideales de la democracia y de la república. El significado real de este señorío es que los dueños de la riqueza, por su poder de compra y la libertad de circulación offshore de sus ganancias, son inmunes a cualquier tentativa de control institucional sus maniobras corporativas, que se revelan hoy desreguladas por completo.” (Segato, 2016:98)

El capitalismo actual asume un poder de conquista, “conquistualidad” (en oposición a lo colonial), se trata de una nueva fase de conquista de los territorios que suspende todo tipo de legalidad (al igual que en los tiempos de conquista). Nos encontramos ante un momento similar al de la conquista, por las feroces ocupaciones territoriales, la expoliación y rapiña, la expulsión y el desalojo de pueblos enteros de sus espacios de vida.

Reprimarización de la economía, extractivismo (megaminería, agricultura extractivista y turismo extractivista) son expresiones del “régimen absolutista del mercado”, de la fusión del poder político con la dueñidad. Esta fase apocalíptica del capitalismo, necesita de una pedagogía de la crueldad, que naturalice la violencia, genere un acostumbramiento al espectáculo de la crueldad y reduzca al máximo la empatía entre las personas (principio de la crueldad).

“En esta fase extrema y apocalíptica en la cual rapiñar, desplazar, desarraigar, esclavizar y explotar al máximo son el camino de la acumulación, esto es, la meta que orienta el proyecto histórico del capital, es crucialmente instrumental reducir la empatía humana y entrenar a las personas para que consigan ejecutar, tolerar y convivir con actos de crueldad cotidianos” (Segato, 2016:99)

El mandato de masculinidad o pedagogía masculina, se transforma en pedagogía de la crueldad. Segato entiende al mandato de masculinidad, como “*primera y permanente pedagogía de expropiación de valor y consiguiente dominación*” (Segato, 2016:16).

Los crímenes del patriarcado, en este sentido, expresan las formas contemporáneas del poder. El cuerpo de las mujeres se convierte en el soporte privilegiado para escribir y emitir este mensaje violento: dueñidad, conquistualidad, expoliación, esclavización. “*En suma, los crímenes del patriarcado expresan las formas contemporáneas del poder, el arbitrio sobre la vida de los dueños, así como una conquistualidad violadora y expropiadora permanente (...)*” (Segato, 2016: 22).

En este sentido Segato entiende que la violencia tiene un carácter expresivo, ligando el plano de lo público con el plano de la intimidad:

“La violencia íntima en el espacio público, como está curiosamente ocurriendo hoy en la Argentina, no es otra cosa que un enunciado del carácter también público del problema íntimo, y del modo en que el estado de intemperie e indefensión frente a la agresión generalizada a la vida y a los territorios deviene y se expresa en agresión a las mujeres frente al ojo público”(Segato, 2015)

Violencia que mediante una pedagogía de la crueldad, es naturalizada y banalizada, en donde los medios de comunicación masivos juegan un papel central.

SEGUNDA PARTE: APROXIMACIONES AL “SOBRE QUÉ” EN LOS PROCESOS DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

1. Características de los Territorios y Áreas de Referencia de los Centros de Salud.

La primera aproximación respecto a las manifestaciones de la cuestión social que constituyen la materia prima del Trabajo Social inserto en Atención Primaria en Salud, tiene su expresión en las características de los territorios y áreas de referencia en donde se encuentran anclados los centros de salud.

El territorio, puede ser entendido como la expresión espacial de las desigualdades sociales. El espacio urbano, plantea Wacquant (2007) debe ser pensado en tanto construcción histórica y política. En el barrio se retraducen espacialmente las diferencias sociales y económicas.

En este sentido, el territorio comienza a ponerse en el centro de la cuestión a partir del neoliberalismo y las modificaciones que atrajo en materia de políticas sociales asistenciales. Como plantea Cravino (2004), la focalización ha guardado una intrínseca relación con lo territorial, más específicamente, respecto con los barrios populares con el fin de llegar a las poblaciones “objetivo”, buscando lograr eficacia, eficiencia y legitimidad, alcanzando a las poblaciones más desfavorecidas. Así mismo, Paura y Zibecchi (2013) plantean que las políticas de descentralización y los criterios de focalización introdujeron diversos estudios que pusieron en foco a los procesos locales y a la dimensión micro-social.

En este sentido, según Campana (2010) en nuestra ciudad, los gobiernos iniciados en la década del ‘90, buscaron distanciarse discursivamente de las políticas neoliberales, recuperando los aspectos positivos de la descentralización y la participación, poniendo principal atención en la reconstrucción del sistema de salud municipal. La principal hipótesis de Campana (2010), es que la política de Atención Primaria en Salud, se convirtió en la “vía principal de territorialización” impregnando nociones de descentralización y participación, identificando y delimitando poblaciones que requerían atención específica, lo que generó una tendencia al tratamiento localizado de los problemas. En este sentido, los Centros de Salud se ubicaron estratégicamente en zonas delimitadas por “enfoque de riesgo” (Campana, 2010:250). Se buscó construir “distritos sanitarios” organizados en torno a la definición de un espacio geográfico, poblacional y administrativo.

Siguiendo estos criterios de territorialización y delimitación poblacional, identificamos que los Centros de Salud que seleccionamos como unidad de análisis, se caracterizan por estar anclados en lo que anteriormente caracterizamos como territorios de relegación o territorios de insularización. Segregación (forzada), relegación, aislamiento territorial, condiciones de vida y de hábitat degradadas, baja accesibilidad a servicios públicos, vulnerabilidad social y económica de su población, son algunas de las características de estos territorios. Se trata de barrios situados en los márgenes de la ciudad (en los casos de los Centros de Salud N° 2 y 3) o alejados de zonas “gentrificadas” (zonas lujosas, para consumo refinado destinadas a “gente bien”) (C.I.U, 2013) .

Sobre las áreas de referencia de los Centros de Salud las trabajadoras sociales esbozaron caracterizaciones que diferencian barrios que contienen poblaciones trabajadoras en situaciones de precarización e informalidad, y barrios populares, asentamientos y villas en donde se encuentran poblaciones en situaciones de pobreza estructural o “pobreza persistente”.

A continuación presentamos los Centros de Salud ubicados en los mapas elaborados a través del Relevamiento Nacional de Barrios Populares (Re.Na.Ba.P.). Entrecruzando las áreas de referencia de los Centros de Salud con la ubicación de “barrios populares” que las mismas abarcan.

Según el Re.Na.Ba.P., un barrio popular *“reúne al menos a 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)”* (Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/barriospopulares>)

Centro de Salud N°1

El Centro de Salud N° 1 se encuentra emplazado en Barrio Alvear y su área de referencia abarca no sólo este barrio, sino también parte de los asentamientos Vía Honda, asentamientos ubicados sobre Av. Avellaneda al 4200, viviendas sociales correspondientes a la relocalización de Barrio Itatí y parte de Barrio San Francisquito. Gianina, trabajadora social de este Centro de Salud diferencia las poblaciones entre barrios de clase trabajadora y asentamientos:

“(...)donde está propiamente digamos más el Centro de Salud.. es gente que labura...osea es población distinta...digamos a lo que es Vía Honda desde las condiciones habitacionales, las posibilidad de acceso a servicios y demás con lo que

hay acá más en Barrio Alvear. [...] acá Trabajo Social la población que más consulta es la población digamos no tanto de lo que es el Barrio, de la zona más cercana, sino de los asentamientos y demás.” (Gianina, Trabajadora social - Centro de Salud N°1)

Por otro lado, la trabajadora social remarca la escasez de instituciones para articular en el barrio:

“Sí, las dificultades que nosotras tenemos es que no tenemos muchas instituciones en el barrio .. por ejemplo nosotros no tenemos CCB⁸... y hay pocas instituciones así como ... para laburar en el barrio... entonces eso es como una cosa que dificulta bastante ...” (Gianina, Trabajadora social - Centro de Salud N°1)



Centro de Salud N°2

El Centro de Salud N° 2 se encuentra anclado en Barrio Emaús, el origen de este barrio resulta de la relocalización por parte del SPVH (Servicio Público de la Vivienda y el Hábitat - Municipalidad de Rosario) de la ocupación de terrenos de lo que actualmente se conoce como “La Aldea”. El área de referencia que abarca el Centro de Salud, se extiende sobre Barrio 7 de Septiembre, por los asentamientos de “La Bombacha”, Barrio “Stella Maris”, y los distintos Fisherton.

⁸ Los CCB (Centros de Convivencia Barrial) son instituciones pertenecientes a la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad. Son descriptos por la propia gestión actual del municipio como instituciones ubicadas estratégicamente en los barrios de “mayor vulnerabilidad” de la ciudad. En ellos se desarrollan actividades recreativas, deportivas, socio-educativas, de capacitación laboral, como así también de consultoría legal, asistencia social y salud. (Sitio Web Oficial de la Municipalidad de Rosario, 2018)



Centro de Salud N°3

Por último el Centro de Salud N°3 está ubicado en Barrio San Martín Sur, abarcando en su zona de referencia a parte del Barrio “Molino Blanco” y parte de Barrio Yrigoyen, como así también Barrio La Flores, tanto Las Flores Este como Las Flores Sur. A su vez, se trabaja con población de la localidad de Villa Gobernador Gálvez. María, trabajadora social de este Centro de Salud, también establece una diferenciación entre barrios de clase trabajadora y asentamientos o villas:

“(...)nosotros acá.. de acá hasta Platón (calle) son viviendas de clase obrera empobrecida..el resto es villa (...)” (María - Trabajadora Social- Centro de Salud N°3).



Por otro lado, la trabajadora social refiere a la dificultad de los/as vecinos/as para salir del barrio y a la baja accesibilidad en cuanto a servicios públicos, lo que permite visualizar la relegación y el aislamiento.

Respecto a la baja accesibilidad, María remarca que el Centro de Salud es la única institución pública con anclaje en el barrio, el resto de las instituciones pertenecen a la iglesia y en último tiempo comenzaron a proliferar algunas organizaciones sociales y políticas.

“(...)Como institución publico-estatal somos la única en el barrio: no hay CCB, no hay escuela pública.. todas las otras instituciones en San Martín Sur dependen del Arzobispado, todas.. con todo lo que eso implica: la escuela, el comedor, el centro de vida, todas dependen de Arzobispado... Después en este último tiempo, (...) hubo una proliferación bastante importante de organizaciones sociales en el barrio .. vinculadas a distintos partidos políticos..y eso como que .. modificó también cierta dinámica en el barrio,..(..).. pero como institución del Estado somos la única ..” (María - Trabajadora Social- Centro de Salud N°3).

En relación al aislamiento de la población, María lo menciona en el marco de un dispositivo institucional llamado Huerta con Arte, en donde refiere a que uno de los objetivos del mismo es ser una mediación con “el afuera”, permitir encontrarse con los espacios públicos de otra manera.

“por otro lado también poder pensar digamos, el espacio de la huerta como una mediación hacia el afuera ... porque también hablamos muchas veces de gente que no sale del barrio o ha salido poco, o ha salido en contextos esto de ..que se yo.. ir al centro y...a reventarse... en fin..entonces la idea es también poder salir, encontrarse con estos espacios de otra manera” (María-Trabajadora Social -Centro de Salud N° 3)

2. Sobre las formas en que se fragmenta la Cuestión Social. La producción de “diagnósticos” en Salud Pública.

Como plantea Netto (1992), la intervención del Estado sobre la cuestión social se realiza fragmentando y parcializando en problemáticas siendo así despolitizadas, deseconomizadas e individualizadas. La política social asume la forma de políticas sociales, delimitando campos de intervención. Las respuestas del Estado a las múltiples manifestaciones de la cuestión social, se realiza fragmentando y sectorizando las necesidades y problemáticas sociales.

“(..)las secuelas de la ‘cuestión social’ son recortadas como problemáticas particulares (el desempleo, el hambre, la carencia de vivienda, el accidente de trabajo, la falta de escuelas, la incapacidad física, etc.) y así enfrentadas. (...) Así, la ‘cuestión social’ es atacada en sus refracciones, en sus secuelas aprehendidas como problemáticas cuya naturaleza totalizante, asumida consecuentemente, impediría la intervención” (Netto, 1992:18-19)

Del mismo modo, Rozas (2001) plantea analizando el caso argentino, que el Estado Capitalista Argentino, desarrolla en cada momento histórico una institucionalidad social que *“define, jerarquiza, clasifica y fragmenta la cuestión social como problemas sociales, siendo estos los términos en los cuales instituye lo social como instancia pública de la acción social del Estado”* (pp.24).

Una de las formas de aproximarnos a esas “problemáticas” en la política social de salud del municipio, la realizamos a través de los Informes de Trabajo Social elaborados a partir de los Registros de Atención Diaria. En estos informes se visualizan las problemáticas o diagnósticos más utilizados por las/os trabajadoras/es sociales en Atención Primaria en Salud.

Reproduciendo el carácter parcializado y fragmentado de lo social, en los Registros de Atención Diaria, se completa información individual sobre los/as usuarios/as atendidos/as y se establece un “diagnóstico” (que se puede desagregar hasta en cuatro “problemáticas”) para cada atención. Estos diagnósticos guardan un sesgo biologicista ya que son derivados del Código Internacional de Codificación de Enfermedades llamado CIE 10⁹.

El colectivo de trabajadoras/es sociales pertenecientes a la Secretaría de Salud Pública, a través del debate, seleccionaron de estos códigos aquellos relacionados a las problemáticas sociales con las que trabajaban cotidianamente. Los mismos se encuentran presentes en el CIE 10 en el Anexo al CAPITULO XXI, denominado “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, agrupados en el apartado “Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales”¹⁰.

En este sentido, una de las dificultades que las trabajadoras sociales presentaron a lo largo de las entrevistas es la posibilidad de encuadrar situaciones, en “problemáticas” o en diagnósticos, por tratarse de “problemáticas sociales complejas”, atravesadas por una

⁹ El CIE 10 es una Clasificación Internacional de Enfermedades. Se trata de una clasificación de problemas diagnósticos, convertidos en códigos alfanuméricos (que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información).

¹⁰ En este apartado se desagregan problemas a partir de los siguientes ejes:

Z55 Problemas relacionados con la educación y la alfabetización

Z56 Problemas relacionados con el empleo y el desempleo

Z57 Exposición a factores de riesgo ocupacional

Z58 Problemas relacionados con el ambiente físico

Z59 Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

Z60 Problemas relacionados con el ambiente social

Z61 Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

Z62 Otros problemas relacionados con la crianza del niño

Z63 Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

Z64 Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales

Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

multiplicidad de problemáticas. Se hace visible una tensión entre un análisis más totalizador de las situaciones y el sesgo individual, parcial que proponen los diagnósticos del CIE 10.

Esta situación es expresada por la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social:

“Pero estos códigos a nosotros nos estaban resultandoescasos. (...) Nosotros trabajamos con situaciones muy complejas, atravesadas por varias problemáticas, entonces como que no terminaba de caracterizar el problema... [...] ... muchas de las cosas que nosotros trabajamos no figuraban en estos diagnósticos. Algunos quedaban muy por fuera... y poníamos a lo mejor un diagnóstico muy general.. que vos decís..bueno sí, pero esto (lee) : “problemas relacionados con la limitación de discapacidad”... y vos decís, pero qué de eso para poder desagregar...”(Coordinadora del Departamento de Trabajo Social-Sec. Salud Pública Municipal)

A su vez, en uno de los documentos elaborados por la Coordinación del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública junto a un grupo de trabajadoras sociales, se expresa:

“Coincidimos con la propuesta de registro en salud mental de “las dificultades que los sistemas clasificatorios nos plantean, produciendo fuertes críticas de orden epistemológico, metodológico y ético”, para lo cual privilegiaremos caracterización de problemas a cuadros nosográficos”.

Por otra parte, las trabajadoras sociales entrevistadas, también han hecho referencia a estas dificultades: tanto del carácter acotado de los códigos, de la inexistencia de algunos códigos para describir determinadas situaciones, como de los criterios utilizados por cada una para completarlos.

“con los códigos que nos manejamos por ahora en relación a los diagnósticos, por ahí hay cosas que quedan acotadas...” (Gianina-Trabajadora Social -Centro de Salud N°1)

“(...)como que está todo relacionado.. es muy difícil poder... por lo menos a mí me costó mucho (...). En realidad es un ejercicio de uno ... vos decís bueno, no sé qué pondrán otros compañeros [...] eso ahí queda como una pregunta en relación a eso ...” (Gianina-Trabajadora Social -Centro de Salud N°1)

Una de ellas refiriéndose a la herramienta del registro de atención diaria plantea el carácter parcial y acotado, como también las dificultades para establecer un diagnóstico referido a situaciones por ejemplo, de salud mental.

“ pero también entiendo que es totalmente parcial y acotada.. no tiene la dimensión... que al menos uno entiende que tienen las problemáticas en esto, cuando uno agarra la situación tal y le ponés..tres o cuatro .. un par de diagnósticos.. (...) que

se yo por ejemplo yo lo que no.. crisis subjetiva no aparece en ningún lado para nosotras y yo vivo...vivo acompañando situaciones de crisis subjetiva, pero la crisis subjetiva para el trabajo social no existe...” (María-Trabajadora Social- Centro de Salud N°3)

Una de las trabajadoras sociales, por otro lado, resalta las limitaciones del sistema para salir de las prácticas individualizadas, comentando que por ejemplo no se pueden cargar reuniones de miembros del equipo con instituciones del barrio para abordar problemáticas que afectan a todo el territorio.

“Claro entonces, por más que trabajemos saneamiento ambiental.. con las escuelas, las vecinales y demás.. esas dos horas, o tres horas que te llevó la reunión no las podés volcar.. Y no podés demostrar en qué está trabajando el equipo ... [...] no podés dejar plasmado que el equipo está preocupado por la cuestión de saneamiento ambiental o que el equipo está preocupado por la violencia entre los jóvenes, o que se está trabajando por la cuestión de la alimentación por ejemplo.. [...] Entonces si trabajamos la situación de algún chico, de alguna madre ..o una familia bárbaro... Pero si trabajamos la cuestión de los comedores, la cobertura de los comedores, la accesibilidad de los comedores y demás... que es un tema que estuvimos trabajando el año pasado.. no lo podemos volcar. No sale reflejado más allá del tiempo dedicado a esto la preocupación por la problemática del territorio (...). (Marta, Trabajadora Social -Centro de Salud N°2)

Por otra parte, más allá de las limitaciones, a lo largo de las entrevistas, las trabajadoras sociales ponderaron la necesidad de expresar (aunque sea cuantitativamente y de manera acotada o esquemática) la situación en la que vive la población con la que trabajan cotidianamente o aproximarse a un diagnóstico general de la misma.

“Para mí lo positivo de la planilla primero es que te permite...si buscás los... o sea si sabés buscar los informes y demás.. te permite un diagnóstico copado para pensar algunas cosas en relación a la población que estamos teniendo ...Eso para mí es fundamental..” (Gianina, Trabajadora Social- Centro de Salud N°1)

“(...)Pero bueno por el otro lado también desde información, tenemos esto ... y esto sólo da mucha información depende lo que nosotros le preguntemos. Si nosotros le preguntamos qué tipo de problemas tiene la población porque así digamos, bueno, vamos pensando y anticipándonos, digamos, a generar dispositivos, discutir sobre, digamos, la irrupción de nuevos problemas, y demás, es, digamos un material a utilizar” (Coordinadora del Dto. de Trabajo Social- Sec.Salud Pública Municipal).

A su vez, una de las trabajadoras sociales describe el trabajo que realizan a través de las planillas con el equipo del Centro de Salud. A través del sistema informático pueden identificar el crecimiento de la población y las principales demandas.

“también nos interesaba saber, además de la cantidad de pacientes que se atienden nos interesaba saber qué cantidad de pacientes nuevos había, porque eso hablaba del crecimiento de la población ... (...) Ese número es .. son los pacientes atendidos en ese período... son los pacientes atendidos y o las consultas.. realizadas en ese período.. Entonces de esa consulta y de esos pacientes interesaba saber qué era lo nuevo .. (...) Después empezamos a analizar .. el tema de las mayores demandas.. cuáles eran las cinco mayores demandas que llegaban, si tenían que ver con lo estacional o no (...) desmitificábamos mucha de estas cuestiones (...). En Trabajo Social yo cuando ingreso a mi me interesa saber qué es lo que gente presenta, osea viene con qué demanda ..(...)” (Marta, Trabajadora Social- Centro de Salud N°2)

Por otro lado se resalta la importancia de mostrar el trabajo que realizan las/os trabajadoras/es sociales en la Salud Pública, en el marco de un posible cambio de gestión de gobierno el próximo año.

“(...) como se viene la mano... que no sabemos lo que va a pasar el año que viene.. con respecto a los recortes, digamos, me parece que es importante mostrar lo que estamos ... lo que nosotros hacemos, digamos... en territorio...digamos que quede reflejado de alguna manera... pero bueno como que al sistema también hay que adaptarlo bastante... (...)Pero bueno me parece que es importante que se sepa lo que se hizo.. Más allá de la atención cuando el paciente o la persona esté sentada delante tuyo...” (Gianina, Trabajadora Social- Centro de Salud N°1)

3. Aproximaciones a las manifestaciones de la cuestión social en los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud.

En el último Informe de Trabajo Social realizado a partir de los Registros de Atención Diaria del año 2017, aparecen ponderados los siguientes códigos de diagnóstico o problemáticas: en primer lugar problemas relacionados con bajos ingresos/sin ingresos (con el 21,55%), en segundo lugar los problemas relacionados con vivienda inadecuada (17,07%) y en tercer lugar problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar (16,95%). A través de las entrevistas que realizamos a trabajadoras sociales en este campo, buscamos indagar cómo se expresan estas problemáticas y cómo las definen y caracterizan.

En primer lugar, cabe resaltar que las tres entrevistadas coincidieron en la ponderación de estas problemáticas, y resaltaron su carácter contextual o estructural en los territorios en donde se encuentran anclados los Centros de Salud: las problemáticas referidas de modo

general a las condiciones materiales de vida y de modo particular las cuestiones referidas a recursos insuficientes para la subsistencia cotidiana y de bajos ingresos o referidos a condiciones de hábitat degradadas, afectan a la mayor parte de la población de los “barrios populares”.

“Problema de ingresos o sin ingresos yo creo que es en la mayoría de la población que consulta y particularmente lo que observo yo en esta zona o acá en lo que me corresponde sería el área de referencia del Centro de Salud, los problemas de vivienda inadecuada son muchos.. muchos... te diría que la mayoría de la gente viene con temas de... en relación a la vivienda ...problemáticas de vivienda inadecuada...”
(Gianina - Trabajadora Social- Centro de Salud N° 1)

En este sentido, una de las características que asume la problemática de bajos ingresos o sin ingresos, es no ser expresada como demandas explícitas o directas, sino siempre ligada a otras cuestiones desde la accesibilidad a un tratamiento de salud, como en relación al acceso a programas sociales de alimentación.

“Digamos, si bien aparece en alguna demanda, para mí es la menos que son así como más directas... Sí aparecen relacionadas cuando vienen a plantear el tema de la Tarjeta de Ciudadanía¹¹ porque no tienen algún tipo de ingreso, entonces necesitan la TUC... O con el subsidio de alguna.... Osea como que viene relacionado con la demanda de otra cosa, por ejemplo el subsidio para las compra de lentes, para compra de plantillas, para algún elemento que se necesita y sí te lo plantean como .. bueno, no hay laburo en casa, no hay nadie que trabaja.. osea hacen changas o lo único que cobran es la asignación.. pocas personas, por lo menos acá, han venido directamente a plantearme no tengo ingresos , no se que hacer o... digamos, como que la ...no se si la mayoría ya está como, como que es parte de su vida esto de... de no verlo como una... como algo para plantear. (...)Bueno .. pocas veces algo en relación a con... bueno si sabés de algún curso o algo... algún trabajo, o algo en relación a eso... Pero siempre como más en relaciona otras cosas ...Viene de la mano...” Gianina -Trabajadora Social-Centro de Salud N° 1

Las expresiones “es parte de su vida” o “no lo ven como algo a plantear” nos permiten identificar una cierta naturalización de la población respecto a la problemática y su descreimiento de resolverla vía la inserción en el trabajo. Esta cuestión está relacionada con lo que anteriormente caracterizamos como “rigidización de la estructura social”: en la estructura social de nuestro país, las perspectivas de movilidad social por medio del trabajo no son vistas como una posibilidad en estas poblaciones.

¹¹ La Tarjeta Única de Ciudadanía (T.U.C.) es un programa social perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe. Surgió en reemplazo de tickets y cajas con alimentos, consiste en una ayuda social directa que permite acceder a la compra de alimentos en comercios adheridos. (Fuente: Sitio Web Oficial del Gobierno de Santa Fe).

A su vez, la problemática en relación a la seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar, se encuentra íntimamente relacionada a la problemáticas de los bajos ingresos, ya que generalmente tienen que ver con el asesoramiento para el acceso a Pensiones No Contributivas, como al acceso a prestaciones sociales que derivan de ellas.

“los problemas relacionados con la seguridad social y el sostenimiento a veces tienen que ver con asesorías digamos..para pensión... osea como que es bastante amplio.. entonces por ahí va todo como un cúmulo de cosas ahí..” (Gianina - Trabajadora Social-Centro de Salud N° 1)

“(...)dificultades para el acceso a la políticas social, seguridad social.. en ese uno engloba 10 millones de cosas: el Certificado de Discapacidad, la Pensión, qué se yo prestaciones que necesite la persona la cual tiene Certificado de Discapacidad.. engloba muchísimo..” Marta - Centro de Salud N°2.

Sin embargo, pese a la ponderación de estas tres principales problemáticas, una de las trabajadoras sociales va más allá y plantea estas cuestiones presentes en el territorio como “un piso”, sobre el que emergen después otras problemáticas más complejas:

“Te podría decir si yo miro San Martín Sur.. todos van a tener problemas de vivienda, problemas de ingreso, vinculados a la seguridad social y problemas alimentarios.. Todo. Bueno ya esta a partir de ese piso ¿qué sigue?.. [...]Es un contexto en el cual estas personas sobreviven su vida cotidiana y a su vez en algunos casos se agregan otras cuestiones.. yo eso lo pondría como un piso..” (María-Trabajadora Social- Centro de Salud N° 3).

En este sentido, a lo largo de las entrevistas, las trabajadoras sociales mostraron una marcada preocupación en relación a problemáticas que no se mostraban en el informe como las mayormente rankeadas, o que directamente no existen “diagnósticos” del CIE 10 para describir tales situaciones.

Se refirieron a situaciones de padecimiento o de crisis subjetivas, al abordaje sobre la salud mental en donde incluyeron situaciones de adicciones y consumo de drogas, al reclutamiento de jóvenes en economías delictivas, y al incremento de suicidios. Refirieron a cuestiones de salud como el acompañamiento en la interrupción legal del embarazo. Adujeron también a cuestiones en relación a la violencia en sentido amplio, pero fuertemente atravesada por la violencia de género en donde se mencionaron cuestiones como el abandono, abuso, el maltrato y hasta violaciones en donde las principales víctimas son mujeres y niños/as, cuestiones referidas a los conflictos y violencia intrafamiliar, como también problemas referidos a la prostitución ligada al consumo de drogas. Recuperamos a continuación algunos

fragmentos de las entrevistas en donde las trabajadoras sociales hacen alusión a estas cuestiones.

“Nosotros tenemos violencia de género...bastante... y después lo que falta que es lo que yo trabajo bastante es salud mental que en los códigos no aparece...” (Gianina-Trabajadora Social-Centro de Salud N° 1).

“(...)el tiempo de la infancia no tiene retorno...Entonces ahí yo, para mí ese es uno de los puntos más complicados en el tema de la intervención en infancias, porque sí la casa se te puede llover, todos naturalizamos desde el primero que naturaliza es el Estado de que pueden vivir en el medio del barro y todo eso, ahora de la violencia y del abuso sexual no se vuelve, o sea, es algo que te va a marcar el resto de tu vida y nosotros tenemos que hacer algo con eso, pero parece que no, no sé..” (María-Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

“(...)crisis subjetiva no aparece en ningún lado para nosotras y yo vivo...vivo acompañando situaciones de crisis subjetiva, pero la crisis subjetiva para el trabajo social no existe...” (María- Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

“Después lo que viene mucho es la problemática intrafamiliar... Esa es otra... Problemas entre los padres y los hijos.. De convivencia intergeneracional ... Digamos entre los abuelos y los nietos ... Muchas situaciones .. no sólo de violencia física..No sé incluso hasta de violencia... verbal, psicológica ... También hay violencia física, pero ... por ahí más solapado... que también aparece... Y después bueno también el tema del consumo... Muchos preocupados por las situaciones delictivas.. por las situaciones de consumo... [...] Y... no ya en el año pasado, sino en estos cuatro meses a nosotros nos está alarmando .. la cantidad de suicidios que hemos tenido, de intentos de suicidio.. Violaciones y abusos...” (Marta-Trabajadora Social-Centro de Salud N° 2)

“Hay algunas otras cuestiones, por ejemplo, que a nosotros nos llama la atención que tengamos muchos casos como son ILE (Interrupción Legal del Embarazo)” (Marta-Trabajadora Social-Centro de Salud N° 2).

Como plantea Margarita Rozas (2001), la particularidad que adquiere la cuestión social en la contemporaneidad refiere a necesidades que no se reducen a la dimensión material de subsistencia sino también a “*las marcas más significativas de la degradación de la condición humana*”, se trata de daños y marcas sobre las trayectorias de los sujetos que señalan una fractura social irreversible. Procesos como la vulnerabilidad social, la marginación, la desocupación y la precarización en el trabajo que forman parte de la

estructura social argentina han conducido a la desafiliación, la frustración, la desesperanza y la desintegración social (Rozas, 2001:224).

Hoy en día, las manifestaciones de la cuestión social se expresan como “demandas de intervención en la complejidad”, con esa categoría Ana Gomez (2013) hace referencia a:

“problemas de la pobreza que no se resuelven inmediatamente por la vía de la distribución de ingresos, situaciones de padecimiento subjetivo, relacionado con el deterioro de ciertos vínculos familiares, comunitarios y sociales, interpelando los dispositivos de atención provistos por la política social de los últimos años, que parecieran no alcanzar para la resolución de estas cuestiones” (pp.33).

Se trata de situaciones “*que expresan el nivel de daño que la injusticia social ha hecho en ciertas biografías*” (pp.42)

En la misma línea Alfredo Carballeda (2008), explica que en el contexto actual la cuestión social adquiere nuevas expresiones, caracterizadas por la complejidad tanto en aspectos objetivos como subjetivos. Emergen en este escenario “problemáticas sociales complejas”, producto de una sociedad marcada por la crisis de los espacios de socialización (fundamentalmente el trabajo), el disciplinamiento y subsunción de la sociedad a la violencia del mercado, las formas de sobrevivir y la puja por pertenecer a un “todo social”, la fragmentación social, incertidumbre y el desencanto predominantes. Estas problemáticas son “*producto de diferentes procesos de estigmatización, de marcas que se expresan en los cuerpos se inscriben en la memoria, dando cuenta de nuevas formas de padecimiento, y son también producto de la tensión integración-desintegración de las sociedades actuales*” (pp.36). Estas problemáticas interpelan a las instituciones y a sus dispositivos típicos de intervención.

4. Sobre la “Miseria Solvente” en los Procesos de Trabajo en Atención Primaria en Salud.

Retomamos para este apartado a Saúl Karsz (2007), quien entiende en relación la materia prima del Trabajo Social, los/as trabajadores/as sociales juegan un papel activo en su tratamiento, moldeándola, privilegiando ciertos aspectos de una problemática. Por otro lado, Karsz asegura que el Trabajo Social se encarga de la “miseria solvente”, al poder dar respuesta sólo a aquellas problemáticas para las cuales existen instituciones estructuradas para tal fin.

En este sentido, nos preguntamos ¿qué aspectos privilegian las trabajadoras sociales de su materia prima? ¿qué problemáticas pueden volverse “solventes” en los Centros de Salud?.

A lo largo de las entrevistas, una categoría se tornó central para definir este aspecto relacionado con la “misericordia solvente”. Se trata de los “procesos de salud”, volviéndose solvente todo aquello referido a “procesos de salud”.

María, Trabajadora Social del Centro de Salud N° 3, expresa que son múltiples las demandas que llegan a esta institución y que no siempre las mismas tienen que ver con “procesos de atención en salud”.

“...pero como institución público estatal llega de todo... de lo que te puedas imaginar, desde tumbar un árbol, del zanjeo... de todo... y no cuestiones vinculadas al proceso de atención en salud...osea todo una discusión que nosotros venimos teniendo como colectivo, y como nosotros somos los únicos trabajadores sociales que estamos anclados en territorio de lunes a viernes determinada cantidad de horas, sí o sí con regularidad es .. llega...cuestiones que no tienen que ver con el proceso de salud.. digamos, con un proyecto terapéutico en el marco de un proceso de atención en salud pero como la salud es amplia.....” (María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

Por otro lado, Gianina, Trabajadora Social del Centro de Salud N°1, hizo referencia específicamente al abordaje de situaciones de vivienda inadecuada, en las que remarcó que en el marco del Programa de Emergencia Habitacional del Servicio Público de la Vivienda y el Hábitat, sólo ingresan aquellas situaciones “graves de salud” o en las que las condiciones habitacionales representan un impedimento para un determinado tratamiento de salud.

“Mirá... el tema de vivienda que es uno de los puntos .. generalmente vienen directamente a consultar a Trabajo Social (...) son pocas las situaciones...generalmente las situaciones en las que nosotros podemos dar algún tipo de respuesta. Llegan a través de, digamos, de un trabajo con los médicos, en relación a la imposibilidad de sostener algún tratamiento por cuestiones habitacionales y demás ..que son las que realmente nosotros podemos tener algún tipo de respuesta” (Gianina - Trabajadora Social- Centro de Salud N° 1).

En ésta última nos acercamos a un concepto de “proceso de salud” de la política pública, en la que sólo se da respuesta frente a la persistencia de una enfermedad, es decir, pareciera que la salud fuese entendida desde el modelo médico hegemónico como ausencia de enfermedad.

Esta noción se contradice con la de “salud integral” que se presenta en las líneas directrices de la política municipal de salud, en donde se plantea una relación intrínseca entre

salud y condiciones de vida (ambientales, laborales, sociales, culturales). Así es presentado en el actual sitio web oficial de la Municipalidad de Rosario:

“Salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales”.

Esta cuestión lleva a las trabajadoras sociales a una permanente tensión en la que deben delimitar lo que se corresponde con “procesos de salud” y lo que no, siendo esta cuestión ambigua y contradictoria.

“ (...) y a veces no son problemáticas que tienen que ver con .. con cuestiones puntuales de salud, que también es como contradictorio, porque uno piensa a la salud de manera amplia integral.. entonces es muy difícil para nosotros también, ponernos como el límite, hasta dónde...que eso cuesta.. como un ejercicio cotidiano ... de no acotar la escucha, en relación a algunas cosas pero tampoco abrirla porque no vamos a tener muchas posibilidades de poder abordarlas” (Gianina-Trabajadora Social-Centro de Salud N°1)

En este sentido, María, remarca que muchas veces los criterios con respecto a qué tiene que ver con un proceso de salud y qué no recae en ella, sabiendo que si no se aborda desde el Centro de salud los/as usuarios/as no pueden solucionar su problemática de otra manera. Haciendo referencia a la gestión de la Tarjeta Única de Ciudadanía plantea:

“por qué yo como Trabajadora Social tengo que estar inventando un concepto para que vos puedas entrar dentro de una tarjeta que además no te va a cambiar la vida, y que además no tiene que ver con la cuestión de un proceso de atención en salud... hay momentos en que sí y momentos en que no...Ahora si yo pienso, que esta persona no coma ¿va a afectar su salud?, por supuesto, ahora ¿eso tiene que ver con el centro de salud y con mis prácticas en el marco de un proceso de atención en salud?, o sea .. no solamente sería...” (María Trabajadora Social- Centro de Salud N° 3)

Las trabajadoras sociales entrevistadas expresan que muchas veces son las demás instituciones (particularmente el Servicios Público de la Vivienda Y Hábitat de la Municipalidad o el Área de Seguridad Alimentaria de la Provincia en donde se gestionan las Tarjetas de Ciudadanía o los Distritos Municipales), las que “derivan” a las personas a los Centros de Salud presionando a las trabajadoras sociales de estos últimos para que den respuesta, y a la vez imponiendo la exigencia de que se ingresen situaciones relacionadas a un “proceso de salud” (en el sentido biologicista que marcábamos párrafos más arriba) .

“desde el SPV si plantean algo... como que vaya al centro de salud ... como que bueno, que lo plantee... y a veces no son problemáticas que tienen que ver con ..

con cuestiones puntuales de salud (...)” (Gianina, Trabajadora Social- Centro de Salud N° 1)

“Dáme la potestad de las TUC y te hago un encastre, me entendés?, pero no sucede eso, lo que sucede es “bueno, pero tenés que hacer tarjetas de ciudadanía para todos pero no se la hagás para todos tenés que fijarte vos con tu criterio si deberían tener o no tener..” Y ¿(...) qué diferencia que yo lo mire .. son todos pobres!” (María Trabajadora Social- Centro de Salud N° 3)

Frente a esta problemática, María, remarca la importancia de establecer criterios comunes entre colegas. Por otro lado, entiende que se trata de una discusión en términos de políticas públicas, específicamente a los criterios referidos a lo “socio-asistencial”. En este sentido, para que la salud integral sea un hecho, no basta con que exista un Centro de Salud emplazado en un barrio popular, sino que el Estado garantice una presencia intersectorial en el territorio.

“[...]hay determinadas cuestiones para garantizar vamos a decir la salud en un concepto ampliado.. esto.. la vivienda, la educación.. todo hace a la salud. Ahora ¿eso tiene que ver con un trabajador social de un centro de salud?. No. [...]Lo tiene que ver el Estado a eso.. entonces el Estado y sus políticas sociales son los que tienen que responder por el concepto ampliado de salud, no un trabajador social (...) anclado en un barrio que hace lo que puede con dos chapas..”(María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

“[...]hay cuestiones que tienen que ver con las decisiones políticas acerca de cómo pensamos lo socio-asistencial[...] y si yo digo bueno, no, paremos un poco, yo hasta acá intervengo y hasta acá no, empiecen a hacerse cargo ustedes... “ah no, pero todo es salud, el concepto amplio de salud, ¡qué mala trabajadora social que sos, no sos comprometida!...Y en ese punto, cuando las discusiones son más estructurales, más de política social para mí es prioritario organizarse con otras colegas [...]si fuera tan clara la discusión que solamente intervenimos en los procesos de atención en salud, pero no lo es .. nos encontramos con otras cosas, esto: nosotros somos la única institución estatal emplazada acá... va a ser imposible que no lleguen otras cosas, ahora qué hacemos con eso?, cómo acordamos que el Distrito, el anclaje de Distrito Sur tome todo lo que es TUC de la gente que viene así viste tipo... “vengo a pedir una TUC” y yo ni la conozco, o la conozco pero no estoy laburando , no se logra así yo sola, se logra colectivamente...”(María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

Al respecto, Melisa Campana (2012), nos brinda algunas claves que nos permiten reflexionar en torno a los procesos de salud y a las políticas asistenciales. Realizó un estudio

respecto a la política de la Atención Primaria en Salud en la Ciudad de Rosario en donde identifica un proceso de “re-asistencialización” de la salud y, paralelamente, una “medicalización” de la asistencia. Lo sintetiza de la siguiente manera.

“la salud pública desempeñó, durante la última década, una función asistencial que la erigió en modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza, como gestión diferencial respecto a determinadas poblaciones construidas como pobres. La evidencia empírica muestra que la Atención Primaria de la Salud operó como vía principal de territorialización, soportándose en las nociones de descentralización y participación social, identificando y delimitando sectores poblacionales que requerían atención específica, todo lo cual produjo una tendencia al tratamiento localizado de los problemas. Al mismo tiempo, se desarrolla una tendencia a la medicalización de la asistencia, que puede observarse a través de las prácticas ancladas en las nociones de prevención, promoción e integralidad de la salud” (pp.2).

En el contexto neoliberal, se produjo un fenómeno de “asistencialización de la política social”, en donde:

“las modalidades de gobierno de la pobreza se dirigen a su gestión territorializada; gestión que supone la construcción de un administrable, o sea, reducir la realidad de un problema a las condiciones de su gestión en un marco técnico, para lo cual confluye todo un conjunto de tecnologías de medición, armado de perfiles poblacionales, demarcación geográfica, tipificación de atributos, etcétera” (Campana, 2012: 266)

En el caso de la salud pública, lo que se produce en realidad es una profundización de su función asistencial, una “re-asistencialización”. Según Campana (2010), en el caso rosarino, la Atención Primaria en Salud, muestra la radicalización de la función asistencial y su constitución como modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza, identificando y delimitando poblaciones que requerían una atención específica por sus dificultades en el acceso a servicios públicos. En este sentido, la Atención Primaria en Salud operó como vía principal de territorialización, anclando centros de salud en los barrios más pobres, produciendo un tratamiento localizado de los problemas.

Por otro lado, la tendencia a la “medicalización de la asistencia”, es reforzada con las nociones de prevención y promoción de la salud como por el concepto de salud integral. La mirada detallada, cercana y cotidiana de la salud pública permite delimitar zonas y factores de riesgo, como también así perfiles poblacionales epidemiológicos. A su vez, la noción de integralidad es tan amplia que da lugar a la intervención a todos los planos de la vida de las personas:

“La propia noción de integralidad es de una amplitud tal que habilita intervenciones en todos los niveles de la vida cotidiana de las personas, desde programas de alimentación y planificación familiar, hasta la sugerencia de normas de higiene y pautas de relacionamiento entre padres e hijos, pasando por la certificación de discapacidades y la posibilidad de acceso a beneficios asistenciales” (Campana, 2012: 268)

En este sentido Campana (2010) se pregunta *“qué significa la atención “integral”, una concepción de la salud y de los sujetos que trasciende lo estrictamente biológico, o una licencia para la intervención ilimitada sobre la vida de las personas”*.

A su vez, señala que en los dispositivos asistenciales, predominan prácticas de “clasificación” entre “pobres válidos” y pobres “no válidos” con atributos diferenciados para acceder a prestaciones.

Por último, Campana (2010) concluye en que la lógica asistencial permea a la salud pública y que el discurso médico tiene un rol central al moldear en gran parte las categorías y las técnicas con las que el Estado busca dar respuesta al problema de la pobreza.

El análisis de Melisa Campana nos permite aproximarnos a comprender o explicar las inquietudes de las trabajadoras sociales entrevistadas, tanto en relación a la multiplicidad de problemáticas que abordan en Centros de salud (instituciones privilegiadas en los territorios para hacerlo), como respecto a aquellos interrogantes que tienen que ver con la compleja relación entre salud y asistencia, y las contradicciones que se presentan a la hora de establecer criterios para acceder a la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

-ARCIDIÁCONO, P. “Políticas sociales y bienestar en Argentina 2002-2009: Entre el trabajo asalariado y los programas sociales”, en *Revista SAAP*, 2012, vol. 6, no 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>

-ARIAS, A. J. . *Pobreza y modelos de intervención: aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2012.

-ALONSO, G., & DI COSTA, V. “Cambios y continuidades en la política social argentina (2003-2010)” en *GIGAPP Estudios Working Papers*, Año, 2012, N° 11, pp. 1-23.

-ALONSO, G. V. & DI COSTA, V., “Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina (2003-2011)”, en *Revista Estudios sociológicos*, 2015, vol. 33, no 97, pP. 31-62. Disponible en <http://www.scielo.org.mx>

-AUYERO, J. y BERTI, M.F. *La violencia en los márgenes*, Buenos Aires, Katz Editores, 2013.

-CARBALLEDA, A. J. M., *Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*, Buenos Aires, Paidós, 2008.

-CAMPANA, M. *Medicalizar la asistencia, asistencializar la salud*, Rosario, Prohistoria Ediciones; 2012.

-CAMPANA, M., & GARMA, M. E. “Los Caminos Conceptuales para dar Cuenta del «Sobre Qué» en la Formación Profesional de Trabajador@s Sociales en la UNR”, en *Catedra Paralela*, 2005, N°3, Rosario, UNR, pág.5-18.

-CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y SOCIALES SCALABRINI ORTIZ, Situación del mercado de viviendas en Rosario. Informe especial, Julio de 2015. Disponible en: <http://www.ceso.com.ar/situacion-del-mercado-viviendas-rosario-santa-fe>

-CLUB DE INVESTIGACIONES URBANAS, “Entre el boom y el bang, Rosario arde”, en enREDando 17 de Septiembre de 2013. Disponible en <http://www.enredando.org.ar/2013/09/17/club-de-investigaciones-urbanas/>

-CLUB DE INVESTIGACIONES URBANAS, *Rosario Arde, a pura adrenalina arde*, Rosario, 2013. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/143237584/Club-de-Investigaciones-Urbanas-Rosario-Arde-A-Pura-Adrenalina-Arde>. Ultima visita: 24/08/2017.

-CLEMENTE, A., “La pobreza persistente como un fenómeno situado. Notas para su abordaje”, en *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, Año 2016, pp. 13-27.

-CORTÉS, R. & KESSLER, G., Miradas sobre la cuestión social en la Argentina democrática (1983-2013), en *Cuestiones de Sociología*, 2013, n° 9. Disponible en:

<http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar>

-CRAVINO, M.C., “El barrio concebido como comunidad. reflexiones acerca de algunos supuestos presentes en la focalización territorial de políticas asistenciales”, en *Cuaderno Urbano* N° 4, UNNE, Resistencia, 2004.

-DILORETTO, M. G, “Algunas consideraciones sobre la actual estructura social Argentina: pobreza y precarización de condiciones de vida en la nueva configuración social”, en *Revista Cátedra Paralela*, 2009, N° 6, UNR, pp 109-120 .

-DILORETTO, M. & LAROCCA, D. “Desigualdad educativa y territorios de relegación. Un nuevo escenario para un viejo dilema”, en TESTA, C. (comp.), *Trabajo Social y territorio. Reflexiones sobre lo público y las instituciones*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2013, pp. 75-91.

-DULCICH, R. “Capitalismo Contemporáneo y Barbarie en America Latina: Notas sobre los dilemas del proyecto profesional crítico” en MALLARDI, M. MADRID, L. y ROSSI, A. (COMP.) *Cuestión social, vida cotidiana debates en trabajo social tensiones, luchas y conflictos contemporáneos*, Buenos Aires, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires , 2011 , pp . 15-34.

-FÉLIZ, Mariano. “Argentina, de la crisis neoliberal a la crisis del neodesarrollo, de Kirchner a Macri. Hipótesis sobre el tiempo que nos toca”, en FÉLIZ, M y PINASSI, M. (comp.) *La farsa neodesarrollista y las alternativas populares en América Latina y el Caribe*, Buenos Aires, Herramienta, 2017, pp.41-70. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.561/pm.561.pdf>

-FÉLIZ, M. “El neodesarrollismo en Argentina frente a sus límites:¿ De la consolidación a su intensificación?”, en *Anuario EDI*, Año 2013, Ediciones Luxemburg, ;pp. 55-65. Disponible en : <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

-FÉLIZ, M. “Capitalismo posneoliberal y buenvivir en Argentina.¿ Cómo salir de la trampa neodesarrollista?”. Año 2'13. Disponible en <http://www.herramienta.com.ar>

-FÉLIZ, M. “¿Neo-desarrollismo: más allá del neo-liberalismo? Desarrollo y crisis capitalista en Argentina desde los 90”, en *Revista Theomai*, 2011, n° 23, pp. 76-86. Disponible en : <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

-GONZÁLEZ, P. “Los asentamientos populares en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Emergencia y reproducción del territorio en los procesos neoliberales de construcción de ciudad (1980-2010)”, en Revista. *Geograficando*, 2010, vol. 6, no 6. pp. 147-164. Disponible en: <https://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar>

-GÓMEZ, A. “¿Nuevos problemas o respuestas viejas?”, en TESTA, C. (comp.), *Trabajo Social y territorio. Refleiones sobre lo público y las instituciones*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2013, pp. 33-50.

-HERMIDA, M. E. & MESCHINI, P. “Notas sobre la nueva institucionalidad del ciclo de gobierno kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales”, en *Revista Cátedra Paralela*, 2016, n° 13, UNR, pp. 36-58.

-IAMAMOTO, M. *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. 2ª edición, Sao Paulo, Cortez Editora, 2003.

-KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social. Definiciones, figuras, clínica*, Barcelona, Editorial Gedisa, 2007.

-LACARRIEU, M. B., GIROLA, M. F., THOMASZ, A. G., YACOVINO, M. P., LEKERMAN, V., & CROVARA, M. E. “Procesos de recualificación y relegación en la ciudad de Buenos Aires: Repensando la noción de ciudad-fragmento y la despolitización de lo urbano”, en *Argumentos*, 2011, vol. 24, n° 26, México DF, pp.15-35. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-57952011000200002&script=sci_arttext&tlng=en. Ultima visita: 24/08/2017.

-LÓPEZ, E., *Los años post-neoliberales. De la crisis a la consolidación de un nuevo modelo de desarrollo*, Buenos Aires, Editorial Miño y Dávila, 2015.

-MERKLEN, Denis, *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática. (Argentina 1983- 2003)*, Buenos Aires, Ed. Gorla, 2005.

-MOLEDDA, M.P., *La “cuestion social” en el Trabajo Social Argentino*, La Plata, *Dynamis*, 2015.

-MURILLO, S. “La nueva cuestión social y el arte neoliberal de gobierno”, en Revista *Cátedra Paralela*, 2011, n° 8, Rosario, UNR, pp. 9-32.

NETTO, J.P., *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*, Sao Paulo, Cortez Editora, 1992

-PARRA, G., *El objeto y el Trabajo Social. Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en Trabajo Social*, 1999. Disponible en: <http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000419.pdf> . Ultima visita: 24/08/2017.

-PAURA, V. & ZIBECCHI, C., “Políticas sociales y territorio: lógicas institucionales y lógicas de los actores. abordajes, hipótesis y debates vigentes”, en *Ponencia en XXIX Congreso ALAS: “Crisis y emergencia sociales en América Latina”*, Santiago de Chile, 2013

-PIERANTONI, R. “La emergencia de “territorios de violencia”: las transformaciones en la zona sur de Rosario desde una perspectiva territorial”, en *Revista Cátedra Paralela*, 2015, N° 12, Rosario, UNR, pp. 217-242.

-ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

-SOLDANO, D. *Vivir en territorios desmembrados : un estudio sobre la fragmentación socio-espacial y las políticas sociales en el área metropolitana de Buenos Aires (1990-2005)*, en ZICCARDI, A. (COMP.) , *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social: los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI*, Bogotá, 2008, CLACSO, Editorial, Siglo del Hombre, pp. 37-69.

-SEGATO, R.L.. *La guerra contra las mujeres*, Buenos Aires, Ed. Traficantes de Sueños, 2016

-SVAMPA, M. *Argentina, una década después: Del «que se vayan todos» a la exacerbación de lo nacional-popular*, en *Revista Nueva Sociedad*, 201, pp. 17-34. Disponible en: <http://http://nuso.org>

-SVAMPA, M. & VIALE, E. *Maldesarrollo: La Argentina del extractivismo y el despojo*, Buenos Aires, Katz editores, 2015

_____ “Entrevista a Margarita Rozas Pagaza”, en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp.141-156.

_____ Entrevista a Rita Segato por Verónica Gago: La pedagogía de la Crueldad. *Diario Pagina 12*, Suplemento Las 12 , Año 2015. Disponible en : <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-9737-2015-05-29.html>

Sitios Web Consultados:

Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/>

Boletín EnREDando: <https://www.enredando.org.ar/>

Diario Página 12: <https://www.pagina12.com.ar/>

Municipalidad de Rosario: <http://www.rosario.gov.ar/web/>

Gobierno de Santa Fe: <https://www.santafe.gov.ar/>

CAPÍTULO III: CÓMO

PRIMERA PARTE: APROXIMACIONES CONCEPTUALES RESPECTO AL CÓMO DEL TRABAJO SOCIAL.

1. Introducción.

Según Margarita Rozas (2001), interrogarnos por el cómo refiere de alguna forma a los procedimientos metodológicos, lo cual no puede escindirse de la perspectiva teórica que fundamenta el campo.

Por otra parte, incorporamos la mirada de Marilda Iamamoto (2003), quien entre los componentes del proceso de trabajo que nos permiten reflexionar en torno al cómo de nuestra profesión plantea a los medios de trabajo y a la propia actividad.

Respecto a los medios de trabajo identifica no sólo a aquellos instrumentos o mero conjunto de técnicas, sino que incorpora también al conocimiento como medio de trabajo, planteándolo de la siguiente manera:

“Las bases teórico-metodológicas son recursos esenciales que el Asistente Social acciona para ejercer su trabajo: contribuyen para iluminar la lectura de la realidad e imprimir rumbos a la acción, al mismo tiempo que la moldean. Así, el conocimiento no es sólo un barniz que se sobrepone superficialmente a la práctica profesional y que puede ser desechado; por el contrario, es un medio que permite descifrar la realidad y clarificar la conducción del trabajo a realizar. Desde esta perspectiva, el conjunto de conocimientos y habilidades adquirido por el Asistente Social durante su formación son parte del acervo de sus medios de trabajo” (pp. 81)

A su vez, Iamamoto (2003) refiere a la “alienación” de los medios de trabajo en relación a recursos financieros, técnicos y humanos que los/as asistentes sociales no poseen para desarrollar su trabajo. Dependen de recursos provistos por las instituciones que los/as contratan y emplean. La condición de asalariados/as de los trabajadores/as sociales, “molde su inserción socio-institucional en la sociedad” (pp.82).

El otro componente de los procesos de trabajo sobre el que reflexionaremos en este apartado refiere al “trabajo”, en tanto actividad desarrollada por sujetos. La fuerza de trabajo constituye el componente vivo y subjetivo de los procesos de trabajo.

La fuerza de trabajo especializada que poseen los/as asistentes sociales sólo se transforma en trabajo cuando se encuentran las condiciones necesarias para desarrollar su

acción transformadora, por ello es preciso que existan medios y objetos de trabajo . El trabajo es fuerza de trabajo en acción.

Por último, Saúl Karsz (2007), reflexionando en torno a los procesos de trabajo del Trabajo Social, entiende a los medios de trabajo como al “conjunto de herramientas, dispositivos y referencias (manuales e intelectuales) necesarios para intervenir sobre la materia prima” (pp. 58). Deja por fuera la “doctrina de lo vivido” que compete a los dones, la empatía, la intuición; como así también deja por fuera “la doctrina de la habilidad profesional” referida a la aplicación neutral de técnica. Karsz(2007) plantea que los medios de trabajo condicionan la intervención, abren posibilidades y cierran otras, están impregnados de conceptualizaciones, argumentaciones y racionalizaciones, se encuentran connotados teóricamente y cargados ideológicamente. Citando a Bachelard argumenta: “los métodos son teorías puestas en acto, teorías actuadas, dispositivos de visión y/o de ceguera” (pp. 63). Los medios de trabajo no son moldeables a discreción.

Tomando estos aportes teóricos en cuenta, en nuestro proceso de indagación respecto al cómo del trabajo profesional, encontramos varios caminos o ejes de debate. Una primer cuestión refiere a lo que Margarita Rozas(2001) plantea respecto al cómo y su relación con la metodología. Las discusiones en torno a la metodología de la intervención, ha sido una cuestión que ha tenido centralidad en el “Trabajo Social tradicional”, en la búsqueda por su estatuto de científicidad y profesionalidad. En este punto, nos proponemos reflexionar en torno a la centralidad de la teoría a la hora de pensar una metodología, recuperando la propuesta metodológica de Rozas. Por otro lado, nos proponemos indagar la noción de estrategia o de la intervención en tanto estrategia, como alternativa a pensar un “método a priori”.

Más tarde, en relación a los planteos de Saúl Karsz (2007) respecto a los medios de trabajo, nos adentramos en los debates respecto a la llamada “dimensión técnico-instrumental” del Trabajo Social, recuperando diversas formas de concebirla.

Por último retomando la postura de Iamamoto(2003) respecto a la alienación de los medios de trabajo, nos debatimos en torno a la relación entre Trabajo Social y políticas sociales, y a su incidencia en el cómo de nuestro trabajo: ¿condicionante externo? ¿instrumento para nuestra intervención? ¿base legitimadora de nuestra profesión?. En esta clave, recuperamos la noción de Marilda Iamamoto respecto a los “medios de trabajo” y respecto al “trabajo vivo”, que permite pensar el trabajo profesional como parte de un proceso de trabajo que los/as trabajadores/as sociales, en su condición de trabajadores/as asalariados/as, no organizan, ni son de su exclusividad.

2. La Metodología, Una Cuestión Teórica

Como plantea Cazzaniga (2009), la cuestión del método en nuestra profesión ha sido un nudo de debate histórico, desde Mary Richmond a esta parte. La búsqueda de otorgarle un estatuto científico a la profesión a través del establecimiento de un método propio, fueron los pasos previos para arribar al debate en torno a las metodologías y las diversas matrices conceptuales.

En este sentido, Cazzaniga (2009) conceptualizará al método como una mediación basada en un conjunto de supuestos, enmarcados en las diversas corrientes teóricas que atraviesan la disciplina inserta en las Ciencias Sociales. Referirse al método, entonces, “*remite a preguntas teóricas y epistemológicas, a los supuestos que los sustentan (teóricos, ideológicos y éticos). Es, en todo caso, pensar desde qué matriz referencial, o régimen de la mirada, accedo a ese aspecto de la realidad que es necesario indagar y desde el que tengo que actuar*” (2009:1)

Así, es posible comprender que el método no es un concepto unívoco, sino que será entendido de distintas maneras de acuerdo al sistema conceptual que le otorgue sentido.

El método constituye una estrategia para abordar un recorte de lo real desde una mirada teórica-epistemológica, estableciendo la construcción y selección de técnicas o procedimientos acordes.

“Método, se plantea entonces, como esa mediación entre teoría y realidad, que no se define a priori, como dispositivo de axiomas y reglas a seguir, sino y fundamentalmente como construcción”(Cazzaniga, 2009:2)

Según Arias, Arbuatti y Otras (2013), Margarita Rozas ha realizado una de las propuestas metodológicas más relevantes de los últimos tiempos. Concibiendo a la metodología como:

“una estrategia flexible, que articula la acción específica del trabajador social con el contexto y que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas que se establecen para la intervención profesional. La metodología junto con la teoría posibilita develar la complejidad de la “cuestión social”, traducida en el campo problemático de intervención”. (Arias, Arbuatti y otras, 2013: 44).

Se trata de un conjunto de procedimientos facilitadores y no de etapas cerradas, permiten delinear dónde empieza y dónde termina el trabajo (Garello y Ponzone, 2013: 132). En este sentido Rozas, busca alejarse de posturas etapistas y lineales, definiendo al proceso

metodológico como la secuencia de tres momentos: inserción (proceso de articulación con la trama social que tiene por objeto indagar), diagnóstico y planificación en los cuales se pueden combinar abordajes de carácter individual-familiar, grupal-comunitario, como así también diferentes técnicas (Arias, Arbuatti y otras, 2013) (Rozas, 2013).

Para Rozas (2001), la intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y dichas manifestaciones son las coordenadas¹² que estructuran el campo problemático. La intervención profesional se piensa como campo problemático, el mismo se constituye en el escenario cotidiano donde se objetivan las manifestaciones de la cuestión social que tienen su expresión en la vida cotidiana de los sujetos, en la dinámica sujeto-necesidad.

El concepto de “campo problemático”, retoma la noción de campo desarrollada por Pierre Bourdieu¹³. El mismo le permite articular los procesos generales, estructurales que configuran la cuestión social y la forma particular que adquieren sus expresiones en la vida cotidiana de los sujetos.

En esa línea Cazzaniga (2009) entiende que tanto la matriz conceptual, la realidad y el campo problemático son dimensiones centrales para el proceso metodológico.

Entendiendo a la matriz conceptual como aquel conjunto de categorías teóricas, generales y particulares que le dan fundamento a la disciplina y la intervención. La matriz, configura el campo problemático de la intervención, el mismo es comprendido como “*la construcción conceptual, producto de la tensión entre categorías teóricas y empiria, que recorta y focaliza la intervención profesional, desde el cual se definen las diferentes estrategias de acción*” (Cazzaniga, 2009:2). Campo que no se configura al interior de la disciplina, sino que según Rozas requiere, “*...mediaciones en vínculo con las nuevas condiciones de reproducción material, social y simbólica por las que atraviesan los sujetos sociales en su vida cotidiana*” (Cazzaniga, 2009:2)

3. La Estrategia en la Intervención Profesional.

Mallardi, Oliva y Pérez (2012), citando a Montañó, rescatan la necesidad de superar la discusión en torno a un “método de intervención a priori” o como conjunto de técnicas y

¹² El concepto de coordenada refiere a la apropiación de elementos y datos necesario referidos a las manifestaciones de la cuestión social que posibilitan definir un punto de partida en la direccionalidad de la intervención profesional.

¹³ El campo para Bourdieu es “*una red de relaciones objetivas entre las diferentes posiciones que en dicho campo ocupan los agentes o instituciones, las cuales están atravesadas por la distribución de poder o capital que está en juego en cada campo en cuestión*” (Gabinetti, 2016:10).

procedimientos aisladas de los procesos sociales, para asumir un debate en torno a las estrategias de intervención definidas a partir de un objeto de la realidad concreto.

En este sentido, agrega Pantanali (2015): *“no hay una metodología de intervención profesional en el sentido de pautas de intervención, elaboradas a priori, independientemente del objeto y sus determinaciones universales, particulares y singulares”* (pp.6). En esta lógica, la teoría no es sólo reconstrucción en el pensamiento de lo real, sino también teoría de las posibilidades de la acción. Por ello, el problema de la práctica profesional es teórico: sabiendo leer la realidad es que podemos encontrar posibilidades para la acción. *“Será una correcta reconstrucción analítica de la situación concreta, es decir, de las múltiples determinaciones y mediaciones que la constituyen como situación problemática y por la cual se demanda la acción profesional, la “guía” para construir una respuesta competente”* (pp.6).

Concebir al Trabajo Social como estrategia, plantea Pantanali (2015), en un primer término, implica la combinación de acciones o medios para lograr ciertos objetivos o fines, siempre considerando la presencia de fuerzas sociales antagónicas. Requiere indagar sobre los límites y posibilidades puestos por la realidad, a partir del correcto análisis de las situaciones concretas, permitiendo ampliar los márgenes de autonomía, para otorgarle al proceso de intervención la direccionalidad política buscada por el profesional. En este sentido, la estrategia refiere a dos cuestiones: a la intervención pensada como estrategia y no como método y otra es el proyecto ético-político profesional como estrategia (esta última cuestión la abordaremos en el siguiente capítulo referido al para qué de nuestra intervención).

Mallardi, Oliva y Pérez (2012), siguiendo esta línea, reflexionan en torno a “estrategias de intervención” como concepto organizador central del proceso de intervención. Parten de comprender la dimensión política de la práctica profesional, es decir, su inmersión en procesos sociopolíticos amplios y entre fuerzas antagónicas; en ese escenario los/as trabajadores/as sociales en su condición de asalariados/as deben responder a las exigencias de las instituciones que los emplean como así también poseen un margen de autonomía relativa en el ejercicio de sus funciones.

En este sentido, la estrategia es pensada en el marco de estos procesos socio-políticos, “en sus dimensiones objetivas y subjetivas”, comprendiendo que la intervención no puede analizarse como procesos individuales del profesional sino que hay que tener en cuenta los elementos condicionantes o determinantes para este accionar. En este sentido, un análisis de la correlación de fuerzas es fundamental: entendiendo el desarrollo de la intervención en

determinado momento histórico, en un espacio donde se ponen en juego actores/actrices sociales con intereses, recursos, posicionamientos y objetivos diversos Así explican:

“el desarrollo de estrategias de intervención no está determinado únicamente por el posicionamiento del trabajador social, ni por la dirección política de la institución, ni por los usuarios, sino por una compleja dinámica de relación que está determinada por diversos recursos, mediados por una articulación que se condensa en el arsenal operativo en un momento histórico determinado” (Mallardi, Oliva y Perez, 2012:14).

El concepto de estrategia permite superar la racionalidad formal-abstracta, que propone métodos aplicados a priori, ignorando la particularidad de las situaciones concretas. En los procesos de intervención, el/la profesional debe seleccionar “alternativas” que adquieren direcciones y significados en función de la finalidad estratégica asumida, las mismas son entendidas como “tácticas-operativas”.

Mallardi (2012), retoma los trabajos de Carlos Matus para analizar la noción de planificación estratégica. Diferenciando la planificación de proyectos sociales de la práctica profesional, considera a los primeros como una posibilidad táctica que el/la profesional puede utilizar en su ejercicio profesional.

Explica los principales aportes teóricos de Matus, quien según Mallardi, buscó alejarse de posturas rígidas o estáticas a la hora de pensar la planificación, entendiendo que la misma no puede implicar un “cálculo previo de la totalidad y particularidad situacional”, sino que es un “cálculo que precede y preside la acción”, implica trazar un camino posible, en donde se pone en juego una práctica estratégica: improvisación, espontaneidad y cálculo inmediato como complemento de la ejecución práctica. Se trata de una visión dinámica de los procesos de planificación:

“(…)en tanto que el plan es una fuerza incitadora de una entre todas las realidades posibles e implica lo ‘calculable’ y lo ‘determinante’ para ‘arrastrar el desarrollo real de los hechos, por lo que no coarta la iniciativa, la creatividad, la imaginación y la capacidad de improvisación de los actores sociales. Por ello los objetivos del plan no constituyen productos acabados, sino parte de un proceso que sólo llega a su término cuando, tras sufrir los cambios exigidos por el propio proceso práctico, es ya un producto real, donde la realización del plan con la praxis no implica solamente la sujeción de la praxis al plan, sino igualmente la posibilidad de realizar cambios en el plan ante los requerimientos de la praxis” (Mallardi, 2012:22-23).

En este sentido, Mallardi (2012) retoma los aportes de Matus en términos de “tácticas-operativas” respecto a la categoría de “situación”, la cual permite una aproximación a la

realidad en sus dimensiones objetivas y subjetivas, como así también de las fuerzas sociales coexistentes. A partir de esa situación, Matus propone momentos para la planificación estratégica: uno explicativo (de diagnóstico y sus causas), un momento normativo (que apunta al diseño del “deber ser”), un momento estratégico (que implica la construcción de viabilidad del diseño normativo y el ajuste de este diseño a lo viable) y un momento táctico-operacional (que implica la ejecución de acciones, toma de decisiones y evaluación de la continuidad del plan) (Mallardi, 2012).

4. Acervo Técnico-Instrumental o Tácticas Operativas

Testa, Moreyra y Fernández Vecchio (2013), entienden que la llamada “dimensión técnico-instrumental” ha tenido centralidad en la historia de nuestra profesión: “*Un ejercicio profesional que, desde sus orígenes, se centró más en el qué hacer que en ¿cómo? y el ¿para qué? de la intervención profesional*”. Esta preeminencia histórica de la técnica sobre otras dimensiones, se justificaba en un principio, por la influencia del positivismo. Buscando el reconocimiento de profesionales técnicos/as, se propugnó una técnica de “aplicación neutral” y “objetividad científica”, desvinculado del momento histórico, de posicionamientos teóricos e intencionalidades políticas.

Sin embargo, hoy encontramos algunas conceptualizaciones críticas que nos permiten articular la pregunta del cómo con la del para qué y el sobre qué.

Tomamos como punto de partida que la comprensión de las técnicas, instrumentos o la llamada “caja de herramientas” no pueden pensarse como neutrales, aplicables mecánicamente a cualquier situación. Como plantea Bibiana Travi (2007), “*“lo instrumental” se inscribe dentro de una perspectiva epistemológica y, por lo tanto, su construcción/utilización supone siempre una decisión no sólo teórica sino también político-ideológica*”(pp. 211). Siguiendo a Bourdieu y Wacquant, explica que toda decisión empírica es inseparable de las construcciones más teóricas, entendiéndose así que la técnica es siempre “teoría puesta en acto”.

Así mismo, Vélez Restrepo (2003) plantea :

“La instrumentalidad de la profesión está soportada en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social. El uso de los mismos está vinculado con las concepciones y visiones que se tienen sobre la práctica profesional y la realidad social, no estando aislados de los contextos donde se aplican, ni de los postulados teóricos o metodológicos que los fundamentan”(pp.12).

Se trata de una construcción permanente que abarca técnicas, conocimientos, competencias y habilidades. Es un recurso metodológico que se va modificando de acuerdo a los fines o propósitos políticos, sociales, institucionales y cognitivos de la acción social. Permanentemente se ponen en juego la creatividad y subjetividad, como posibilitadoras de prácticas reflexivas.

Por otro lado, Moura Reís (2002), desde el pensamiento marxista se propone reflexionar en torno al “carácter histórico y la dimensión ontológica de los instrumentos y técnicas”. Se conciben como elementos que forman parte de la práctica social, entendiendo a la necesidad humana como determinante en el surgimiento y desarrollo de la técnica: “*el carácter ontológico de ésta reside en que son inmanentes a las actividades humanas, entendidas como racionales, intencionales y políticas*” (pp.6).

Desde la perspectiva marxista, los instrumentos son entendidos en el marco de los procesos de trabajo, se trata de los medios de trabajo. Retomando los aportes de Marx, se entiende a los medios de trabajo como aquellas cosas o complejo de cosas que los/as trabajadores/as insertan entre ellos/as y su objeto, lo que le permite dirigir su actividad. Por ello, el instrumental puede ser entendido como interposición entre el sujeto y el objeto de trabajo, de acuerdo al fin que éste tiene en la mira. Son mediaciones, que permiten la articulación entre intención y efectivización de la práctica.

Refiriéndose a la práctica profesional desde esta perspectiva, se entiende al instrumento y a la técnica como constitutivos de la práctica social y humana, más específicamente de una práctica profesional, de la práctica del Trabajo Social. Sin embargo, se plantean algunas aclaraciones. En primer lugar, que los instrumentos no siempre conservan su formato original, como planteaba Marx, sino que son construcciones. Se crean y recrean en el devenir de la práctica, en determinados contextos socio-políticos, a partir de las relaciones entre profesionales, usuarios/as e instituciones.

Por otro lado, para el Trabajo Social los instrumentos no siempre son “fácticos” o con de expresión empírica táctil, sino que se materializan en la concreción de acciones profesionales. A modo de ejemplo se cita el lenguaje y el lugar de la teoría .

Martinelli y Koumrouyan (1994) por otra parte, conciben al instrumental como a un “*conjunto articulado de instrumentos y técnicas que permiten la operacionalización del acto profesional*”, articulados de manera dialéctica. Conciben al instrumento con una naturaleza de táctica o estrategia mediante el cual se realiza la acción, y a la técnica como la habilidad en el uso de la misma, en donde reside la capacidad creativa del agente.

El instrumental es una categoría relacional: “*una instancia de pasaje que permite que se realice la trayectoria que va de la concepción de acción a una operacionalización, incluyéndose así un momento de evaluación*”. Categoría que se construye a partir de las finalidades de la acción que se va desarrollando según determinantes políticas sociales e institucionales.

A su vez, diferencian entre instrumentos de carácter cuantitativo y cualitativo. Los primeros están en estrecha relación con las directrices institucionales, asociados a la matriz de eficiencia y eficacia y tienden a la patronización de los datos e información solicitados, el formalismo técnico-burocrático y el rigor administrativo. Los instrumentos cualitativos tienen como elemento fundante el compromiso y la intencionalidad de los/as profesionales que los construyen y utilizan. Se encuentran en permanente construcción y son un producto colectivo. Se diferencian, de los cuantitativos justamente por ser una construcción constante, por estar determinados socialmente y por ser producidos históricamente

Por último recuperamos la mirada de Vélez Restrepo (2003), en torno a la relación entre la instrumentalidad (en tanto medios e instrumentos utilizados por el Trabajo Social) y su relación con los procesos sociohistóricos y a la dinámicas de confrontación entre demandas y respuestas que se plantean y son planteadas a la profesión. Este conjunto de respuestas son las que legitiman y establecen la pertinencia social de la profesión como su vinculación tanto con la funcionalidad con la política social, las demandas del mercado, la sociedad y la comunidad académica. Lo que permite asumir limitaciones y posibilidades según contextos y coyunturas sociales.

Así, sintetiza Vélez Restrepo (2003):

“La instrumentalidad del Trabajo Social da cuenta del conjunto de procedimientos de naturaleza profesional socialmente reconocidos y que constituyen el acervo cultural de la profesión, adquiriendo diversos significados a lo largo de la historia: son propiedades, capacidades, destrezas, competencias históricamente construidas y reconstruidas por el Trabajo Social en su proceso de inserción en el mundo del trabajo Y en el ámbito específico de la prestación de servicios sociales”.
(pp. 84)

La instrumentalidad puede entenderse como aquellos atributos del ejercicio profesional asignados en relación a la división técnica del trabajo y las respuestas que ésta le impone a la profesión para lograr sus objetivos y así resulte competitiva .

5. Políticas Sociales y Procesos de Trabajo del Trabajo Social: ¿instrumentos? ¿medios de trabajo alienados? ¿condicionante externos?.

Según Montaña (2004), existen diversas formas de pensar la relación entre Servicio Social y Políticas Sociales. La primera refiere a entender a las Políticas Sociales como “instrumentos” de la intervención de los/as asistentes sociales, también mencionada como su “base material”.

Otra mirada, por el contrario, que es la sostenida por este autor, es la de concebir a las políticas sociales como “base de sustentación funcional-laboral del Servicio Social”, esto es: la política social no constituye un instrumento del Trabajo Social, sino que son entendidas como instrumentos de los Estados para atender a la cuestión social; cuestión que ha significado la base sobre la que se legitimó nuestra profesión. Así la política social se entiende como “base de sustentación del Servicio Social”, y a los/as asistentes sociales como “instrumentos de ejecución de políticas”.

En palabras de Montaña (2004):

“En este caso, se entiende la política social como un instrumento del Estado intervencionista, y por lo tanto como la instancia privilegiada que crea el espacio de intervención profesional, que constituye el mercado para el Servicio Social y que atribuye funcionalidad y legitimidad a nuestra profesión. Es el asistente social quien es el agente de implementación de la política social (instrumentalizado por esta) y no lo contrario” (pp. 5).

Para nuestro trabajo recuperamos esta idea, que nos permite comprender a las políticas sociales (en tanto intervenciones sobre la cuestión social), como la bases que han legitimado nuestra profesión y han delimitado nuestro espacio ocupacional. Así, como plantean varios/as autores/as, la génesis de nuestra profesión no se encuentra en la evolución de la caridad y la filantropía, sino que forma parte del proceso por el cual el Estado Capitalista comienza a intervenir en la cuestión social, requiriendo para ello de profesionales o agentes especializados/as para intervenir en ella.

Así mismo recuperamos la mirada de Marilda Iamamoto (2003) respecto a los medios de trabajo en los procesos de trabajo del Trabajo Social. Plantea la “alienación” de los/as asistentes sociales respecto a buena parte de los medios y condiciones necesarias para concretizar su trabajo, haciendo referencia a los recursos financieros, técnicos y humanos. Estos recursos son previstos por las instituciones que los/as emplean a través del cual ejercen su trabajo.

Por otro lado, refiriéndose a la actividad de los/as trabajadores/as sociales, plantea que los/as mismos/as en su condición de trabajadores/as asalariados/as, cuentan con cierta

autonomía relativa en tanto teórica, técnica y ético-política para conducir sus actividades. Sin embargo, es la entidad empleadora la que organiza su proceso de trabajo. Ella es la que en última instancia posibilitará o no el acceso de los/as usuarios/as a determinados servicios, establece líneas directrices y prioridades, provee medios y recursos para su realización, interviene en la definición de papeles y funciones respecto al trabajo institucional, presenta relaciones de poder a su interior. No se trata de “condicionantes externos”, sino de elementos constitutivos del trabajo profesional.

Esta cuestión le permitirá concluir respecto a dos cuestiones: la primera refiere a que no existe “un” proceso de trabajo del/la asistente social en las distintas esferas (estatal, empresarial, ONGS), sino que se trata de procesos de trabajo en los que se insertan los/as asistentes sociales. La segunda refiere a que el/la asistente social no organiza su proceso de trabajo. De este modo, sintetiza:

“el proceso de trabajo donde se inserta el Asistente Social no es organizado por este profesional ni es exclusivamente un proceso de trabajo del Asistente Social, a pesar de participar en el mismo de forma particular y con autonomía ética y técnica. [...] Éste, en la condición de trabajador asalariado especializado, no dispone de un poder mágico de "esculpir" el proceso de trabajo en el que participa, lo que supera la capacidad de injerencia de cualquier trabajador asalariado individualmente. Es función del empleador organizar y atribuir unidad al proceso de trabajo en su totalidad, articulando y distribuyendo las múltiples funciones Y especializaciones requeridas por la división social y técnica del trabajo entre el conjunto de los asalariados” (pp 130-131).

El Trabajo Social se inserta en procesos de trabajo que son colectivos, cuyo producto es fruto del trabajo combinado o cooperativo y en el cual contribuyen diversas especializaciones del trabajo.

SEGUNDA PARTE: APROXIMACIONES AL CÓMO EN LOS PROCESOS DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

1. Introducción.

En esta segunda parte, nos proponemos realizar algunas aproximaciones respecto al cómo del Trabajo Social en los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud.

Para ello, en un primer momento, buscamos reconstruir la Política de Salud en la Municipalidad de Rosario, entendiéndola como constitutiva y moldeante del proceso de trabajo en el que se inserta el Trabajo Social. Indagamos el contexto en el que se desarrolló esta política, los programas y proyectos que le dieron forma a la configuración actual de la red de salud, los principales hitos o etapas en su construcción, los aspectos discursivos puestos en juego y los lineamientos de trabajo propuestos.

Por otra parte, una de las primeras formas de aproximarnos al cómo del Trabajo Social en estos procesos de trabajo, las abordamos a partir de los Registros de Atención Diaria, en los cuales se describen las principales “prácticas” y “tratamientos” llevados a cabo por el Trabajo Social. En torno a este instrumento de registro, nos adentramos a debates del colectivo profesional en torno a la posibilidad de objetivar o “cuantificar” los procesos de trabajo. Así mismo, reflexionamos en torno a las prácticas que predominan en el último Informe de Trabajo Social del año 2017.

En un segundo momento, teniendo en cuenta la inserción del Trabajo Social en Centros de Salud en el marco de un abordaje integral de la salud, comenzamos a desandar las características que asume el trabajo profesional en tanto actividad del sujeto, en función de las estrategias desplegadas, los recursos y los medios de trabajo empleados, las técnicas y tácticas operadas.

Nos abocamos a describir los abordajes intersectoriales e interdisciplinarios en tanto estrategias del Trabajo Social, como así también a las dificultades con las que se enfrenta. Así mismo, caracterizamos los principales recursos y medios de trabajo “alienados” que dispone el Trabajo Social.

Por último, describimos las principales herramientas y tácticas desplegadas por el Trabajo Social y la forma en que son pensadas y utilizadas cada una de ellas.

2. Breve reconstrucción de la Política Social en Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

La actual configuración de la Salud Pública a nivel municipal comenzó a tomar forma a partir de las sucesivas gestiones socialistas instauradas en 1989.

En un contexto de políticas sociales neoliberales caracterizadas por la descentralización, la privatización y la focalización generando un proceso de mercantilización progresiva, los gobiernos del Partido Socialista buscaron resignificarlos y otorgarle nuevos matices.

Según Campana (2010), a partir de la asunción de Hermes Binner en 1995 los ejes de la gestión municipal buscaron resignificar las políticas descentralizadas, apostado a la participación social y al acercamiento del Estado local a los territorios. Por otro lado se desterraban las ideas de focalización, hablando de la equidad en los servicios públicos. A su vez, se apostó a democratizar la administración pública.

“el Partido Socialista (...) pretendía que Rosario marcara la diferencia: propugnaba los principios de universalidad y equidad denunciando las perversidades de las políticas focalizadas, hablaba de la construcción de ciudadanía, enarbolaba la bandera de la participación social y planteaba que la descentralización podía adquirir nuevas connotaciones, si tenía en cuenta las particularidades geográficas, poblacionales e institucionales de los territorios” (Campana, 2010:178).

En este sentido, se pueden visualizar como documentos fundantes de estas gestiones al Plan Estratégico Rosario de 1998 y al Programa de Modernización y Descentralización del Municipio de 1996.

El Plan Estratégico Rosario puede ser entendido como un plan integral urbanístico, que apostó a ser pensado y construido mediante un proceso de planificación estratégica: lo que implicó la participación de una multiplicidad de actores que se constituyeron en una “Junta Promotora”. La propuesta central era transformar la ciudad para convertirla en “moderna e integrada” . Se define como horizonte situar a Rosario como *“una ciudad sustentada en el trabajo y la creación, con oportunidades de vida y de progreso para todos sus habitantes, que recupera el río y se constituye en punto de integración y encuentro en el Mercosur”* (Plan Estratégico Rosario, 1998:43).

El Programa de Modernización y Descentralización apuntaba a una transformación de la ciudad, su fisonomía, así como a una modernización del Estado y de la gestión de la administración pública. Buscó acercar el Estado y su administración a la ciudadanía, y culminó con la descentralización de las funciones municipales en seis distritos distribuidos estratégicamente en la ciudad.

En este contexto, a su vez, Campana (2010) plantea que la salud pública emerge como la principal bandera política de estas gestiones. Los principios orientadores para esta política, fueron sintetizados por Hermes Binner al asumir la Secretaría de Salud Pública (en 1989) en los siguientes ejes de gestión:

"gestión participativa (por parte de los trabajadores y de la comunidad), descentralización, atención primaria en salud, recuperación de la capacidad instalada en los efectores, capacitación de los equipos humanos (incluso con miembros de la comunidad incorporados en muchas de las actividades), promoción y protección de la salud, integración y articulación entre los diferentes niveles y efectores para facilitar la movilidad de los pacientes por todos los puntos del sistema, investigación y epidemiología como herramientas" (Municipalidad de Rosario, 2003:15) .

A esto se agrega el abordaje integral de la salud, en sus tres dimensiones: lo físico, lo psíquico y lo social, orientando el accionar no tanto a determinantes individuales sino más bien hacia grupos y comunidades; el trabajo intersectorial y el respeto a la diversidad cultural promoviendo prácticas de salud a partir del vínculo y formas de atención humanizadas (Cappiello y Paradiso, 2003).

Como mencionamos anteriormente, en el Plan Estratégico Rosario del año 1998, también podemos ver cristalizados los principios sobre los cuales se estructuraron las transformaciones en la salud pública del municipio, que son descriptos de la siguiente manera:

"Una ciudad que pretenda ofrecer oportunidades debe construir un sistema de salud basado en la solidaridad, la participación y la accesibilidad. En este marco, el nuevo modelo de atención médica se basa en la atención primaria, la técnica médica apropiada, la descentralización, la participación social para la prevención y promoción de la salud de todos.

[...] No se trata de atender sólo la enfermedad, sino de brindar orientaciones para abordar las causas sociales, ambientales y culturales que la generan.

La estrategia a desarrollar es la Atención Primaria de la Salud. La salud no es sólo ausencia de enfermedad: en un sentido positivo y dinámico puede ser entendida como aquellas condiciones que permiten potenciar y desarrollar la capacidad de lucha individual y social contra los determinantes que limitan la vida. Implica también la posibilidad de que grupos sociales puedan realizar el diagnóstico de su propia realidad y encarar la solución de los problemas. Esta concepción integral requiere la incorporación del trabajo multidisciplinario, no centrado en el médico, sino en todos los integrantes del equipo de salud y en la propia comunidad.

Es preciso además un abordaje intersectorial de las acciones públicas: éstas se deben coordinar con las distintas instituciones de la comunidad vinculadas

a educación, vivienda, saneamiento ambiental y esparcimiento.(Municipalidad de Rosario, 1998:72)”

Siguiendo esta línea, las transformaciones en la salud pública en la ciudad de Rosario, abarcaron diferentes momentos, cada uno de ellos enfocado en acciones particulares. Mario Rovere (2005), analiza el período de 1989 (inicio de gestiones de Partido Socialista) al 2004. El primer período (1989 a 1995) es entendido como una “ etapa fundacional”, momento en el cual se realiza la recuperación de hospitales públicos y se apuesta al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. El segundo (1995 a 1999), lo concibe como un período de institucionalización, en el cual los principales ejes de debate giraron en torno a la concepción de red de salud y al enfoque de ciudadanía basado en la calidad de los servicios. En esta etapa además se fundó el Instituto de Salud Juan José Lazarte. La última etapa (2000 a 2004) analizada por Rovere tiene como eje central el proyecto de descentralización y su impacto en la salud.

En la llamada “etapa fundacional” iniciada en 1989, la recuperación de las capacidades de los hospitales públicos puso el foco en recuperar su planta física, equipamiento, insumos, así como la regularización de guardias, la descentralización administrativa y la actualización tecnológica (Rovere, 1995). Además de repensar los perfiles propios de cada hospital (Capiello y Paradiso, 2003). Por otro lado, comenzaron a delinearse proyectos ambiciosos como el Nuevo H.E.C.A. (Hospital de Emergencia Clemente Álvarez) y el CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias).

Respecto a la Atención Primaria en Salud, el escenario de 1989 no era auspicioso:

“en la práctica había un muy escaso desarrollo de la información epidemiológica, graves deficiencias de la infraestructura física, tecnologías de diagnóstico y administrativas inexistentes u obsoletas, personal desmotivado y/o castigado, bajos salarios, unidades asistenciales aisladas; más que Centros de Salud el nombre de “estaciones sanitarias” o “dispensarios” 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, 2005:15)

El fortalecimiento consistió en un primer término de transformar antiguos dispensarios y salitas ancladas en los barrios en "Centros de Salud" y de crear nuevos. En un primer momento se incorporaron nuevos/as profesionales para conformar equipos interdisciplinarios formados en Atención Primaria en Salud y a su vez comenzaron a realizarse residencias en medicina general en estas instituciones. En palabras de Capiello y Paradiso (2003):

“En principio se fueron creando más centros de salud y destinando más gente a trabajar en ellos, optimizando tanto la estructura edilicia como los recursos humanos. Se fueron reemplazando los especialistas que cumplían algunas horas, incorporando profesionales formados y capacitados para la APS, desde enfermeros y generalistas hasta equipos multidisciplinarios: médicos generales, pediatras, clínicos, gineco-obstetras, psicólogos y trabajadores sociales. En esta clave se crea la residencia de Medicina General, siendo los primeros egresados rápidamente incorporados al sistema”.

A su vez, se creó la Dirección de Atención Primaria en Salud integrada por el conjunto de aquellos antiguos dispensarios ahora Centros de Salud. La conformación de la Dirección permitió contar con un presupuesto propio que le otorgó mayor operatividad, desarrollo y autonomía incorporándose a la agenda del gabinete de salud (Cappiello y Paradiso, 2003).

En la segunda etapa iniciada en 1995, uno de los debates centrales se produjo en torno a la consolidación de la “red de salud”. La idea de *red de salud* es pensada como un modelo de atención que supera las instancias de referencia, contrarreferencia y derivación y que permite pasar a la articulación garantizando de ese modo la continuidad de los procesos de atención. Esta disposición implicó un paso fundamental hacia la articulación de todos los efectores de la salud entre sí y con otros sectores. (Municipalidad de Rosario, 2007:179).

Entre los componentes considerados de gran aporte respecto al trabajo en red en salud se destaca:

“la descentración desde la lógica del gran establecimiento hacia los pequeños centros y de éstos a la comunidad; la capacidad resolutive de la red, que se traslada a todos sus efectores , la relación con las formas propias que la comunidad tiene para crear lazos solidarios, etc. Ello se refleja tanto en el nivel de los centros de salud como en los hospitales generales, los hospitales especializados, el CEMAR y fundamentalmente en las interrelaciones institucionales y personales” (Capiello y Paradiso, 2003).

La organización de esta red, actualmente se cristalizó en tres niveles de atención: el primer nivel es el de Atención Primaria en Salud, conformado por los Centros de Salud Municipales distribuidos por distritos, que constituyen “la puerta de entrada al sistema de salud, es decir, la vía por donde ingresa la población a los servicios” (Campana, 2010: 118) . El segundo nivel está conformado por tres hospitales polivalentes: “Dr. Roque Sáenz Peña”, “Intendente Gabriel Carrasco” y “Juan Bautista Alberdi”, además la “Maternidad Martín” ,el ILAR y el CEMAR (en donde se pueden realizar interconsultas o cirugías ambulatorias). El tercer nivel lo constituyen las áreas de mayor tecnología y alta complejidad: el Hospital de Niños “Víctor J. Vilela” y el HECA. La red también incluye al Servicio de Internación

Domiciliaria y al Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), además del LEM (Laboratorio de Especialidades Medicinales) que es un centro municipal de producción de fármacos que son distribuidos en la red de salud. (Campana, 2010).

En esta etapa se fundó a su vez, el Instituto de Salud Juan Lazarte (que también puede ser pensado en la red, conformado por la Secretaría de Salud Pública, la Universidad Nacional de Rosario y la Asociación Médica Rosario). El mismo se consolidó como “un centro especializado en la investigación, docencia y cooperación técnica en el campo de la salud pública”. (Rovere, 1995:1).

La última etapa analizada por Rovere (que inicia en el 2000) corresponde a la inauguración del CEMAR, que permitió ante el crecimiento cualitativo y cuantitativo de la atención primaria, dar respuestas a la carga creciente de prestaciones de diagnóstico y tratamiento e interconsultas (Rovere, 2005:22)

Por último, en relación a la descentralización, se destaca que la misma permea la propia lógica de la política de salud. En esta línea Capiello y Paradiso (2003) explican, refiriéndose a la descentralización y participación, que “*en muchos sentidos la salud pública puede considerarse pionera*” si se toma en cuenta el anclaje de Centros de Salud en barrios, la idea de zonas sanitarias y la participación de vecinos en los Centros de Salud. A esta idea agregan:

“De alguna manera la descentralización impregna cada acción de salud pública: desde la Atención Primaria sobre la que pivotea, la creación del CEMAR, la atención ambulatoria, son todas tácticas que conforman una estrategia orientada hacia la descentralización del sistema de atención – más radicalmente descentración, porque se trata de un cambio de posicionamiento del eje desde donde girar el compás” (Capiello y Paradiso, 2003)”.

Por su parte Mario Drisun, entiende que el proyecto de descentralización plasmado en el Plan Estratégico Rosario de 1998, en donde se comienza a pensar como una forma de “*achicar los territorios, de estar pensando en territorios más pequeños, para que en alguna medida este vínculo entre Estado y sociedad, entre Estado y la población pudiera ser mucho más cercano, más eficiente, eficaz y que la gente pudiese resolver sus problemas lo más cerca posible a donde cada uno vive*” (Municipalidad de Rosario, 2007:160). Lo mismo se replica en el ámbito de la salud, aunque plantea que este proceso es anterior a la conformación de los distritos. En salud, ya se venía pensando en “*buscar mecanismos que permitiesen mirar la problemática de salud de la población en espacios un poco más reducidos para dar una mejor respuesta a las necesidades*” (Municipalidad de Rosario, 2007:161).

Por su parte, en el sitio oficial de la Municipalidad de Rosario hace unos años se describía:

“...en el marco de las políticas generales de la ciudad, se trabaja en la construcción de distritos sanitarios que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud.”(Campana, 2010:210)

2.1 Lineamientos de la Política de Atención Primaria en Salud.

a. Un nuevo modelo de atención

La Atención Primaria en Salud fue definida por la Asociación Médica Rosario (grupo técnico y profesional que participó de la formulación y diseño de este enfoque) como: *“Un conjunto de acciones programadas y evaluadas, de baja complejidad tecnológica, con énfasis en la promoción y protección de las salud y en la atención médica básica, identificadas a partir de estudios socio-epidemiológicos y con activa participación de la comunidad en todo su proceso”* (Rovere, 2005:16).

En el nivel de Atención Primaria Municipal, además de las transformaciones mencionadas en cuanto a infraestructura, capacidad técnica y humana, se apostó a repensar los procesos de atención a la salud. Así, en cada Centro de Salud se conformaron *equipos de referencia* compuestos por un/a médico/a clínico/a, pediatra o generalista y un/a enfermero/a que “toma población a cargo”. Se diferencian de la idea de médicos/as de cabecera (que refiere a un/a paciente acostado) para poner el eje en la autonomía del sujeto. Esto se complementó con un *proceso de “adscripción”*, que no es una asignación burocrática de un listado de pacientes a un/a profesional, sino que se va construyendo desde el *vínculo*. Esta tarea las asumieron los equipos de los Centros de Salud, priorizando inicialmente a los que estaban en mayor riesgo (Municipalidad de Rosario, 2007).

El mencionado proceso de adscripción, es sintetizado como un contrato,

“contrato que realiza el Estado con cada una de las personas que viven en el barrio, se realiza a través de los trabajadores que están trabajando en el barrio, (...) el soporte tiene que ver con el vínculo que establece este equipo de salud con la población, con cada una de estas personas, un vínculo que es una construcción, no es algo dado. Desde que la persona tiene o quiere hacerse atender, nace desde allí un vínculo; este vínculo (...) es el soporte de la clínica, el soporte terapéutico, porque es a partir de este vínculo (...), que se pueden hacer contratos de alguna manera con la persona respecto al autocuidado, de la responsabilización mutua, respecto del seguimiento de un problema” (Municipalidad de Rosario, 2007:185)

Leonardo Caruana al describir el modelo de atención de Atención Primaria en Salud menciona cuatro características clave: el vínculo, la responsabilización, la referencia estable y la autonomía.

Respecto a la cuestión del *vínculo*, éste puede comenzar en cualquier momento en que se tiene contacto con el/la vecino/a. El vínculo es entendido como “*posibilidad de acordar democráticamente proyectos terapéuticos [...] Tiene que ver con construir relaciones democráticas y éstas también se pueden dar en el consultorio (...)*” (Municipalidad de Rosario, 2007:96).

Respecto a la idea de *referencia* estable refiere a que cada equipo de referencia del Centro de Salud tenga una población de referencia, una “población a cargo” (Municipalidad de Rosario, 2007:96), construyendo proyectos terapéuticos interdisciplinarios.

En este sentido, el resto de los/as profesionales que no conforman los equipos de referencia (psicólogos/as, trabajador/a social, odontólogo/a, toco ginecólogo/a) sino que operan desde una organización matricial. (Rovere, 2005:16). La matriz, explica Caruana, se constituye como “*una organización transversal, a todos los equipos de referencia, la cual no toma población a cargo sino que funcionan como apoyo de los equipos de referencia en el primer nivel (...) los equipos de referencia discuten situaciones problemáticas con esta matriz*” (Municipalidad de Rosario, 2007:262).

Por otro lado se transformaron los los modos de organización y gestión del trabajo, Caruana centraliza la importancia de las *reuniones de equipo* como instancias de toma de decisiones. Además resalta la idea de *autonomía de los/as trabajadores/as*, fundamentalmente del manejo del tiempo. Autonomía que necesariamente está enlazada a la *responsabilización*, el compromiso y el respeto a los acuerdos establecidos en las reuniones de equipo. A su vez, a diferencia de estructuras rígidas, plantea como característica de los equipos la posibilidad de cuestionar los modos de trabajo. Asume que su lugar como jefe de un Centro de Salud, tiene mayor centralidad en aspectos burocráticos ya que las decisiones de cómo organizar el trabajo, la configuración de líneas estratégicas se realiza conjuntamente con el equipo de gestión.

b. La Dirección de Atención Primaria en Salud. Líneas directrices.

El organigrama de Atención Primaria en Salud comienza a estructurarse con el surgimiento de la mencionada Dirección de Atención Primaria en Salud (actualmente Dirección de Centros de Salud), que más tarde se vio fortalecida por la descentralización del

Municipio (en donde se conforma una Coordinación de Atención Primaria en Salud por Distrito y coordinaciones de sectores que con ella articulan como Promoción Social).

Esta Dirección es definida por Débora Ferrandini (quien asumió la misma durante varios años) en tanto *“dirección de la práctica, un reordenamiento del proceso de trabajo, de las prácticas que implica otra constitución, un cambio en la constitución subjetiva de quienes la sostienen [...] a partir de eso se está construyendo un cambio cultural, ideológico [...]*” (Municipalidad de Rosario, 2003:245).

Rovere (2005:16) explica que esa Dirección cuenta con ***tres líneas directrices***: la equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad); la clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía) y la participación (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico).

Así mismo, en el Sitio Web Oficial de la Municipalidad de Rosario afirmaba para el 2010:

“Las directrices que guían este proceso [de Atención Primaria en Salud] son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud (...) De estas directrices se desprenden los siguientes ejes de trabajo: prácticas en función de las necesidades del barrio; estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios; organizaciones democráticas con trabajadores autónomos y responsables; participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones; programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos” (Campana, 2010:210)

La equidad como directriz refiere a proveer, *“igual utilización de servicios ante igual necesidad, la idea es poder garantizar la construcción de conocimiento sobre la heterogeneidad dentro de la ciudad”* (Municipalidad de Rosario, 2003:245). Un conocimiento que permita dar cuenta de las necesidades según áreas geográficas diferenciadas, desde allí es que se apoyan en el concepto de territorio. Este conocimiento debe ser construido colectivamente, no sólo con la participación del equipo sino también la perspectiva de la propia comunidad. En esta construcción no sólo se busca dar cuenta de un perfil epidemiológico, sino además de la heterogeneidad de recursos, estrategias, capacidad y forma de utilización de los servicios y la capacidad de incidir en la agenda estatal. En este punto la idea de descentralización es clave. El conocimiento de la desigualdad tiene sustento en la noción de territorio entendido como *“espacio social de interacción posible entre un equipo de salud y una comunidad”* (Municipalidad de Rosario, 2003:246).

Se busca trabajar en función de una discriminación positiva que ponga atención a quienes tienen mayor necesidad de utilizar los servicios y menores recursos para acceder.

Respecto a la *clínica contextualizante*, la misma parte de comprender a la clínica "*como una clínica de un sujeto, garantizando un contrato con un terapeuta y asistido que pueda construir un vínculo a lo largo del tiempo*" (Municipalidad de Rosario, 2003:249), se vela por preservar y promover la autonomía de ese sujeto y se entiende que el/la mismo/a difícilmente asumirá un rol "paciente", sino que hace consultas y visita el Centro de Salud sin dejar en ningún momento su condición de ciudadano/a y su autonomía de decidir respecto a su vida y a la de su familia. Todo sujeto a su vez, está condicionado por su vida cotidiana, por sus condiciones materiales de vida y su cultura.

La clínica contextualizante teniendo en cuenta lo recién expuesto, busca "*superar la respuesta sintomática ante el motivo de consulta para trascenderla en un diagnóstico más integral del problema y la elaboración de un proyecto terapéutico compartido*" (Municipalidad de Rosario, 2003:249). Proyecto compartido no sólo por la relación terapeuta-asistido/a, sino que abarca al resto del equipo que interviene y aporta su mirada disciplinar.

Por otro lado, se remarca la centralidad que asume la *participación popular* para la salud: es preciso reconocer "*la diversidad cultural como un valor, como un recurso y no como algo que hay que homogeneizar con el discurso médico*" (Municipalidad de Rosario, 2003:252). Desde aquí el discurso médico es un saber más entre otros saberes que cohabitan en las comunidades que son validados por las mismas y que muchas veces superan las respuestas que pueden darse desde lo terapéutico. La salud es así entendida como "*la capacidad de controlar la propia vida*" (Municipalidad de Rosario, 2003:253), buscando que la comunidad pueda tener incidencia en este proceso al igual que los/as técnicos/as y funcionarios/as.

3. La Inserción del Trabajo Social en los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud.

De acuerdo a los planteos de Iamamoto, la inserción de los/as trabajadores/as sociales en el sector de Atención Primaria en Salud (APS), moldea su proceso de trabajo, estableciendo líneas directrices, orientaciones y funciones.

En este sentido, el Trabajo Social se inserta en el Centros de Salud para participar en el abordaje de la salud en un sentido ampliado. Esto es, un abordaje no de determinantes individuales, sino de las "determinantes que condicionan la vida" que pueden implicar causas

sociales, ambientales y culturales que intervienen en los procesos de salud - enfermedad. Ese abordaje, propone una modalidad de trabajo a partir de equipos multidisciplinarios y de manera intersectorial.

En este sentido, el Trabajo Social (como otras profesiones como la psicología o la psiquiatría) se incorpora en los equipos multidisciplinarios de los equipos de los Centros de Salud en forma “matricial”, esto es, de manera transversal, trabajando en conjunto con los equipos de referencia diversas situaciones problemáticas y elaborando proyectos terapéuticos.

A su vez, el Trabajo Social es partícipe de los abordajes intersectoriales y del tejido de redes, articulando con otras dependencias estatales (tales como sectores de educación, cultura, desarrollo social, vivienda, etc) como también con instituciones presentes en el territorio para abordar la multiplicidad de problemáticas que emergen en el territorio.

Por otro lado, la política descentralizada de salud y la instalación de numerosos Centros de Salud como sino las únicas, las principales instituciones ancladas en barrios periféricos de la ciudad, busca generar “distritos sanitarios” que permitan poner la mirada en el territorio, en la cercanía con la población y sus necesidades, buscando su participación activa en la resolución de las problemáticas del territorio. En este sentido, el Trabajo Social participa de dispositivos que ponen la mirada en el territorio y la participación de vecinos/as e instituciones y organizaciones sociales para abordar problemáticas de salud en este nivel.

El trabajo a nivel territorial y comunitario, y la presencia en la cotidianidad de la vida barrial ponen en el centro de la cuestión el desarrollo de un vínculo y una referencia estable con la población y los/as usuarios/as del Centro de Salud. Esta cuestión permite al Trabajo Social, a través de distintas herramientas, aproximarse a las manifestaciones de la cuestión tal como son vividas por los sujetos, y promover su deconstrucción y problematización, en un proceso dialógico de aprendizaje mutuo.

La categoría de “clínica contextualizada” adquiere relevancia central a la hora de pensar la práctica en los Centros de Salud. La misma promueve una “clínica” que considere al/la paciente como “sujeto” activo y partícipe de su proceso de salud-enfermedad, que tenga en cuenta el contexto en el que el/la mismo/a vive, su historia y su cultura.

A continuación, nos abocamos a ampliar lo expuesto en el presente apartado, a partir de la descripción de las características que asumen tanto las estrategias, los recursos, las herramientas y tácticas desplegadas por el Trabajo Social en su inserción en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud.

4. Primeras Aproximaciones a partir de los Registros de Atención Diaria.

4.1. Sobre las dificultades para sistematizar la actividad del Trabajo Social.

Una de las formas de aproximarnos al cómo del Trabajo Social las encontramos plasmadas en los Registros de Atención Diaria. Los mismos, además de contar con la descripción de un diagnóstico, también desagregan las “prácticas” y “tratamientos” desarrollados.

Para el caso del Trabajo Social, en las prácticas se realiza una descripción de las actividades que realizan las trabajadoras sociales, organizadas según “niveles de intervención” (individual, familiar, grupal, comunitario) y de acuerdo a la estrategia disciplinar, interdisciplinar o intersectorial. También se mencionan algunos instrumentos y técnicas de trabajo (consejería, consultorio conjunto, admisión, talleres, reuniones de retraining de acciones, reuniones de equipo). El listado de prácticas de nuestra profesión se encuentra desagregado de la siguiente forma:

- individual/familiar disciplinar
- individual/familiar interdisciplinar consejería
- individual/familiar interdisciplinar consultorio conjunto
- individual/familiar interdisciplinar dispositivos intersectoriales y/o interinstitucionales
- individual/familiar interdisciplinar instancias de retraining de las acciones
- grupal interdisciplinar dispositivos intersectoriales y/o interinstitucionales

En el último tiempo, se agregaron los siguientes:

- individual/familiar interdisciplinar admisión
- individual/familiar interdisciplinar talleres
- grupal disciplinar
- grupal interdisciplinar reunión de equipo
- grupal interdisciplinar instancias de retraining de las acciones
- comunitario interdisciplinar dispositivos intersectoriales y/o interinstitucionales
- comunitario interdisciplinar instancias de retraining de las acciones
- grupal interdisciplinar talleres

Por otra parte, en la sección de los “tratamientos”, se describen aquellos instrumentos y recursos utilizados por las/los trabajadores/as sociales.

- abordaje de situaciones problemáticas elaboración de informes sociales
- abordaje de situaciones problemáticas entrevista
- abordaje de situaciones problemáticas gestión de recursos y/o servicios
- abordaje de situaciones problemáticas visita domiciliaria

-asesoramiento

Respecto a este aspecto de la herramienta de los Registros de Atención Diaria, se vienen suscitando debates en torno a la posibilidad de objetivar los procesos de trabajo del Trabajo Social, o mejor dicho, la totalidad de actividades desarrolladas por las profesionales. La discusión se desató a partir de que el Área de Estadísticas solicitara al Departamento de Trabajo Social que sólo se realicen cargas de “atenciones”, es decir, de encuentros cara a cara con pacientes del Centro de Salud, ya que de otra manera no podría identificarse la cantidad de usuarios/as atendidos. Esta cuestión fue y sigue siendo profundamente debatida en el colectivo profesional, ya que las/os trabajadoras/es sociales se encontraban cargando la información de todas las actividades que desarrollaban, así lo plantea la Coordinadora del Departamento del Trabajo Social:

“(...) Trabajo Social tiene una particularidad, digamos, nosotros intervenimos en alguna entrevista, en algún acercamiento domiciliario, pero después tenemos un caudal de trabajo en función de ese paciente que no siempre (y la mayoría de las veces) es presencial.. Sí?.. Que es la gestión interinstitucional, la gestión de recursos, la elaboración de informes, las reuniones para elaborar estrategias...Son toda una serie de intervenciones que vos vas pensando en función del problema de la persona con la que estás trabajando pero no es la atención cara a cara. Entonces ahí viene que nosotros veníamos registrando todo, a nombre del paciente, todo lo que íbamos haciendo”. (Coordinadora del Departamento de Trabajo Social-Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario)

A partir de este pedido del Área de Estadística, el Departamento de Trabajo Social junto con un grupo de Trabajadoras Sociales, elaboraron una propuesta que fue presentada al resto de las/os trabajadores/as sociales en la que se plantea lo siguiente:

“El sistema de información prioriza al sujeto de la atención como centro de su funcionamiento.[...] Por supuesto que este registro no da cuenta de la totalidad de las prácticas que se realizan en los diferentes niveles de atención, o sea que sólo produce una aproximación a uno de los momentos en los procesos de atención: el ligado al encuentro personal con el sujeto. La unidad de análisis es la Consulta, por otro lado el registro está centrado en el usuario. (...)Cabe aclarar específicamente que para la disciplina de Trabajo Social hay un importante desarrollo de intervenciones que exceden ampliamente al momento de la consulta con el sujeto, por cuanto parte de ese registro estará consignado en las estrategias elaboradas para su abordaje” (Documento elaborado por el Departamento de Trabajo Social-Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario).

Este documento atrajo todo tipo de debate en el colectivo profesional, la principal inquietud, como plantea la Coordinadora del Departamento, fue en torno a la necesidad de plasmar la totalidad del proceso de trabajo desarrollado por las trabajadoras sociales.

“(...)por un lado no se da cuenta de todos los procesos de trabajo que nosotros tenemos y por el otro es (...).no solamente del trabajo de lo disciplinar, sino tampoco como lo que es el proceso de atención del paciente...” (Coordinadora del Departamento de Trabajo Social-Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario).

Así también lo explicitan las trabajadoras sociales de Centros de Salud entrevistadas:

“(...)... osea nosotras decíamos a veces cuando las coordinaciones piden números en relación a nuestros compañeros y demás ..figura que vos ponés las atenciones que tenés con el paciente no refleja la totalidad del laburo, por que es real digamos, nuestro laburo tiene que ver con otra cosa... tiene que ver con esto pero el 80% uno está hablando por teléfono, reuniéndose, yendo a visitas... que no tienen que ver con que el paciente esté sentado delante tuyo....” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1).

“Y ... otra de las cuestiones es... con lo cual tenemos muchas discusiones es que el sistema está pensado para que lo que se cargue (...) la intervención que uno tiene cara a cara con el paciente, la entrevista, la consulta.. Se generó mucho conflicto con eso porque nosotros lógicamente tenemos entrevistas, con estas personas de lo contrario no podríamos intervenir si no las entrevistamos, eso es básico...El tema es que después nuestras intervenciones no siempre requieren tener a la persona adelante.. en la gestión, en las reuniones, en coordinar cuestiones con otros equipos, con otros niveles, otras instituciones... Entonces.. nosotros veníamos cargando eso .. porque era lo que estábamos haciendo y se nos dice que no ...” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

En tal sentido, Marta también agrega el carácter acotado que genera pensar la práctica a partir de la intervención con un/a paciente, ya que no permite incluir dispositivos interinstitucionales, el armado de redes o cuestiones comunitarias.

“Lo que no es asistencial en el sistema no aparece... no hay modo todavía de poder mostrar qué talleres se trabajan .. con qué otras instituciones se trabaja...en qué red se participa.. [...] una reunión interinstitucional .. Si no trabajas la situación de un paciente particular no lo podés cargar.. Porque no tenés modo de ingresar al sistema si no es (a través de un paciente)....” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

Así mismo, María se muestra crítica frente a la propuesta de carga de “consultas” o “atenciones”. Plantea que realizar cargas a partir de la demanda es desconocer lo que hace un/a trabajador/a social:

“(…)ahora no, lo que querían era que registráramos sólo si teníamos al paciente “ao vivo” [...] Pero eso es desconocer totalmente la función del trabajador social, porque entonces yo agarro qué hago me pongo un kioskito me siento en la puerta del centro de salud y que vengan a preguntarme (...)Yo no lo comparto a eso, osea, (...)entiendo que las herramientas en sí son acotadas.. entiendo que esta herramienta además para mí es particularmente acotada, y la vamos a acotar más todavía yo no lo comparto en lo más mínimo (...)”(María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Por otro lado, esta inquietud del colectivo de trabajadores/as sociales de plasmar la totalidad del trabajo que realizan, refleja también el sesgo de control sobre el trabajo que genera la estadística y la cuantificación de pacientes atendidos/as. En este sentido, las trabajadoras sociales a través de los registros, buscan dejar plasmado, a qué dedican su tiempo de trabajo.

“Lo que pasa es que siempre está el sesgo de que la estadística sea utilizado, así como en forma sistemática, para ... con fines persecutorios en el sentido de decir “a ver cuántos pacientes viste.. cuántas horas vos tenés asignadas y bueno, si en esas horas asignadas vos viste tantos pacientes entonces vos que hacés con el resto...” (Coordinadora del Departamento de Trabajo Social-Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario)

“Se suscitan varias discusiones entre las compañeras (...)Y ... un poco de paranoia también de esto de que el sistema sirve para controlar ...que con eso saben lo que hacés, lo que no .. (...) indirectamente algunos hacen estos cálculos de en seis, siete horas hiciste dos pacientes .. tres pacientes y demás .. ” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

“(…)porque mi pregunta es qué es lo que quieren medir, y la pregunta que me hago después de acerca de qué es lo que quieren medir es .. yo no creo que los números sean neutros ni mucho menos y a mí me da muchísimo miedo en torno a cómo viene políticamente desarrollándose, (...) que ... estamos así como con el Pro tocándonos la puerta de la Municipalidad, entonces si yo por ejemplo en términos de proceso seguí dos situaciones por día con el ... digamos con toda la furia va a venir Agapito Blanco y va a decir de que yo trabajé dos situaciones en un día... no es así... no es así, qué se yo...”(María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Además de estas discusiones relacionadas a la posibilidad de objetivar o cuantificar su trabajo, nos interesa destacar la cantidad de trabajadoras/es sociales que completan los

registros. En el último informe correspondiente al año 2017, se muestra que 33 centros de salud municipales cuentan con trabajadores/as sociales, de los cuales 19 realizaron registros en el año 2017 y sólo 5 de ellos tienen carga sistemática. Cuando indagamos sobre esta cuestión, visualizamos que más que ver con la “resistencia” del colectivo a utilizar la herramienta, las trabajadoras sociales entrevistadas refirieron a la sobrecarga de trabajo, a la imposibilidad de poder sistematizar el trabajo y reflexionar en torno a él dada la constante atención sobre urgencias, como así también imposibilidades dadas por falta de insumos necesarios en los centros de salud (que no cuentan con computadoras por ejemplo).

“Y también es cierto que nosotros a vecesEsto: no nos da la cabeza. Una de las compañeras la vez pasada, cuando intentamos trabajar eso en el Revuelto, me dice (...) yo entiendo que esto es importante pero a mi no me da la cabeza.[...]Hay toda una sobrecarga de trabajos y de problemáticas que recaen en el equipo de salud y por ende también, digamos, mayormente recae en trabajo social.... que yo no tengo cabeza, mis problemas están en otro lugar, digamos...” (Coordinadora del Departamento de Trabajo Social-Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario).

“Y... yo creo que no se si hay una resistencia por la herramienta en sí lo que hay es como una... a veces.. la vorágine del laburo se te complica poder hacer las cargas .. Eso yo creo que es más... que por la resistencia al instrumento digamos.. Eh... Hay compañeros que todavía... que no tienen consultorio, o que no tienen espacio físico, menos computadora...” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1).

4.2. Sobre las “prácticas” predominantes en los Registros.

Llama la atención, respecto al último informe elaborado a partir de los datos relevados en el 2017, la persistencia de prácticas “individual/familiar disciplinar” que representan el 71% aproximadamente de la totalidad de las prácticas cargadas.

Según este dato, predominarían en los Centros de Salud prácticas en donde las trabajadoras sociales intervienen sobre situaciones a nivel de un sujeto o su familia y a partir de las cuales desarrollan estrategias en el plano estrictamente disciplinar.

Sin embargo, a lo largo de las entrevistas, las trabajadoras sociales no se identificaron con este resultado, no acuerdan con la preeminencia de este tipo de práctica.

“Mira yo lo uso cuando en realidad es más de entrevista y de eso... Después me ..resulta bastante dificultoso esa parte digamos, ...de pensarlo [...] creo que eso

no queda tan claro, por eso no se si refleja lo realmente lo que es” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1).

“No, es en lo personal no.. Eso tiene que ver con el momento en que yo me encuentro con el paciente para conocer qué es lo que le pasa y qué es lo que piensa que Trabajo Social puede estar haciendo ... acompañando, orientando y demás... (...) Pero lo que me parece que ese 70% de ... no tengo yo sacado un porcentaje de eso... me interesaría verlo ... pero me parece que sí.. refleja... por ejemplo .. había un cuestionamiento a esto de .. cuando nosotros cargamos.. por ejemplo un trámite o una gestión ... que se yo presentar un informe.. ir al SPV a llevar un informe ...” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

“Hay una predominancia de lo individual familiar.. sí claramente ... pero... también entiendo que el sistema es limitado, o sea hay cosas que nosotros hacemos que no...” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3).

5. Aproximaciones a las estrategias desplegadas por el Trabajo Social

Iamamoto (2003) busca resaltar la dimensión política de la profesión. Los/as asistentes sociales, están inmersos/as en un campo institucional en donde se encuentran refractados intereses sociales antagónicos, fuerzas sociopolíticas luchando en la construcción de hegemonía. A lo largo de este apartado, en el que describimos las formas que asume el abordaje intersectorial e interdisciplinario, es posible visualizar la puja de fuerzas sociales antagónicas.

Muchas veces las trabajadoras sociales se encuentran entrampadas por la lógicas burocráticas y administrativas, como también inmersas en las contradicciones que plantea la política pública de salud, que pretende un “abordaje integral de la salud” pero no promueve los canales de coordinación y comunicación intersectorial requeridos para su abordaje. El abordaje intersectorial por su parte, también encuentra dificultades por la ausencia de instituciones a nivel del territorio, siendo el Centro de Salud, sino la única, la más importante y con mayor desarrollo en el territorio. Por otra parte, la relaciones con las instituciones del territorio son tensas y contradictorias, ya que muchas veces se expresan miradas y abordajes diferentes ante determinadas situaciones.

Otras veces, en el trabajo interdisciplinario del Centro de Salud, se expresan antagonismos entre un modelo bio-médico que se expresa como hegemónico y un modelo de salud ampliada.

En sentido, en el el marco de su autonomía relativa, tanto ética como política, las trabajadoras sociales van tejiendo estrategias, se alían a fuerzas sociales, se apoyan en

miembros del equipo, se unen con instituciones del territorio para hacer frente a las dificultades que se plantean en su trabajo. Así lo expresa María, Trabajadora Social del Centro de Salud N° 3:

“(...) hay un punto en donde también esto: hay cosas con las que puedo, cosas con las que no, sobre las que no tengo gobernabilidad y cosas con las cuales me tengo que organizar con otros sea desde la intervención más mínima acá en el centro de salud con algún compañero, sea para armar una cuestión más intersectorial y pensarlo en el barrio, sea para poder pensar en una intervención en donde nosotros solos no... con lo nuestro no alcanza y es necesario sentarse con la escuela, sentarse con un centro de día... o sea sentarme con las colegas a organizar cosas y decir bueno nosotros llegamos hasta acá (...)” (María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

5.1. Sobre el Abordaje Intersectorial. Recursos y Medios de Trabajo.

El trabajo desarrollado en los Centros de Salud que tiene como eje central el abordaje integral de la salud, su prevención y promoción; así como su anclaje territorial, hace que las trabajadoras sociales aborden situaciones referidas a una multiplicidad de manifestaciones de la cuestión social que desarrollamos en el capítulo anterior.

Una de las formas de trabajo implica el abordaje intersectorial de situaciones que toma diversas formas: desde la articulación con instituciones del territorio, la gestión de recursos a través de programas sociales de distintas dependencias estatales, como así también el trabajo mancomunado con instituciones estatales que abordan problemáticas sociales específicas.

En este sentido, las trabajadoras sociales entrevistadas mencionan una multiplicidad de instituciones de diversa índole: desde instituciones estatales a organizaciones sociales ancladas en el territorio (como los Centros de Convivencia Barrial, las escuelas y jardines, los comedores, movimientos sociales y partidos políticos), como otras dependencias del Estado en sus tres niveles: Municipal, Provincial y Nacional. A nivel municipal se menciona al Servicio Público de la Vivienda y Hábitat (del cual depende el Programa de Emergencia Habitacional), la Secretaría de Desarrollo Social y sus dependencias (entre ellas, el Servicio de Atención Ciudadana y Área de Atención en Violencia de Género), la Secretaría de Economía Social y la Secretaría de Cultura y Educación, como también a las instituciones de segundo y tercer nivel de la red de salud municipal (como hospitales y dispositivos de salud mental que funcionan en su interior como “El Puente” en el Hospital Roque Sáenz Peña). Por otro lado se mencionan centros de día públicos como “La estación”. A nivel provincial nombraron fundamentalmente al Ministerio de Desarrollo Social del cual dependen el Programa de Tarjeta Única de Ciudadanía, la Subsecretaría de Derechos de Niñez,

Adolescencia y Familia, también trabajan con la Subsecretaría de Inclusión para personas con Discapacidad dependiente del Ministerio de Salud. A su vez se mencionan programas que articulan niveles provincial y municipal como el Programa Nueva Oportunidad. Se menciona el trabajo con el Programa Andrés.

A nivel nacional, las trabajadoras sociales hacen mención mayormente a derivaciones a dependencias de A.N.Se.S como al Ministerio de Desarrollo Social y la dependencia de Comisión Nacional de Pensiones. Por otro lado se hace mención a dispositivos que aúnan trabajos entre las tres dependencias estatales como el DIAT (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial).

En relación a instituciones ancladas en el territorio, el trabajo se caracteriza mayormente por el abordaje de problemáticas comunes, al intercambio de miradas respecto a determinadas situaciones y a la elaboración de estrategias de trabajo conjunto.

Por ejemplo, en relación a las escuelas, se resalta el trabajo sinérgico de cuestiones de gravedad como abusos sexuales en niños/as, ya que muchas veces estas instituciones son las primeras en detectarlo. Sin embargo, refiere a ciertas tensiones en esta relación:

“A veces viene de la escuela, porque emerge algún síntoma en la escuela, entonces ... los docentes o el directivo ... deriva ...que están notando tal cosa.. que les parece que puede haber, nosotros tratamos de bajar un poco los decibeles con las escuelas, pero a veces si... aparecen desde allí... A veces el chico habla o la nena habla con la docente, y aparece ahí”(Marta, Trabajadora social -Centro de Salud N°2)

Por otro lado, todas las trabajadoras sociales coincidieron en la importancia y potencialidad de promover instancias de coordinación con las demás instituciones del barrio y organizaciones sociales presentes.

En este sentido, Marta, Trabajadora Social del Centro de Salud N° 2, hace referencia a un espacio de trabajo conjunto con las trabajadoras sociales de Centros de Salud más cercanos y el CCB. Allí se debaten en torno a poblaciones que tienen en común, como así también de problemáticas referidas al territorio en general, como cuestiones referidas a los comedores y su accesibilidad.

“Nosotros el año pasado arrancamos con un espacio con la trabajadora social del Ceferino, del “7 de septiembre” y con la coordinadora del CCB ..(...) a trabajar las problemáticas que tenemos en común ... Ahí nos aparecen los nombres de las pacientes porque trabajamos el paciente que circula por los cuatro lugares.. o por tres lugares...a veces no por los 4 ... pero hay muchos que los conocemos las cuatro instituciones...”(Marta, Trabajadora social -Centro de Salud N°2)

Así mismo, Gianina, trabajadora social del Centro de Salud N° 1, menciona las dificultades de lograr este tipo de articulación justamente por la ausencia de instituciones en el barrio en el que se encuentra anclada:

“Sí, las dificultades que nosotras tenemos es que no tenemos muchas instituciones en el barrio .. por ejemplo nosotros no tenemos CCB... y hay pocas instituciones así como ... para laburar en el barrio... entonces eso es como una cosa que dificulta bastante ... yo lo veo en comparación con otras experiencias de otras compañeras que tienen CCB o al lado del centro de salud o muy cerca y se dan otro tipo de trabajo interesantes.. y por ahí en las respuestas a algunas cosas ... o en pensar ... alguna estrategia a veces es muy importante laburarla con otro...”
(Gianina, Trabajadora social -Centro de Salud N°1)

Por otro lado, nos describe una experiencia interinstitucional llamada “Pachachaka”, un espacio de juego y de encuentro entre varias instituciones (como el CCB Vía Honda) y vecinos/as del barrio.

“nosotros tenemos un espacio más de territorio en el asentamiento de Vía Honda ... que en realidad es un espacio de juego que se llama Pachachaka ..que se hace del 2009 con varias instituciones que también digamos, tienen intervención en ese asentamiento .. que tienen.. que compartimos población ...” (Gianina, Trabajadora social -Centro de Salud N°1)

Gianina expresa que constituye una forma de hacer presente al Estado en el territorio.:

“es un lugar donde hay pocas intervenciones del Estado en el territorio y a través del Pachachaka, nada, estamos garantizando de hecho... a través de esto del escuchar, de poder tener alguna incidencia en estas condiciones de ... de vida...”
(Gianina, Trabajadora social -Centro de Salud N°1)

Así mismo, María, trabajadora social del Centro de Salud N°3, alude a la ausencia total de instituciones públicas en el barrio e identifica que las existentes dependen del Arzobispado. En este sentido, señala dificultades a la hora de elaborar estrategias comunes y las diferencias de percepciones frente a determinadas situaciones.

“La escuela en el sentido de ... un lugar para poder trabajar estas problemáticas no...no es muy alojante, en realidad tenemos como una visión distinta acerca de las problemáticas, igual eso al menos desde mi punto de vista no sucede solamente con esta escuela, sucede en líneas generales con las escuelas” (María, Trabajadora social -Centro de Salud N°3)

Por otra parte, nos menciona una experiencia de armado de una “mesa intersectorial” en el barrio, añadiendo que este año proyectan sumar a las organizaciones sociales y partidos políticos. La idea de esta mesa intersectorial, es involucrar la participación de otros actores en

el abordaje de problemáticas, que trascienda el hecho de realizar una denuncia o demanda en el Centro de Salud, y se propone abordarlo de una forma comunitaria y colectiva.

“Entonces yo le propongo a mi jefa por qué no ordenamos esto un poco más...ya que tenemos tantas organizaciones, ya que hay tantas personas interesadas en esto.. (...) pero que no sea una preocupación que llega al Centro de Salud, que sea una preocupación de todos... y que podamos hacer todos algo con esto.. y para mi eso también tiene que ver con la salud.. digo, esto de poder mover algunas visiones acerca de cómo vemos al otro o ...esto: “yo llego al Centro de Salud, se lo dije y se terminó el problema”... ”(María, Trabajadora social -Centro de Salud N°3)

Por otro lado, como mencionamos, además del trabajo con las instituciones presentes en el territorio, se muestra un trabajo articulado con otras dependencias estatales en la obtención de recursos tanto financieros, técnicos y humanos que las trabajadoras sociales no poseen. Se trata de aquellos “medios de trabajo” que se encuentran alienados.

En este sentido, las trabajadoras sociales, a través de la presentación de informes sociales en diversas dependencias estatales, logran realizar gestiones sociales para responder a demandas relacionadas a la obtención de recursos materiales o económicos. Al respecto aluden, por ejemplo, al Programa de Emergencia Habitacional dependiente del Servicio Público de la Vivienda y el Hábitat, a través del cual se otorgan materiales para construir una habitación y un baño o un subsidio para el alquiler de una vivienda en casos de emergencia habitacional.

Así mismo, refieren al Servicio de Atención Ciudadana dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad, en donde se gestionan subsidios para anteojos, prótesis, tarjetas de colectivo para acceder a tratamientos en otras instituciones de salud como el ILAR u otros Hospitales.

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

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

Respecto a recursos humanos y técnicos refieren a la articulación con la Secretaría de Cultura y Educación (a través de los cuales se realizan por ejemplo talleres como de rap y de cómics en los Centros de Salud con profesores/as dependientes de la Secretaría de Cultura) y a la articulación con el Programa Nueva Oportunidad (con el cual desarrolla, por ejemplo, un

taller de carpintería en el cual se le otorga una beca económica a los/as jóvenes que participan y es desarrollado por un profesor dependiente del Ministerio de Educación de la Provincia).

En el desarrollo de estas articulaciones, las trabajadoras sociales identifican un nudo problemático: muchas veces no obtienen las respuestas esperadas por las dependencias estatales mencionadas, lo que las ubica en un lugar de malestar e impotencia.

“Pero generalmente es hacia afuera las dificultades que tenemos ... No encontrar respuestas desde otros... sectores ..como pueden ser vivienda... educación...la cuestión laboral... las capacitaciones, ese tipo de cosas... suelen ser obstáculo... porque alguien a quien uno le propone armar un proyecto de vida , pensar en un futuro sin esas herramientas...”(Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

“(...)yo he pasado por momentos de muchísima angustia, esto de decir bueno, (...) viene toda la gente con todos los colchones mojados, la ropa mojada, con los pibes todos embarrados a pedirme cosas o hago la lista, se la mando a Desarrollo y Desarrollo hace un rollito viste, y la tira a la basura (...)y yo me quedo con el malestar porque estoy acá todos los días, entonces hay un punto en donde también esto: hay cosas con las que puedo, cosas con las que no, sobre las que no tengo gobernabilidad” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Así mismo, María remarca el carácter discrecional con el que se manejan ciertos recursos, siendo que cada trabajadora social obtiene respuestas diferentes frente a una misma situación. Refiriéndose a un grupo que armaron estratégicamente en conjunto con las trabajadoras sociales del sector municipal de salud del Distrito Sur explica:

“(...)Vamos a armar como una especie de circuito común a todas, por qué a vos Promoción sí te cubre los lentes para adultos y a mi no me los cubre ... ¡no puede ser a título personal!.. (...)No, porque no estamos hablando de [x trabajadora social] o de [x trabajadora social], estamos hablando de los usuarios... de la Ciudad de Rosario.. (...). (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Por otra parte, en el abordaje de situaciones complejas como las referidas a la salud mental, a la violencia de género, a la interrupción legal del embarazo, como también a las relacionadas infancia y la niñez, las trabajadoras sociales articulan con instituciones que abordan el tema específicamente. En referencia a la salud mental trabajan de manera conjunta con dispositivos como centros de día (entre los que mencionan al “Puente” a “La Estación” y al DIAT), en relación a la violencia de género lo desarrollan articuladamente con el Área de Violencia de Género dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad. Las cuestiones referidas a la interrupción legal del embarazo se trabajan junto con hospitales pertenecientes al segundo y tercer nivel de la red de salud municipal. Por último, en lo que

refiere a niñez, se apoyan en la Subsecretaría de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia.

Para trabajar estas cuestiones, las trabajadoras sociales se apoyan en un amplio marco legal que otorga contenido y direcciona las intervenciones. Entre ellas mencionan Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010) y la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. A ellas les agregamos la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, como también la Ley nacional n° 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), como la Resolución N°612 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe que adhiere a la mencionada ley y adopta una Guía Técnica para Atención Integral de los Abortos No Punibles.

Sin embargo, en estas articulaciones, también se producen tensiones y desencuentros, producto de miradas distintas ante determinadas situaciones o por cuestiones de índole burocrática.

Las diferencias ideológicas, son descritas por Marta, en relación a una situación de I.L.E. (Interrupción Legal del Embarazo) trabajada con el Hospital Centenario, en donde no se respeta y se desconfía de la decisión de una adolescente de realizar una adopción, ya que luego del parto, se espera que la misma responda a un esperable “instinto materno”.

“en algún momento surgió por ejemplo me acordaba cuando se estaba dando el tema de la adopción... con el Centenario.. era una adolescente que (...) no se había dado cuenta que estaba embarazada.. estaba muy avanzado... (...)Y... bueno, como lo primero que se presenta es una ILE ... en el Centenario se da la negativa porque está muy avanzado ... Se empieza a trabajar con Trabajo Social de allá y del Centro de Salud la posibilidad de la adopción... ella lo ... acepta...Pero el equipo del Centenario .. con el jefe de obstetricia desestimaba que ella lo iba a dar en adopción, ella se lo iba a quedar, porque parir, lo ve se lo ponen “acá” (señalando el pecho)... se lo queda...[...] y hubo que laburarlo muchísimo, incluso después del parto... la enfermera se lo pone sobre el pecho, ella le dice que no .. que no se lo ponga, que ella lo va a dar en adopción no quiere ... es ella la que pone el límite. [...] Entonces ahí tenemos diferencias ideológicas en esto...” (Marta, Trabajadora Social-Centro de Salud N°2)

Por otro lado, María refiere a las dificultades de articulación con la Subsecretaría de Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia. Muestra la lentitud de respuesta de la misma ante situaciones urgentes.

“No se si te habrán dicho las compañeras lo que es la Dirección Provincial de Niñez, es un ácido ese lugar, es terrible, o sea..habría que ponerle un cartel que diga “no se olviden que estamos hablando de niños”, que mientras estamos debatiéndonos sobre qué hacemos.. sobre si nosotros hicimos lo suficiente o no como para ... que estos niños puedan digamos...insertarse en el Centro de Salud, insertarse en la escuela...están pasando un montón de cosas (...) Yo siempre me acuerdo las palabras de una compañera mía(...)que me decía: el tiempo de la infancia no tiene retorno...Entonces ahí yo, para mí ese es uno de los puntos más complicados en el tema de la intervención en infancias, porque sí la casa se te puede llover, todos naturalizamos desde el primero que naturaliza es el Estado de que pueden vivir en el medio del barro y todo eso, ahora de la violencia y del abuso sexual no se vuelve, o sea, es algo que te va a marcar el resto de tu vida y nosotros tenemos que hacer algo con eso, pero parece que no, no sé..”(María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

Así mismo refiere al malestar y el desgaste que le genera no obtener respuestas de parte de otras instituciones:

“Que yo siento que (...) mi desgaste más grande no tiene que ver con las intervenciones en sí mismo.. Tiene que ver con la burocracia, tiene que ver con cómo el Estado piensa sus políticas públicas, eso...” (María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

5.2. Sobre El Abordaje Interdisciplinar.

A lo largo de las entrevistas, las trabajadoras sociales hicieron alusión al trabajo interdisciplinario como parte de sus estrategias de trabajo. Mencionan que “nunca se quedan solas para intervenir” y que para ello se apoyan en el equipo y en las instancias de retraining de situaciones. En este sentido, aluden a un trabajo de mayor sinergia con disciplinas matriciales (principalmente las de salud mental).

“(...) hoy estamos como un poco más limitados que es algo que tenemos que retomar...pero a mí lo que me gustaba del Centro de Salud era que todavía teníamos, al menos hasta ahora, margen para sentarnos a retraining las situaciones ..Con las compañeras de salud mental sí por ahí podemos como ...en algún momento hacernos un huequito, sentarnos a trabajar , pero también tiene que ver con la valoración de esto: del retraining, que por ahí con la parte de los médicos cuesta un poco más...” (María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

“No, no trabajo nunca sola ... osea en las cuestiones que son específicas más si obviamente.. Pero estas cuestiones [refiere al abordaje de I.L.E.] nunca las trabajo sola...Las trabajo con Salud Mental que pueden ser con el psiquiatra o sin el psiquiatra pero sí con la psicóloga con una o con las dos según la situación por que en algunas está bueno que estén las dos .. y con los médicos y los enfermeros que estén más referenciados con la persona.. Tenemos mucho training en trabajar en

equipo no ... osea es como un acuerdo que nadie quede sólo..” (María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

Entre las dificultades que esbozan, plantean la sobrecarga de trabajo y el impedimento que esto genera para generar espacios de encuentro y retrabajo. Por otro lado, plantean que en los equipos existen relaciones democratizadas comparadas con otras experiencias, aunque persista una “resistencia” por parte de las disciplinas relacionadas a la medicina a las instancias de retrabajo y planificación.

En esta línea, María, si bien hace alusión a la persistencia de la hegemonía médica, reconoce en el Centro de Salud un espacio más democratizado que otros como los hospitales, que permite el diálogo y el debate con los/as compañeros/as de trabajo.

“Hay gente con la que te desencontrás completamente y vos decís ... qué hace acá, no tendría que estar trabajando cerca del Arroyo Saladillo, sino en el Sanatorio Los Arroyos, en otro lado, pero bueno... Pero así todo, yo creo que acá en Atención Primaria uno puede sentarse a discutir con el compañero más en el uno a uno para despejar algunas cuestiones. Con el Servicio de Oncología del Hospital Vilela, digamos, está: el servicio, dios y el resto de los mortales...me entendés?, entonces es muy difícil poder deconstruir algo ahí.. Lo digo con conocimiento de causa porque estuve un año en el Vilela, es muy difícil, es como que allá la cuestión de la hegemonía es mucho más fuerte...no solamente para con nosotros, sino fundamentalmente para con los usuarios, entonces, por esa diferencia es que sigo eligiendo Atención Primaria...” (María, Trabajadora Social-Centro de Salud N°3)

Así mismo, Gianina, coincidiendo con la apertura que existe en los Centros de Salud para trabajar en forma interdisciplinaria, alude a las dificultades de generar encuentros dada la vorágine del trabajo.

“Porque la cotidianeidad de cómo ...del laburo de los compañeros, es... bastante... difícil encontrar el hueco como para retrabajar alguna situación.. o estás en el consultorio y te tocan la puerta (...)es muy difícil (...) digamos, algo que yo noto que está bueno acá que hay posibilidad ... podría mejorar muchísimo, pero... bueno ...se puede laburar... hay equipos en los que no (...)”(Gianina, Trabajadora Social-Centro de Salud N°1)

Las aproximaciones realizadas en torno al trabajo interdisciplinario en los Centros de Salud analizados, nos invitan a reflexionar respecto a niveles del trabajo interdisciplinario que conceptualiza Vasconcelos. Los mismos, se clasifican según los grados de cooperación y coordinación identificando de menor a mayor grado: el nivel multidisciplinar consiste en un conjunto de disciplinas propuestas simultáneamente, sin una mirada integral, por ejemplo, la

interconsulta). La pluridisciplina se basa en disciplinas yuxtapuestas ubicadas en el mismo lugar jerárquico, estableciendo relaciones entre ellas (por ejemplo, reuniones clínicas, donde sólo se intercambia información o se definen estrategias particulares sin cooperación). Por otro lado, en la inter-disciplina auxiliar, una o varias disciplinas contribuyen al dominio de una sola disciplina con mayor legitimidad. La interdisciplinariedad es entendida como un grupo de disciplinas relacionadas entre sí que tienen una axiomática y finalidad común. Exige: identificar un problema común, concepciones políticas y teóricas básicas, un juego de decodificación recíproca. Por último la transdisciplina radica en la coordinación de disciplinas de acuerdo a una axiomática general común, creando un campo de autonomía teórica.

A partir de estas conceptualizaciones, nos resulta dificultoso asimilar alguno de ellos con la dinámica descrita en los Centros de Salud. Más bien, es posible identificar la alternancia y presencia híbrida de estos niveles de cooperación y coordinación entre disciplinas. En primer lugar, la apelación por parte de las trabajadoras sociales respecto a espacios democráticos (o más democráticos que otros), nos aproxima al nivel de trabajo pluridisciplinar. Por otro lado, la mayor articulación y cooperación con disciplinas matriciales (principalmente la psicología), la apuesta de las mismas a darle importancia a las instancias de retraining y de elaboración de estrategias conjuntas, se aproxima más al nivel interdisciplinario.

Por último, la mencionada resistencia de las disciplinas médicas respecto a la valoración de estas instancias de retraining, nos aproxima a la persistencia de la hegemonía del modelo médico¹⁴. Según este modelo, los niveles de articulación se relacionan más con la lógica multidisciplinaria (caracterizada principalmente por la derivación) o a la interdisciplina auxiliar (en donde las disciplinas matriciales se posicionarán al servicio de la medicina).

6. Sobre la propia actividad, instrumentos, técnicas y tácticas -operativas .

Las actividades realizadas por las trabajadoras sociales, en calidad de sujetos, capaces de desplegar estrategias, también consiste en la opción por determinados instrumentos, técnicas y medios de trabajo que consideren coherentes con sus finalidades y objetivos.

¹⁴ Según Belmartino (1987), el modelo médico hegemónico consiste en una concepción de la salud y de la medicina que es: individual y biologicista (busca atacar a la enfermedad en un órgano, sin tener una mirada integral de los sujetos, sin poner en relación los procesos de enfermedad con las relaciones y condiciones en la que se encuentran estos sujetos), . tecnocrático: (se basa en la científicidad y por tanto veracidad del saber médico y de su neutralidad, donde se impone una relación desigual entre médico-paciente, al ser el médico el único portador del saber), iatrogénico (procesos médicos dañinos) y medicalizante: (la medicina, al definir lo sano y lo enfermo -lo patológico, lo desviado-, puede controlar estas desviaciones).

En este sentido, lo que se presenta en los Registros de Atención Diaria como abordaje individual familiar, es descrito por las trabajadoras sociales a partir de los encuentros y entrevistas desarrolladas con usuarios/as o familias.

Lera (2006), entiende a la entrevista como una de las herramientas más significativas de la intervención. En este sentido, citando a Gruner, entiende a la intervención, como una “inter-versión”, un juego de interpretación. En la entrevista, en tanto inter-versión, se intercalan versiones acerca de un problema (la del sujeto entrevistado y el/la trabajadora social). A partir de la indagación los/as trabajadoras/es sociales pueden contribuir a problematizar ese relato, configurando uno nuevo.

“Desde este punto de vista vemos la intervención de Trabajo Social como un esfuerzo por provocar una modificación a una versión previa. Ello implica someter a problematización, a crítica, situaciones que se presentan y se asumen como fatalistas, naturalizadas, estigmatizantes, para dar lugar a otra versión, construyendo "con-y-junto a una versión inaugural acerca de la situación convocante” (pp. 20)

De esta manera, las trabajadoras sociales, describen a las entrevistas como instancias de escucha, de apertura, de diálogo. A partir de las cuales, es posible la problematización de esos relatos, como también el acompañamiento y la contención en situaciones de gran complejidad.

Al respecto, Marta, en relación a las situaciones de Interrupción Legal del Embarazo, describe que a partir de los distintos encuentros busca desenmarañar qué significado le otorgan las mujeres al embarazo y cuál es la relación del mismo con su proyecto de vida.

“Bueno depende.. en las intervenciones mías en el ILE.. yo apunto .. primero a la contención familiar que encuentra esa mujer.. esa niña a veces... pero también su proyecto de vida .. qué lugar tiene este embarazo en su proyecto de vida... si figuraba, si a partir de que se concretó figura... o no... Y después (...) si hay acompañamiento, contención familiar o no ... que esté sola con un proyecto de vida que pasa por otro lado que no es el de la maternidad por el momento.. y que no tiene los medios, la forma de incluir a ese niño o niña en su vida ...” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N° 2)

Así mismo en relación a los abusos sexuales, se trabaja a partir de deconstruir tal situación y otorgarle el carácter de “delito”.

“Después a los chicos se los apuntala, se los contiene, se les explica... pero es el adulto el que tiene que tomar noción de que eso es un delito ...(...) nosotros rescatamos aunque sea el valor simbólico de la denuncia..” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N° 2)

Por otra parte, las trabajadoras sociales hacen alusión a las entrevistas centradas en la “atención a la demanda” y a la gestión de recursos. En ellas se incluye el asesoramiento para la realización de trámites de documentación personal o de acceso a seguros sociales o a pensiones nacionales, como también a programas o planes sociales. A partir de estas entrevistas las trabajadoras sociales realizan informes sociales que son relevados a diversas dependencias estatales.

La apertura de estos espacios de atención a la demanda, encuentra limitaciones en el plano socio-institucional y la articulación con otras dependencias de estado, esta cuestión genera malestar en las trabajadoras sociales al no poder dar respuesta a las múltiples situaciones que se presentan.

Al respecto, tanto María como Gianina, plantean las dificultades que encuentran al abrir espacios de escucha y luego no poder dar respuesta por medio de las gestiones sociales.

“antes tenía espacio de atención a la demanda, ahora ya no lo tengo más(...)el espacio ese de atención a la demanda en donde uno quedaba en el uno a uno ahí diciéndole “no, no hay chapas” “no, no hay membrana”...no (...)como que uno terminaba encarnando el no de la política pública..” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

“(...)entonces es muy difícil para nosotros también, ponernos como el límite, hasta dónde...que eso cuesta.. como un ejercicio cotidiano ... de no acotar la escucha, en relación a algunas cosas pero tampoco abrirla porque no vamos a tener muchas posibilidades de poder abordarlas” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1)

Además de estos instrumentos clásicos del Trabajo Social recién mencionados como las entrevistas y los informes sociales, las profesionales hacen referencia a otros tipos de dispositivos a nivel comunitario o grupal como formas de trabajo.

En este sentido, María, describe un espacio llamado “Huerta con Arte” destinado a usuarios/as que no tienen historia clínica en el Centro de Salud o que no tienen equipo de referencia. Se trata de personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de drogas, como de personas con discapacidad o que atraviesan algún padecimiento subjetivo. El espacio propone la producción de plantas ornamentales o para el consumo, como así también la producción de objetos decorativos de jardín. A través de estas actividades se busca generar una mediación hacia dentro del Centro de Salud como también hacia afuera. Hacia adentro, generando un proyecto terapéutico para cada usuario/a y garantizar cuestiones clínicas y de atención básicas. Hacia afuera, proporcionando un encuentro con el espacio público, los/as

vecinos/as y el barrio de otra manera. La trabajadora social, plantea que se trata de un espacio en que hay que poner “mucho cuerpo” y también “cabeza”, planificación y reflexión.

En este espacio la trabajadora social, entiende que se pone en juego lo que Iamamoto(2003) entiende como el componente creativo del trabajo, lo que reviste a la trabajadora social en su condición de sujeto que interfiere en la dirección social de su trabajo. En este sentido, María, refiere que ante tanta impotencia que le generan las injusticias, siente que este dispositivo “la reconcilia con la práctica” y tiene efectos “terapéuticos”.

*“es un espacio que a mí, al menos siento que... como que muchas veces me reconcilia con la práctica, porque eso te va a pasar mucho... (se ríe), te vas a enojar... te vas a enojar con.. porque nos pasa como seres humanos.. cuando uno se enfrenta a situaciones así muy injustas, esto ..te enojás con las instituciones, te enojás con tus compañeros, te enojás con el mundo y decís para que m**** estudié esto (...) y bueno... cuando vuelvo a la huerta es como que.. se me pasa..es también terapéutico, nosotros también decimos (...) que el espacio de la huerta es... tiene efectos terapéuticos no solamente sobre los usuarios, sino también sobre nosotras” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N° 3)*

Más tarde, la trabajadora social hace referencia a lo potencial del vínculo con los/as usuarios y la comunidad, y las posibilidades que ofrece en el despliegue de lo que Iamamoto llama su autonomía relativa.

“Lo que te devuelve la práctica de Atención Primaria, cuando no me enojo,(...)hay momento en donde realmente es agotador, ahora...pienso...tengo el margen de poder desplegar ..la creatividad, digamos, el trabajo de otra manera ..en esto en el uno a uno...(..)” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Por otro lado, Gianina, describe cómo a partir de un dispositivo intersectorial llamado “Pachachaka”, es posible mediante la observación, la presencia en el territorio y en la cotidianeidad de la vida del barrio, acercarse a las problemáticas que se expresan en esta dimensión.

“nosotros tenemos un espacio más de territorio (...) que se llama Pachachaka ..que se hace del 2009 (...) y nada por ahí.. en la recorrida o el estar ahí se detecta algunas cosas en relación a cómo está viviendo la familia con la que vos te cruzás en el centro de salud” (Gianina, Trabajadora social -Centro de Salud N°1)

En este sentido, Madrid (2012) señala que la observación, entre otras tácticas, permite reconstruir las manifestaciones de la cuestión social en la vida cotidiana¹⁵ de las personas.

¹⁵ El concepto de vida cotidiana desarrollado por Madrid(2012), es retomado de Agnes Heller e implica aquellas actividades que todo sujeto realiza en su historia a fin de garantizar su reproducción social. Cada hombre

Así mismo, Vélez Restrepo (2003), destaca la potencialidad de la herramienta de la observación para la reconstrucción de la realidad desde la cotidianeidad, destacando la importancia de lo trivial en los procesos de significación social.

El extrañamiento de lo familiar y lo conocido, constituye un recurso para interpelar y trascender aquella realidad o situación que por estar vinculadas a lo cotidiano pasan desapercibidas.

Por otra parte, Vélez Restrepo (2003) entiende la participación (en tanto involucramiento e interacción con la realidad observada) como una modalidad que permite la apropiación con el sentido y el universo de significantes condensados en la realidad observada.

Por último, otro de los instrumentos utilizados por las trabajadoras sociales sobre los cuales nos interesa reflexionar son los registros de Trabajo Social y particularmente, los Registros de Atención Diaria, en tanto instrumental para nuestra profesión. El registro puede ser entendido como las diversas modalidades a través de las cuales se documenta y se comunica la actividad profesional (Pérez, 2012).

En este sentido, a lo largo de este trabajo, hemos descripto los debates en torno a los Registros de Atención Diaria en sus potencialidades y limitaciones para constituirse en parte del arsenal táctico-operativo del Trabajo Social. Sus limitaciones giran en torno a ser una “imposición” por parte de la política pública de salud, del cual el colectivo de trabajadoras/es sociales tuvo una participación acotada para seleccionar entre diagnósticos, prácticas y tratamientos en un sistema de codificación internacional de enfermedades (CIE10). La herramienta no es una creación propia de la disciplina ni responde a fines propios, ya hemos resaltado su carácter biologicista, sesgado y clasificadorio a la hora para caracterizar las manifestaciones de la cuestión social. Otra de las limitaciones que mencionamos en este apartado, refiere a su incapacidad para plasmar la totalidad de las actividades del Trabajo Social por centralizar su interés en la “atención” cara a cara con los/as pacientes y en su cuantificación.

Entre sus potencialidades, destacamos la valoración de las trabajadoras sociales que, asumiendo sus limitaciones, lo visualizan como, sino la única, una forma de dejar plasmadas en forma ordenada y sistemática, una aproximación a las problemáticas que afectan a las

particular concreto, asume su reproducción de modo distinto que sus semejantes, aunque insertos en la división social del trabajo, lo que hace que sean idénticas en un plano elevadamente abstracto. En este sentido, la autoreproducción es un momento de reproducción de la sociedad.

poblaciones con las que trabajan, como así también configurar un registro de las actividades y tareas que desarrollan, es decir volcar a qué dedican su tiempo de trabajo.

Al respecto, Pérez (2012), advierte sobre las tendencias en el ejercicio profesional de realizar registros a partir de modelos preestablecidos por las instituciones, limitando la potencialidad de los registros para la sistematizar la intervención y los actores sociales involucrados.

Plantea que en la formación profesional la cuestión instrumental “suele estar más ligada a una lógica de racionalidad formal-abstracta¹⁶ que a los fundamentos de la ontología del ser social. Es decir se recuperan los procesos, fenómenos, sucesos a partir de modelos de registro que no contribuyen a superar descripciones aparentes de los hechos” (Pérez, 2012:90).

A su vez, resalta la contribución de este instrumento a la elaboración de un “conocimiento situacional”, que debe ser producto “de una aprehensión de la procesualidad, positividad/negatividad, totalidad de los fenómenos, superador de lo fenoménico y lo aparente” (pp. 91)¹⁷. El registro es una de las bases materiales que permiten a los/as trabajadores/as sociales expresarse y tomar posicionamientos.

Pérez rescata que el uso crítico y reflexivo del registro, tiene la potencialidades en tanto como medio de comunicación, como insumos para futuras investigaciones (reúne, describe, categoriza, interpreta datos que permite reconstruir el entramado de hechos en los que se interviene), facilitador de la planificación y organización del accionar, herramienta para la evaluación (recuperando la memoria del accionar profesional, da cuenta de la procesualidad) ,conforma una materia prima para la sistematización y permite dar cuenta de la intencionalidad y la perspectiva teórica de la intervención. .

¹⁶ Según Guerra (1999, 2004) la racionalidad formal-abstracta, la “concepción instrumentalista de la razón” o mejor dicho, “la subsunción de la Razón Moderna -humanista, historicista y dialéctica-, a apenas una de sus dimensiones, o sea, la dimensión instrumental, sacrificando con eso su carácter emancipatorio” (1999:10), se caracteriza por priorizar acciones de carácter instrumental, inmediatista, por exacerbar el carácter técnico de las mismas, por priorizar el logro de objetivos independientemente de los fundamentos ético-políticos de los mismos. El accionar sólo quedan en el nivel de la empiria, en la singularidad de los fenómenos. Se trata de subsumir la razón al pensamientos, a un elemento que posibilitan la acción, quitándole su carácter reflexivo, su capacidad de negar lo existente, su dimensión crítico-emancipadora

¹⁷ Según Guerra La racionalidad formal abstracta se opone a la razón crítico-dialéctica que permite recuperar el carácter emancipatorio de la razón.

BIBLIOGRAFÍA

-ARIAS, A. ARBUATTI, A. GIRALDEZ, S., ZUNINO, E. “Secuencias, Niveles y Procesos. Viejas, y sin embargo presentes, tensiones dentro de la metodología del Trabajo Social” en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp. 40-50

- BELMARTINO, Susana. “Modelo médico hegemónico”. Ponencia en “ Primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud –CONAMER –A.R.H.N.R.G.” ,1987, pp.197-211. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf> .
Ultima visita 15/06/2018.

-CAMPANA, M. “La asistencialización de la salud pública. La Atención Primaria de la Salud en el municipio de Rosario”. *Tesis de doctorado en Trabajo Social*, Universidad Nacional de Rosario, 2010.

-CAPPIELLO, M.A. y PARADISO, J.C. “Gestión de la salud: Principios orientadores puestos en acción en un contexto”, en *Salud en el Municipio de Rosario. La construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de gestión*. Entrevistas. 1º ed. Rosario, UNR editora, 2003. Disponible en http://www.miguelcappiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial_2811.php

-CAZZANIGA, S., SALAZAR, S., PIERUZZINI, R. & VILLAGRA, V. *Trabajo social y cuestión metodológica*. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Año 2009. Disponible en <http://www.fts.uner.edu.ar/academica> . Última visita 28/9/17-

-GARCÍA GODOY, B., MANES, R., MURDOCCA, L., & ROBLES, C. “Matrices teóricas de inscripción del proceso metodológico en Trabajo Social”, en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp. 8-39

-GARELLO, S. y PONZONE, J., “Los sujetos de la intervención en el proceso metodológico”, en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su*

Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp. 51-71

-GUERRA, Y., *Elementos para la comprensión de la instrumentalidad del Trabajo Social*. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, Boletín electrónico Surá, n° 30,1999.

-GUERRA, Y. *Instrumentalidad del proceso de trabajo y servicio social*, XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana, San José, Costa Rica, 2004.

-GONZALES, P & RETAMAL, P, “Mediación: una aproximación desde el Trabajo Social”, en en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp. 87-99.

-GABRINETTI, M. “Perspectiva relacional, condiciones de trabajo y representaciones en el análisis de la intervención profesional en trabajo social” en ROZAS PAGAZA, M. & GABRINETTI, M. (COORD) *El trabajo social en diferentes campos de intervención profesional*, La Plata, Editorial de la Universidad de La Plata, 2016, pp. 8-18.

-LERA, C. “La entrevista. De la versión a la inter-versión”, en *Intervención profesional: La entrevista*, UNER, 2006.

-MADRID, “La observación en la práctica social del trabajador social”, en MALLARDI, M y OLIVA, A. (coord). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2012, pp. 33- 44.

-MALLARDI, M. OLIVA, A. & PEREZ, C. “Procesos de intervención y tácticas operativas en Trabajo Social”, en MALLARDI, M y OLIVA, A. (coord). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2012, pp. 11-18

-MALLARDI, M. “Conocimiento situacional y práctica del Trabajo Social”, en MALLARDI, M y OLIVA, A. (coord). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2012, pp. 19-35.

-MARTINELLI, M. L. y KOUMROUYAN, E., “Un nuevo mirar para la cuestión de los instrumentos técnicos operativos en servicio social”, en *Revista Servicio Social y Sociedad*, Editorial Cortéz, 1994.

-MOURA REIS, V.T., “La enseñanza del instrumental técnico en Trabajo Social”, Grupo De Investigacion Y Accion Social, Facultad De Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil, 2002.

-MUNICIPALIDAD DE ROSARIO, *Plan Estratégico Rosario*. Año 1998. Disponible en <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=4718&tipo=objetoMultimedia>. Última visita 24/4/2017.

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. *La experiencia de la descentralización en Rosario. Visión, proyecto y realidad de un modelo de ciudad, Rosario*. Año 2009. Disponible en : <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=4693&tipo=objetoMultimedia>. Última visita 19/4/2017

-MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA (2007), “10° Congreso Salud en el Municipio de Rosario. Utopías y Realidades (Noviembre 2006): parte II conferencias y paneles seleccionados”, *Salud en el Municipio de Rosario*, 2007, Vol. 27 Rosario, UNR Editora.

-MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA, “Atención Primaria y Participación Popular. 2° Jornadas de Salud y Participación Popular (abril 2005). 10° Congreso Salud en el Municipio de Rosario (Noviembre 2006).”, *Salud en el Municipio de Rosario*, 2007, Vol. 26, Rosario, UNR Editora.

-MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA, “La construcción de salud según sus protagonistas. Principios Orientadores. Ejes de gestión. Entrevistas”, *Salud en el Municipio de Rosario.*”, 2003, Rosario, UNR Editora.

-PÉREZ, M.C., “Los registros en Trabajo Social”, en MALLARDI, M y OLIVA, A. (coord). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2012, pp. 88-109

-ROVERE, M. *Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad*, en El Ágora Web, Año 2005, disponible en: http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf

-ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

-TESTA,C., MOREYRA, V. & FERNÁNDEZ VECCHIO, M., *Dimensión instrumental del Trabajo Social*, en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp. 72-86.

-TRAVI, B. *Diseño, Aplicación Y Evaluación De Técnicas E Instrumentos En La Intervención Profesional*. Ciudad Victoria-México, Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Tamaulipas SOCIOTAM, año 17°, n°002, Año 20017, pp. 201-223.

VASCONCELOS, E.M. Servicio social e interdisciplinariedad. El ejemplo de la Salud Mental.

-VELEZ RESTREPO, O.L., *Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas*, Buenos Aires, Espacio, 2003.

_____ “Entrevista a Margarita Rozas Pagaza”, en ARIAS, A. ,ZUNINO,E. y GARELLO, S. (comps) *El Proceso Metodológico Y Los Modelos De Intervención Profesional La Impronta De Su Direccionalidad Instrumental Y Su Revisión Conceptual Actual*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2013, pp.141-156.

CAPÍTULO IV: PARA QUÉ

PRIMERA PARTE: APROXIMACIONES CONCEPTUALES RESPECTO AL “PARA QUÉ” DEL TRABAJO SOCIAL.

1. Introducción.

Según Margarita Rozas (2013), la pregunta respecto al *para qué*, permite reflexionar respecto a los objetivos y fines de la intervención profesional en dos niveles. El primero refiere a una perspectiva teórica-ideológica, a un proyecto ético-político en el que nos ubicamos como profesionales, a los valores a los que se aspira. Es una reflexión en torno a la dimensión política del trabajo profesional, la que le otorga direccionalidad a una acción. El desafío para Rozas (2001) es asumir una postura crítica, que permita desentrañar “*el opacamiento de la cuestión social*” (pp. 257).

El segundo nivel apunta a la construcción de objetivos en la estrategia profesional más inmediata, que puedan contemplar el primer nivel, para no convertirse en objetivos inmediatistas. Para ello se propone “*repensar el carácter social de las necesidades vinculadas a los derechos sociales en contraposición a la individualidad de los satisfactores a partir del consumo(...)*” (Rozas, 2001:257).

En nuestro camino de indagación respecto al para qué del Trabajo Social, abordamos la cuestión del “producto” en los procesos de trabajo en los que se inserta nuestra profesión. El producto, se encuentra íntimamente ligado a la participación del Servicio Social en los procesos de producción y reproducción social.

Al comprender esta complejidad en la que se insertan los/as trabajadores/as sociales, plantea Iamamoto, podemos caer en “mesianismos” o en “fatalismos”, por ello es preciso repensar la dimensión ética y política de la profesión y la relativa autonomía que posee en su accionar. En este camino, es que nos proponemos indagar la construcción del proyecto profesional ético-político en nuestro país.

2. Sobre el “producto” en los procesos de trabajo del Trabajo Social. La relación con los procesos de producción y reproducción social.

Según Yazbek (2003), el Trabajo Social, como especialización del trabajo colectivo, forma parte de los procesos de trabajo que tienen por objetivo la producción y reproducción social de las clases subalternas. Al mismo tiempo, Iamamoto(2003) nos explica de qué se tratan estos procesos:

“Cuando se habla de producción/ reproducción de la vida social no se hace referencia solamente a la dimensión económica - frecuentemente reducida a una óptica economicista -, sino a la reproducción de las relaciones sociales de individuos, grupos y clases sociales. Relaciones sociales que involucran poder, siendo relaciones de lucha y conflicto entre clases y sectores sociales, que tienen en el Estado una expresión condensada de la red de poder vigente en la sociedad. Pero la producción/reproducción de las relaciones sociales también abarca ‘formas de pensar, o sea formas de conciencia a través de las cuales se aprehende la vida social’”(pp. 40) .

En esta misma línea, Dulcich (2005) entiende la noción de producción material de vida, como aquella que comprende la producción de la existencia real, efectiva y objetiva del ser social, lo que implica no sólo la producción de bienes materiales socialmente necesarios, sino también, y a través del mismo proceso, la producción de relaciones sociales (económicas, de género, políticas, ideológicas) engendradas y posibilitadas por ese proceso.

La reproducción de la sociedad en el capitalismo, supone reponer sus prerequisites fundantes: trabajo asalariado por un lado y propiedad de los medios de producción por otro. Proceso en el cual se produce y reproduce la desigualdad estructural de las relaciones de clase y con ella, el conflicto resultante del enfrentamiento de sus intereses antagónicos.

¿Cómo participa el Trabajo Social en estos procesos? Si es un proceso de trabajo, ¿Qué produce el Trabajo Social? .

Iamamoto (2003) entiende la participación de nuestra profesión en los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo a través de servicios sociales, actuando sobre cuestiones relacionadas a la supervivencia social y material de los sectores que viven de su trabajo. Sin embargo, su trabajo no es sólo material, tiene un efecto socialmente objetivo. En términos gramscianos, la construcción de hegemonía requiere no sólo coerción sino también el consenso¹⁸; en este sentido los/as asistentes sociales participan en esa creación de consensos. Así es posible comprender que su producto interfiere no sólo en la reproducción material de la fuerza de trabajo sino también en la reproducción sociopolítica o ideológico-política (aunque no de manera mecánica, en este sentido, puede aportar también a la creación de consensos contrahegemónicos, cuestión que desarrollaremos más tarde).

¹⁸ De acuerdo al pensamiento de Gramsci, la hegemonía es la capacidad de un bloque histórico para constituirse en clase dirigente. Este concepto, según Marro (2006), refiere a los procesos de construcción y disputa por la dirección social de las sociedades, a la confrontación entre proyectos societarios antagónicos que están en disputa. Según Marro (2006) es la dirección intelectual y moral de una clase fundamental sobre el conjunto de la sociedad, supone la difusión de su visión del mundo entre distintos grupos sociales. La hegemonía tiene un carácter de clase y político, los intereses privados de esa clase pasan un plano político-universal, abarcando en este movimiento, intereses de otros grupos sociales.

Siguiendo esta línea, Ramiro Dulcich (2005) sintetiza: el Trabajo Social se integra en un proceso de creación de condiciones indispensables para el funcionamiento de la fuerza de trabajo como tal y, a través de ello, de las condiciones necesarias para extraer plusvalía, cuestión central en los procesos de acumulación capitalista. De esta forma, junto a otras profesiones, el Trabajo Social interviene sobre un conjunto de condiciones (materiales, ideológicas, políticas) indispensables para la reproducción de las relaciones sociales capitalistas.

Por último, nos interesa reforzar el carácter contradictorio de nuestro ejercicio profesional. En esta línea Dulcich (2005), citando a Iamamoto, describe la inserción de nuestra profesión en la dinámica contradictoria de la sociedad capitalista, determinada y a su vez determinante de otros procesos histórico-sociales. Nuestra profesión, al moverse en esta contradicción, responde a las demandas del capital, refuerza la dominación y explotación, y a su vez, responde a las demandas de las clases trabajadoras, dando respuestas a sus necesidades.

3. El “producto” y su relación con la ideología. Procesos de producción y reproducción e ideología.

Interrogarse por la pertinencia o utilidad del Trabajo Social no puede realizarse sin aclarar desde qué lugar se define a la sociedad. Karsz (2007) propone para este camino, la definición de “formación económico-social” planteada por el marxista Louis Althusser. Según esta corriente, en las formaciones económico-sociales se articulan dos tipos de procesos: los de producción y los de reproducción social. Cada uno con lógicas y metas propias pero articulados entre sí: cada uno presupone y depende del otro. A diferencia del marxismo clásico, no se trata de una relación mecánica o de reflejo o de causa (producción)-efecto (reproducción). La reproducción no es pensada como “superestructura”, sino que la reproducción asegura las condiciones económicas.

Los procesos de producción son eminentemente económicos: se trata de la fabricación de bienes y servicios. Pero, para sostenerse, necesitan asegurar su reproducción, es decir, “*las condiciones que permiten continuar produciendo*” (Karsz, 2007:35).

A su vez, los procesos de reproducción pueden ser comprendidos de dos formas antagónicas. La primera tiene que ver con pensarlos como sinónimo de repetición, así el Trabajo Social apuntaría el control de individuos y grupos susceptibles de sublevarse al orden establecido, por lo que contribuiría a la perpetuación mecánica de la sociedad existente. Pero desde otra mirada, la reproducción puede ser entendida como un tipo particular de producción

(re-producción). “Si el proceso de producción consiste en la fabricación y la distribución de bienes y servicios, la reproducción es aquella modalidad particular de producción dedicada a fabricar, no bienes y servicios, sino condiciones para la producción de bienes y servicios” (Karsz, 2007:34). Condiciones políticas e ideológicas, psíquicas, inconscientes. Producción ideológica que tiene lugar en instituciones o dispositivos especializados públicos (como la escuela) o privados (como la familia), en donde se encuentra el Trabajo Social.

Partiendo de la afirmación de que la existencia, pertinencia o necesidad del Trabajo Social está ligada a los procesos de reproducción social, Karsz entiende a la profesión como un proceso de producción. Se pregunta Karsz: ¿Qué es lo que produce y que en ningún caso puede dejar de producir ?

Parte de una afirmación contundente: el Trabajo Social no se encarga de la dimensión material de los problemas, o al menos ese no es su producto, no es para lo que fue inventado:

“El Trabajo Social no resuelve la dimensión material de los problemas de salud, de vivienda, de empleo y paro, de escolaridad, de vida conyugal, de delincuencia... carece de los medios, las capacidades, las competencias y las instituciones adecuadas a este efecto, aunque sus agentes se hagan alguna ilusión al respecto y sus destinatarios alimenten semejante esperanza. Ésta no es su vocación objetiva. El Trabajo Social no ha sido inventado para eso. Su eficiencia no radica ahí” (Karsz, 2007: 74).

A lo que agrega, por el contrario: “*el Trabajo Social está implantado precisamente en formaciones económico-sociales que fabrican, sin tregua, situaciones como las que dicho Trabajo Social debe encarar*” (Karsz, 2007:75).

A partir de ello, el francés distingue un aspecto secundario y un aspecto primario en la producción del Trabajo Social. El secundario refiere justamente a esta dimensión material, que refiere al suministro de ayuda, asistencia, subsidios, recursos, que permiten de alguna manera “aliviar” o hacer más tolerable la situación de los/as usuarios/as.

Pero el aspecto primario, principal, corresponde al registro ideológico¹⁹:

“El Trabajo Social interviene a propósito de normas, valores, principios, modelos, orientaciones, representaciones e ideales con los cuales y bajo los cuales los

¹⁹ La ideología definida por Karsz como: “*conjuntos de normas, valores, modelizaciones, ideales, realizados en ritos y rituales, en gestos y actitudes, en pensamientos y afectos, en configuraciones institucionales, en prácticas materiales. Son discursos tanto como prácticas, maneras de hablar y maneras de callar. Las ideologías son actos, las ideologías están actuadas*” (pp. 50) Se hacen presentes en la vida pública pero así también en la intimidad, en la vida privada: son opiniones, conscientes o no respecto a modos de vida, de relacionarse, de familia, de educación, etc. Son arquetipos defendidos, considerados normales o por el contrario puestos en duda. Hablamos de ideologías, en plural, la ideología es histórica, se transforma a través del tiempo el tiempo, está en pugna constante. Se caracteriza por su relatividad histórica, subjetiva y social.

usuarios soportan o no soportan, o dejan de soportar, problemas conyugales, administrativos, de vivienda, de escolaridad, de salud física y mental... Aquí reside su potencia, su poder, su eficacia específica. El Trabajo Social opera sobre las construcciones ideológicas movilizadas por los individuos y los grupos para explicar y explicarse su suerte, para aguantar o para venirse abajo, para resignarse o para rebelarse” (Karsz, 2007: 78).

Se trata de una intervención sobre lo que “tiene sentido” para la vida de las personas. Las cuestiones de sentidos, de modos de vida, de discursos, son cuestiones ideológicas justamente porque nunca podrían ser neutrales: buscan algo mientras que se oponen a algo.

Lo que motiva la intervención social es un desajuste entre orientaciones, comportamientos, modos de vida llevados por los/as usuarios/as y los modelos considerados adecuados, humanos, “normales”, permeados por la concepción dominante de una sociedad en determinado momento histórico.

Los/as trabajadores/as sociales actúan, proceden, se involucran, intervienen sosteniendo orientaciones, modalidades de vivir (o vivir-juntos, vivir en sociedad), ciertos comportamientos escolares, familiares; lo que implica debilitar otras maneras de vivir, otras maneras de ser.

La intervención no es otra cosa que “tomar partido”:

“tomar partido: no a favor o en contra de determinada organización política, sino respecto de ciertas maneras de obrar, vivir, disfrutar, sufrir, gozar ... , contra otras maneras; otros estilos; y ello en la medida en que unas y otras se inscriben en el proceso de reproducción de una formación económico-social dada.” (Karsz, 2007:81)

Sintetizando: el Trabajo Social otorga recursos de diversa índole o con fines “paliativos”, de modo que su público se acerque lo más posible a modalidades hegemónicas de ser (educativamente, sexualmente, en la salud, en el empleo, en la desocupación). Su blanco principal no son los/as usuarios/as sino sus tendencias ideológicas: sus maneras de vivir los afectos, comportamientos e ideales de la que son portadores/as conscientes e inconscientes. El Trabajo Social consolida ciertas tendencias ideológicas y contradice otras, contribuyendo a la reproducción o relativa mutación de las formaciones económico-sociales en las que se implanta. Esta es su pertinencia, su utilidad, su eficacia en términos políticos y económicos.

Cualquiera sea el objetivo presunto del Trabajo Social, plantea a modo de ejemplo: revitalización psíquica, reparación de lazos sociales, reinserción al medio cotidiano. Jamás se tratará de una revitalización psíquica en general, de una reinserción general: cada objetivo reviste un carácter ideológico, no pueden practicarse en ausencia de opciones, concepciones

en torno a la sociedad, a los modos de relaciones humanas, a ideales de lo que es correcto que debe hacer o ser una familia y lo que no, etc.

4. Ni mesianismos, ni fatalismos. La importancia del proyecto ético-político para el Trabajo Social.

Luego de haber indagando los fundamentos socio-históricos del Trabajo Social, la pertinencia de nuestra profesión en relación a los procesos de reproducción social y a la dinámica contradictoria de clase, podemos caer en el desencanto. Nos preguntamos en este apartado ¿cómo generar intervenciones que tengan como horizonte la emancipación humana? o, en todo caso, ¿es posible ?.

Las interpretaciones simplistas de la práctica profesional han llevado a dos tipos de prácticas que, aunque de maneras distintas, reproducen la herencia conservadora de nuestra profesión. Iamamoto (1997) hace tiempo escribió que entender a la práctica profesional como determinada socialmente por las fuerzas dominantes ha llevado a caer en posturas deterministas o fatalistas o a visiones heroicas ,voluntaristas o mesiánicas.

La visión fatalista, supone resignación: se entiende que los/as trabajadores/as sociales estamos determinados/as por la lógica del capital, entrampados en las redes de poder. No nos queda más que denunciar o lamentar. El horizonte al que se puede aspirar se ve reducido a mejorar nuestras prácticas burocratizadas y tecnocráticas, reforzando el carácter tutelar y paternalista de la profesión, como si fuese un espejo de la institución que nos contrata. Esta visión no sólo alcanza a los/as profesionales “acomodados/as”, sino también a aquellos/as que, con vocación progresista, sólo apuestan a la denuncia y apoyo a los/as trabajadores/as en el plano extrainstitucional, como si la lucha de clases no afectaría el cotidiano, como si la misma tuviese expresión en la arena estrictamente política.

La visión mesiánica, por el contrario, sostiene una mirada ingenua y apartada de la historia. Las posibilidades revolucionarias de la profesión son reducidas a cuestiones de voluntad individual, subjetiva, de principios y deseos, como si los mismos fuesen suficientes para alterar la dinámica de la sociedad. No logra develar el movimiento histórico de la sociedad.

Iamamoto, propone comprender el significado social del Trabajo Social desde una doble dimensión: aquella constituída por las determinaciones objetivas de la práctica profesional (la forma en que se inscribe en las relaciones sociales como especialización del trabajo colectivo) y una dimensión subjetiva, referida a los modos de pensar y actuar presentes en el colectivo profesional frente a las demandas sociales (la realidad vivida y

representada en la conciencia de los/as profesionales). (Marro, 2005:62). En palabras de Iamamoto (2003) ,

“Aprender el movimiento contradictorio de la práctica profesional como actividad socialmente determinada por las condiciones histórico-coyunturales, reconociendo que éstas son mediatizadas por el colectivo profesional -dentro de los límites establecidos por la propia realidad-, es condición básica para aprehender el perfil y las posibilidades del Servicio Social hoy, las nuevas perspectivas del espacio profesional”. (pp. 190)

La pregunta por el para qué de nuestro trabajo profesional, entonces, no refiere sólo a la funcionalidad del Servicio Social o a sus determinaciones objetivas, sino también nos invita a preguntarnos el para qué que proponemos como colectivo profesional, aproximarnos a la configuración de nuestro proyecto profesional ético-político, anclado siempre en las disputas sociales a nivel más amplio.

5. El proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina

Netto (2003) define a los proyectos profesionales en el marco de proyectos colectivos de la siguiente manera:

“Los proyectos profesionales presentan la autoimagen de una profesión, eligen los valores que la legitiman socialmente, delimitan y dan prioridad a sus objetivos y funciones, formulan los requisitos (teóricos, institucionales y prácticos) para su ejercicio, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen las bases de su relación con los usuarios de sus sentidos con las otras profesiones y con las organizaciones e instituciones sociales privadas y públicas (...)” (pp.274)

A su vez, Yolanda Guerra entiende a los proyectos profesionales como *“una guía para la acción”*, ya que establecen finalidades o resultados ideales para el trabajo profesional y las formas para llevarlo a cabo. (Pantanali, 2015: 9).

Los colectivos profesionales no son homogéneos. Son espacios plurales, campos de luchas y tensiones, en donde un proyecto puede lograr hegemonía pero no suprimir las diferencias. Implica aspectos imperativos (todos/as comparten) e indicativos (comparten algunos/as) (Netto, 2003).

Los proyectos profesionales siempre se encuentran en diálogo con proyectos societales. Como plantea Cazzaniga (2007), las profesiones son producto de procesos histórico-sociales y como tal reproducen las disputas que se dan en el seno mismo de la sociedad por los diferentes proyectos societales. El Trabajo Social, desde su emergencia en la

escena pública como práctica específica, ha desplegado una acción política de adhesión o impugnación a los proyectos societales. Los procesos históricos atraviesan y reconfiguran los campos profesionales en una tensión de restricción y habilitación.

Pantanali (2015), entiende que el proyecto ético-político profesional puede ser concebido como una estrategia para el Trabajo Social, que permite enfrentar las condiciones de la práctica profesional, al articularse con un proyecto emancipador de las clases explotadas y oprimidas, con un proyecto societal (pp. 6).

Según Montaña (2004), la construcción de proyecto ético-político supone aspectos como los siguientes: organización profesional (a nivel corporativo y a nivel gremial), un marco legal profesional (que contenga aquellos valores y principios sobre lo que se sustenta, plasmados en dos niveles: una ley de reglamentación para el ejercicio profesional -que defina y caracterice la práctica profesional- y, un código de ética - que exprese los valores ético-filosóficos de la profesión-), directrices curriculares comunes para la formación profesional (que permitan unificar los niveles de formación, establecer planes de estudio básicos y que que incentiven a la formación y capacitación en posgrados y maestrías). Por último, Montaña menciona la importancia de la articulación con las fuerzas de la sociedad, con organizaciones y movimientos sociales que representen los valores y principios del proyecto profesional.

Según estos supuestos o componentes nuestro proyecto profesional se encuentra en proceso de consolidación. En los párrafos que siguen, realizaremos un análisis a partir de los avances existentes a este proceso que se ven plasmados en la Ley Federal de Trabajo Social N° Ley 27.072 promulgada en el año 2014, que da cuenta de algunos pisos de debate, de aspiraciones u horizontes acordados para nuestro colectivo profesional.

La citada ley tiene por objeto establecer un marco general para el ejercicio profesional en nuestro país. Busca jerarquizar a la profesión por su relevancia social y contribución a la *“defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales”*. A su vez, propone un marco normativo general, delimitar incumbencias profesionales, generar condiciones para el ejercicio de la profesión en forma idónea, competente y de calidad, así como regular los derechos, obligaciones y prohibiciones en el ejercicio profesional.

Se define al Trabajo Social de la siguiente manera:

“una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales,

las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” .

A su vez, en las incumbencias profesionales, se menciona primeramente que las actividades profesionales serán *“siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales”*.

La ley establece como un derecho de los/as trabajadores/as sociales, poder negarse a realizar prácticas que se consideren violatorias de los derechos humanos, que contravengan los códigos de ética o que no se vinculen con las incumbencias profesionales.

Entre las obligaciones, a su vez, se menciona que el ejercicio profesional debe desempeñarse con competencia y actualización profesional, *“teniendo como principios rectores los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática”*. Así mismo, se incluye en las obligaciones, el ejercicio conforme a los códigos de ética vigentes sancionados por los colegios profesionales.

En nuestro país no existe un código de ética unificado, es por eso que nos hemos abocado a analizar el que corresponde a nuestro Colegio Profesional de la Segunda Circunscripción de la Provincia de Santa Fe.

El mismo tiene por objeto determinar los principios éticos necesarios para actuar de acuerdo con los fines de la profesión, y obliga a los miembros del Colegio de Trabajadores/as Sociales de la 2º circunscripción a respetarlo.

Se establece como principio, el desempeño del ejercicio profesional bajo el respeto por dignidad del ser humano, el derecho de su realización en justicia, solidaridad y libertad. A su vez, se menciona el deber de respetar la autodeterminación de la personas y el derecho a participar de las personas con las que se trabaja.

Los/as trabajadores/as sociales deben colaborar con los poderes públicos en la preservación de los derechos individuales y colectivos, en el marco de los principios democráticos, participando en la construcción de una sociedad justa y solidaria.

En este breve recorrido podemos identificar una apelación constante a los Derechos Humanos, a los horizontes puestos en su defensa y reivindicación, como así también al pleno ejercicio de la ciudadanía. En este sentido, el enfoque de Derechos Humanos constituye un piso de acuerdo en nuestro colectivo profesional.

Pautassi y Abramovich (2009) refieren al enfoque de derechos como un paradigma innovador para las las políticas públicas. Identifican que el mismo surge en el contexto de la segunda generación de reformas estructurales, o en el marco de lo que llaman el “pos-

consenso de Washington” y está orientado a introducir en las políticas sociales la noción de derechos humanos y ciudadanía.

El mismo supera aquella perspectiva de Derechos Humanos que apuntaba a las obligaciones negativas de los Estados, buscando imponer límites a las formas abusivas de uso del poder por el Estado (luego de las dictaduras en América Latina). El nuevo enfoque no sólo plantea un límite a la opresión y autoritarismo, sino que incluye las obligaciones positivas de los Estados para lograr la realización plena de derechos civiles políticos, económicos, sociales y culturales, constituye una guía u orientación de las políticas públicas e instituciones democráticas.

La base de este enfoque es considerar a los/as ciudadanos/as como titulares de derechos. El punto de partida no son sujetos con necesidades o beneficiarios/as de ciertas políticas públicas, sino sujetos de derecho con el poder de exigir al Estado su cumplimiento.

Los derechos civiles, políticos y sociales son considerados indivisibles e interdependientes.

Entre los principios de este enfoque destacamos la exigibilidad, la participación, el principio de igualdad y no discriminación y el principio de progresividad o no regresividad.

SEGUNDA PARTE: APROXIMACIONES AL “PARA QUÉ” DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROCESOS DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

1. Reflexiones en torno al “producto” en el marco de los procesos de trabajo en atención primaria en salud

Como plantea Iamamoto (2003) el producto de los procesos de trabajo en los que se insertan los/as asistentes sociales, es fruto del trabajo combinado y cooperativo, forjado con la contribución específica de las diversas especializaciones del trabajo. En este sentido, el Trabajo Social se inserta en los equipos interdisciplinarios de los Centros de Salud para realizar su aporte en el abordaje de la salud en un sentido amplio e integral. Cabe preguntarnos entonces, ¿cuál es la contribución particular del Servicio Social en la elaboración de este producto común?.

En este sentido, las trabajadoras sociales entrevistadas, esbozaron algunas aproximaciones en relación a cuál es este aporte. El mismo, plantean, las muestra muchas veces como “garantes” del abordaje de la salud en este sentido integral. El Trabajo Social se muestra con una mayor formación y ponderación respecto al trabajo en equipo, interdisciplinar e intersectorial, lo que lo ubica muchas veces como articulador de las diversas miradas disciplinares y promotor en la construcción de los proyectos terapéuticos.

“Y yo creo que es... en realidad nosotros venimos a poner una cuota de esto de tratar de pensar integralmente la salud.. de pensar o tenemos como más aceitado el laburo interinstitucional, intersectorial, de pensar con otros ... en poner un poco más la mirada en el sujeto... y no en el objeto de intervención, digamos, esto de bueno... de bueno. paciente, del que tiene el problema tal o cual de salud A... aportar un poco esto de ... aceitar el trabajo interdisciplinario, bueno de qué manera ... a poner preguntas...(...)” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1)

La mirada del Trabajo Social, trasciende lo biologicista y subjetivista. El Trabajo Social en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud, comprende que no hay una sola forma de vivir y de pensar la salud, que la misma está intrínsecamente relacionada a pautas culturales, sociales, históricas. En su trabajo, busca construir el proceso de atención en salud, o un proyecto terapéutico que contemple la mirada no ya del/la “paciente” en tanto

sujeto pasivo, sino de los/as sujetos de atención como partícipes y protagonistas en su proceso de atención en la salud.

“Después en relación a la población es esto para mí, es dar lugar, y el pensar a la salud o al centro de salud no a un lugar donde vengo con una enfermedad y me curan o voy al dentista, sino poder apropiarse un poco de los espacios. (...) de pensar en espacios de participación o que la gente se apropie sin verlo como el único... que a lo único que puedo recurrir es a eso, osea para mí abre la posibilidad de ...(...) de traer otras cosas y, nada, que tienen que ver con esto de poder pensar a la salud de manera más integral... y que (...) tiene que ver para mí con esto .. poder observar las otras aristas que hacen a la salud de una persona y que no tiene que ver con la enfermedad o curar o vacunar .. o medicar.. ”(Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1)

“Es que...(.) si nosotros pensamos que la salud es algo mucho más amplio que aquello que tenga que ver con que alguien te recete ibuprofeno y te vayas a “Farmacity” a comprarlo y se terminó el problema... y que la salud es un complejo, que es a la vez comunitario, que es a la vez subjetivo.. obviamente que tenemos mucho para hacer ahí. (...) la salud como un concepto individual pero también comunitario...” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Al respecto, a lo largo de las entrevistas, las trabajadoras sociales mostraron una concepción de los/as usuarios/as del centro de salud que tiene en cuenta el contexto en el que habitan: sus condiciones materiales de vida, sus vínculos intrafamiliares, las redes y también los conflictos que se desarrollan en el plano comunitario, las estrategias que en su vida cotidiana despliegan para su reproducción social y para su sobrevivencia. Tiene que ver, también, con una mirada de sus trayectorias de vida y la historia de los sujetos con los/as que trabajan.

El Trabajo Social, aporta también una mirada política de los procesos de salud enfermedad. Un análisis de la coyuntura y de la políticas públicas de salud.

“Podemos aportar un análisis.. también en las políticas, del contexto, de la coyuntura...en base a todo eso podemos hacer propuestas..manejando, conociendo todas estas herramientas (...)” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

2. Sobre los objetivos en la estrategia inmediata y los horizontes del Trabajo Social.

En relación a lo que Rozas (2001) plantea como los objetivos y fines más inmediatos de la estrategia profesional (que no por eso deben convertirse en inmediatistas), identificamos distintos niveles o aspectos desplegados por las trabajadoras sociales entrevistadas.

Un primer nivel referente a lo que Karsz (2007) identifica como el aspecto “secundario” de la intervención, referido al suministro de ayuda, de subsidios, recursos y asistencia incidiendo en las condiciones materiales de vida. De acuerdo a este aspecto, los objetivos se expresan en relación a la accesibilidad a servicios públicos (como en el plano educativo, cultural, laboral, de salud en otros niveles) como a seguros sociales. Tienen que ver también con el mejoramiento de sus condiciones de hábitat o de sus ingresos económicos (como refaccionar las viviendas o mejorar los ingresos económicos de las familias a través de programas sociales o seguros sociales) o garantizar el acceso a tratamientos de salud (por ejemplo mediante subsidios de transporte o de la compra de insumos como prótesis o anteojos).

Un segundo aspecto relacionado al producto de la intervención, refiere a su “aspecto primario”, referido a lo que Karsz define como “registro ideológico”. Al respecto, las trabajadoras sociales mediante la escucha, el acompañamiento, los espacios grupales y comunitarios, trabajan sobre otros planos de la vida de las personas que van más allá de sus condiciones materiales de vida y que tienen que ver también con el abordaje de la salud. En este sentido, hacen mención al trabajo sobre los vínculos intrafamiliares y comunitarios, al acompañamiento en la construcción de “proyectos de vida” junto a jóvenes y adolescentes, sobre la desnaturalización de la violencia de género. Su trabajo tiene que ver también con la construcción de problemas como “comunitarios” y no de tal o cual persona o familia y el abordaje conjunto. Se trata del trabajo con sujetos, cambiando la mirada respecto a sus capacidades y posibilidades modificando los modos en los/as ven sus vecinos/as.

En este sentido, siguiendo a Karsz (2007), estas intervenciones desplegadas pueden ser entendidas como una forma de “tomar partido”, no referido a una organización política en particular, sino a la apelación a ciertas representaciones, normas, valores, orientaciones y modos de vivir que no son neutrales, sino ideológicos. Así pensado, el Trabajo Social, puede contribuir a la reproducción o mutación relativa de las formaciones económico-sociales en las que se implanta.

Así mismo, Iamamoto (2003) plantea que el “producto” de los procesos de trabajo en los que se insertan los/as asistentes sociales se situán en el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo, de la viabilidad de los derechos y la prestación de servicios públicos, y de la educación sociopolítica, *“afectando hábitos, modos de pensar, comportamientos, prácticas de los individuos sociales en sus múltiples relaciones y dimensiones de la vida cotidiana en la producción y reproducción social, tanto en aquellos componentes que ayudan a reiterar lo*

instituído, como los que contribuyen para la creación y reinención de la vida en sociedad” (Iamamoto, 2003:136).

En este sentido, en el despliegue de su autonomía relativa, en la relación o vínculo con los/as usuarios/as de los servicios de salud, en los espacios grupales y comunitarios, las trabajadoras sociales se proponen reforzar el ejercicio de la ciudadanía, la socialización respecto a los derechos de los que son titulares, la responsabilización en la defensa y exigencia de su cumplimiento, como también la desnaturalización de las desigualdades sociales.

“Para eso.. Me parece que en todo caso estaría antes.. fortalecimiento personal... que necesita posicionarse .. como un sujeto que tiene estos derechos y que debe exigirlos, que puede reclamarlos .. que tiene que ver cómo ejercerlos... cuando está otorgado qué hacemos con eso .. (...)” (Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

“a trabajar en el empoderamiento de las personas como para que algunas cosas no se den...” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1)

“Marilda Iamamoto (...) hablaba de esto: de que la política te condicionaba, que la política atravesaba las prácticas...bla bla bla...pero que había una cuestión donde la política no incidía en forma directa y que tenía que ver con ese uno a uno que construíamos con la persona con la que laburamos, con la comunidad, con el grupo...y...y a mi me gusta por eso, y lo sigo eligiendo por eso..(...)” (María, Trabajadora Social - Centro de Salud N°3)

Retomando el “registro ideológico” al que apela Karsz, las trabajadoras sociales, ubican como su horizonte el desarrollo de prácticas que aporten a la defensa de los derechos humanos de los/as usuarios/as y al ejercicio de la ciudadanía.

En clara adherencia y sintonía con el proyecto profesional argentino, su accionar, tanto aquél referido a la dimensión material, como a la dimensión socio-educativa, su opción sobre ciertos modos de vida, comportamientos, y prácticas, busca ser acorde con el ejercicio de la ciudadanía y la defensa de los derechos humanos que se ven plasmados como horizontes ético-políticos tanto en el Código de Ética como en la Ley Federal de Trabajo Social.

“El... primero.. el primer objetivo para mi tiene que ver con... que es la defensa de los derechos..que podemos llamarlos humanos para englobar todo, en esto de acompañar a esta población en el ejercicio de esos derechos .. que tenga que ver con una vivienda digna .. con un mejoramiento de esas condiciones de vida ... eso incluye... alfabetización, educación, capacitación, lo laboral.. los vínculos que se

construyen ... eso ..ese sería el primero...”(Marta, Trabajadora Social - Centro de Salud N°2)

“ (...) yo creo el objetivo o mi objetivo tiene que ver con esto ... de poder por lo menos garantizar algunos derechos o laburar para que esos derechos se garanticen ... entonces a veces en ...primero ... la escucha .. o la apertura ... o la mirada sobre esa problemática, me parece que poder verla... .poder escucharla es el punto número uno, y en relación a esto, a que bueno...que la población no tenga derechos vulnerados..a que pueda acceder (...)” (Gianina, Trabajadora Social - Centro de Salud N°1)

BIBLIOGRAFÍA

-ABRAMOVICH, V. y; PAUTASSI, L.. “El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales”. En *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos*, 2009.

-CAZZANIGA, S. “Visiones y tendencias en Trabajo Social. El lugar de la formación profesional como productora de sentidos”; en CAZZANIGA, S. *Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Buenos Aires. Editorial Espacio. 2007. pp. 65-79.

-DULCICH, R. . “Algunas Ideas sobre las Determinaciones Fundamentales del Surgimiento del Trabajo Social como Profesión”, en *Revista cátedra paralela*, 2005, N°2, Rosario, UNR, pp. pp. 41-58.

-IAMAMOTO, M. *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. 2ª edición, Sao Paulo, Cortez Editora, 2003.

-IAMAMOTO, M. *Servicio Social y división del trabajo*. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, Cortes Editora, San Pablo, 1997.

-KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Editorial Guedisa. Buenos Aires, 2007.

-NETTO, J. P. “La construcción del proyecto ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea”; en ORGIANNI, E.; GARCIA, Y.; GUERRA, Y.; MONTAÑO, C. (ed.). *Servicio social crítico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético político profesional*. Cortez Editora San Pablo, 2003.

-MARRO, K. “Hacia la construcción de un Trabajo Social crítico latinoamericano: algunos elementos para su problematización”, en *Revista cátedra paralela*, 2005, N°2, Rosario, UNR, pp. 49-75.

-MONTAÑO, C. *Hacia la construcción del Proyecto Ético-Político Profesional crítico*. Conferencia en XVIII Seminario Latinoamericano de Escuela de Trabajo Social, ALAETS, Costa Rica, 2004.

-PANTANALI, S. *Estrategias profesionales: vías de construcción del proyecto ético-político del Trabajo Social en Argentina*. La Plata. Dynamis, 2015.

-ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

-YAZBEK, M.C., “El trabajo social como especialización del trabajo colectivo”, en ORGIANNI, E.; GARCIA, Y.; GUERRA, Y.; MONTAÑO, C. (ed.). *Servicio social crítico:*

hacia la construcción del nuevo proyecto ético político profesional. Cortez Editora. San Pablo, 2003, pp. 37-54.

_____, Código de Ética del Colegio de Profesionales de Trabajo Social. 2° Circunscripción- Provincia de Santa Fe. Disponible en <http://www.tssantafesur.org.ar>

_____, Ley 27.072 Ley Federal del Trabajo Social. Sancionada: Diciembre 10 de 2014 Promulgada: Diciembre 16 de 2014. Disponible en <http://www.saij.gob.ar>

REFLEXIONES FINALES

REFLEXIONES FINALES.

“La existencia humana es, porque se hizo preguntando, la raíz de la transformación del mundo. Hay una radicalidad en la existencia, que es la radicalidad del acto de preguntar.

Exactamente, cuando una persona pierde la capacidad de asombrarse, se burocratiza”

Paulo Freire.

A lo largo de nuestra formación hemos ejercitado una forma de aprender, de aproximarnos a conocer el mundo a partir de la pedagogía de la pregunta que propone Paulo Freire. Ponerle preguntas al cotidiano, a lo que parece natural e inmutable, es lo que nos habilita a construir una lectura crítica de la realidad, que siguiendo esta propuesta, siempre será en el encuentro con otros/as. La pregunta es una herramienta que nos posibilita repensar la dirección de nuestro trabajo, de nuestra práctica cotidiana, y de esa forma la transformación del mundo y de nosotros/as mismos/as.

En este trabajo buscamos realizar un modesto aporte en esta dirección.

A continuación realizamos una síntesis de las principales ideas a las que nos aproximamos en este trabajo, compartiendo también interrogantes que quedan en el tintero. Así mismo nos proponemos reflexionar en torno a las tareas del colectivo profesional de Trabajo Social en la actual coyuntura histórica, para consolidar un proyecto profesional crítico, a favor de los derechos humanos y comprometido con la emancipación humana como horizonte.

I

En este trabajo nos hemos propuesto realizar una aproximación a las formas que asume el trabajo profesional del Trabajo Social en los Centros de Salud de la Ciudad de Rosario. A través de la misma buscamos acercarnos a dar respuesta a tres preguntas que, según Rozas (2001) estructuran nuestro campo profesional: sobre qué, cómo y para qué.

Nos propusimos llenar de contenido estas tres preguntas, tanto desde los aportes conceptuales, para lo cual principalmente nos apoyamos en las miradas de Rozas (2001), Iamamoto (2003) y Karsz (2007); como también a partir de la propia experiencia de

trabajadoras sociales insertas en Centros de Salud. Utilizamos como fuente de información el Informe de Atención Primaria en Salud de Trabajo Social del 2017, elaborado a partir de los datos relevados por los Registros de Atención Diaria y la realización de entrevistas a tres trabajadoras sociales que completan estos registros con mayor periodicidad y se desempeñan en Centros de Salud Municipales, como también a la Coordinadora del Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Uno de nuestros puntos de partida, fue comprender a nuestra profesión desde una mirada socio-histórica, esto es, inserta en la dinámica histórica y social, y en este marco, como partícipe en procesos de trabajo. Los procesos de trabajo son organizados según las exigencias económicas, políticas y sociales de los procesos de acumulación vigente. Los/as trabajadores/as sociales, en su condición de asalariados/as no organizan este proceso. En este sentido, la política pública y la institución empleadora no son cuestiones externas sino que moldean, estructuran y atribuyen unidad a los procesos de trabajo en los que el Trabajo Social participa.

Para nuestro caso, identificamos al Trabajo Social inserto en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud de la Municipalidad de Rosario. Los lineamientos de esta política pública proponen el tratamiento de la salud desde una perspectiva integral. Nuestra profesión se inserta en los Centros de Salud como matriz en los equipos multidisciplinarios, favoreciendo el abordaje interdisciplinario e intersectorial de la salud. El Trabajo Social, promueve la participación de la población y un trabajo a partir de una clínica contextualizada.

Así mismo, identificamos que los Centros de Salud en la Ciudad de Rosario, a través de esta política de Atención Primaria, fueron ubicados en territorios estratégicos, caracterizados por su escasa accesibilidad a servicios públicos. Según Campana (2010), la política de Atención Primaria en Salud, operó como vía principal para la territorialización y el tratamiento localizado de los problemas.

II

En nuestro camino de indagación respecto a las formas que asume nuestro trabajo profesional en Atención Primaria en Salud, nos aproximamos en la primera parte a la cuestión del “sobre qué” del Trabajo Social en este campo.

Partimos conceptualmente de entender el surgimiento del Trabajo Social desde una perspectiva socio-histórica, lo que nos permite ubicarlo en una relación indisociable con el estallido de la cuestión social. En este sentido, el Trabajo Social emerge como profesión en el marco de las estrategias de los Estados Capitalistas para dar respuesta a la cuestión social,

diferenciándose de las prácticas de caridad y filantropía. Su “sobre qué”, por lo tanto, tiene como cuestión central a las manifestaciones de la cuestión social tal como son vivenciadas por los sujetos sociales.

Retomamos la mirada de Marilda Iamamoto (2003) quien define a esta cuestión como la “materia prima” de los procesos de trabajo del Servicio Social. Así mismo, Margarita Rozas Pagaza (2001), entiende que las manifestaciones de la cuestión social constituyen las coordenadas sobre las que se estructura el campo problemático (la intervención profesional).

Para acercarnos a esta cuestión en los procesos de Atención Primaria en Salud nos propusimos una breve contextualización de las condiciones históricas, sociales y políticas en las que emergen las manifestaciones de la cuestión social contemporánea. En este camino nos aproximamos a la descripción de un capitalismo que asume características cada vez más destructivas, irracionales y deshumanizadas, no pudiendo dar respuestas a las condiciones de vida de vastos sectores de la población mundial. Así mismo, las nuevas modalidades de trabajo surgidas a partir del “posfordismo” produjeron la caída de la “sociedad salarial” y de los modos de integración social ligados al trabajo.

En nuestro país, a pesar de los cambios de gobierno y la puesta en crisis del modelo neoliberal, siguieron persistiendo encarnados en nuestra sociedad los sustentos ideológicos de la gubernamentalidad neoliberal: el individualismo, el centro puesto en la subjetividad y en ser “empresario/a de sí mismo”, la desigualdad social entendida como una cuestión de “decisión individual”, etc.

Así mismo, los avances en materia de derechos sociales de la década pasada no han tenido el impacto esperado en las condiciones de vida de amplios sectores de la población que habitan en barrios populares, asentamientos o villas: en Argentina existe un fenómeno de “pobreza persistente” y de “rigidización de la estructura social”, en donde la movilidad social parece una utopía. En este sentido, nos abocamos a identificar las características que asumen los territorios como factores determinantes en la formas que asume y se expresa la pobreza en Argentina.

Identificamos así “territorios de relegación”, caracterizados por su segregación simbólica y espacial, por el aislamiento o formas de “insularización”, por sus condiciones de hábitat sumamente precarias y la baja accesibilidad a los servicios públicos y por alojar poblaciones excluidas del mercado laboral. En estos territorios o barrios populares a su vez, se conforman redes de cooperación comunitaria pero también se producen disputas y conflictos.

En el último tiempo, estos barrios populares en Argentina vienen siendo escenario de violencia como intercambio social y como forma de disputa de territorios por el narcotráfico.

Tomando estas cuestiones conceptuales como puntos de partida nos preguntamos: ¿Cómo se expresa la cuestión social en los Centros de Salud analizados? ¿Qué formas asumen sus manifestaciones en la vida de los sujetos? y más tarde, ¿qué aspectos de las mismas aborda el Trabajo Social desde Atención Primaria en Salud?.

Una de las primeras formas de aproximarnos a las manifestaciones de la cuestión social la realizamos a partir de la caracterización de los territorios en donde se encuentran anclados los tres Centros de Salud analizados, entendiendo a la política de Atención Primaria en Salud como “vía principal de territorialización”. En este sentido, las áreas de referencia de los Centros de Salud, se asientan en “territorios de relegación” o “insularización”, se caracterizan por ser “barrios populares” por sus condiciones de hábitat degradadas, la baja accesibilidad a servicios públicos, la vulnerabilidad social y económica de la población que allí se aloja. En ellos hay una escasa presencia de instituciones públicas y los Centros de Salud se constituyen sino en las principales, una de las más importantes del barrio.

En este contexto, identificando a los Centros de Salud como principales referencias de instituciones público-estatales en estos territorios, el Trabajo Social trabaja a partir de una multiplicidad de manifestaciones de la cuestión social que se encuentran plasmadas en el Informe de Trabajo Social en Atención Primaria en Salud del 2017, como también fueron ampliadas y descritas a través de las entrevistas realizadas a trabajadoras sociales. Estas manifestaciones refieren al plano de las condiciones materiales de vida (como cuestiones habitacionales, la escasez de ingresos en unidades domésticas, la falta de alimentación adecuada), como a cuestiones relacionadas a la accesibilidad a servicios o políticas públicas (como educación, empleo, otros niveles de salud). También implican el abordaje de situaciones que revisten una densa complejidad en donde esta dimensión materiales opera como un “piso” sobre el que emergen otras problemáticas signadas por la violencia entre pares, el maltrato hacia niños/as, la violencia de género, el consumo de drogas, los embarazos no deseados.

A lo largo de este trabajo, identificamos cómo estos Registros de Atención Diaria expresan la forma en que se parcializa y fragmenta la cuestión social en problemáticas particulares y escindidas, lo cual no posibilita captar la complejidad la cuestión social asume en la cotidianidad de la vida de los sujetos. A lo largo de las entrevistas, las trabajadoras sociales hicieron hincapié en el carácter acotado de los códigos de diagnósticos y sus dificultades para encuadrar situaciones tan complejas en un determinado número de códigos. Los mismos derivan del CIE 10, una codificación internacional de enfermedades y guardan, además, un marcado sesgo biologicista.

En esta amplitud y complejidad que asumen las manifestaciones de la cuestión social en los territorios, las trabajadoras sociales de los Centros de Salud delimitan su “sobre qué” a partir de los procesos de salud-enfermedad de la población usuaria. Cuestión que las lleva a todo tipo de contradicciones: ¿qué situación corresponde a procesos de salud?, y si en este caso todas se corresponderían con un abordaje integral sobre los procesos de salud ¿cómo dar respuesta? ¿dónde poner el límite?.

Paradójicamente, muchas de las dependencias estatales con las que articulan de manera intersectorial en el abordaje de la salud (fundamentalmente las que abordan cuestiones asistenciales), sólo receptionan situaciones que se corresponden a procesos de salud pensados desde un modelo bio-médico, como enfermedades. En este sentido, en palabras de Karsz(2007), si el Trabajo Social trabaja sobre la “miseria solvente”, en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud, se vuelve “solvente” aquella miseria relacionada a un proceso de salud entendido como enfermedad.

Las trabajadoras sociales muestran malestar e impotencia ante esta contradicción: el objetivo de promover el abordaje integral de la salud y sólo poder dar respuestas a aquellas situaciones que refieren a una enfermedad. La principal dificultad que encuentran, es la ausencia de otras instituciones en el barrio, y la escasez de políticas públicas en otros sectores a los cuales poder derivar estas situaciones. Por lo tanto, muchas veces son las trabajadoras sociales de los Centros de Salud quienes en última instancia terminan por decidir quién recibe asistencia y quién no. Una de ellas nos planteaba:“encarnamos el “no” de la política pública”.

Para realizar un análisis más profundo de esta cuestión, retomamos las hipótesis de Campana (2010) quien reflexiona en torno a la histórica relación entre salud y asistencia social; identificando en la política municipal de Atención Primaria en Salud un proceso de (re) asistencialización de la salud y una medicalización de la asistencia que se potenció a partir de las gestiones de gobierno del Partido Socialista.

III

En una segunda parte del trabajo nos propusimos a indagar el cómo de nuestro campo problemático. En nuestro camino de aproximación conceptual, analizamos los debates en torno a la metodología del Trabajo Social y su intrínseca relación con la teoría, la noción de estrategia como forma de pensar la intervención, la utilización (nunca neutral) del instrumental técnico-operativo.

Así mismo, recuperamos la mirada de Marilda Iamamoto (2003), quien identifica como elementos de los procesos de trabajo a los medios de trabajo (compuestos no sólo por

aquél arsenal de técnicas e instrumentos, sino también a la teoría). Los/as asistentes sociales en su condición de asalariados/as, se encuentran alienados/as de sus medios de trabajo, al depender de recursos que disponen las instituciones empleadoras. Otro de los componentes de los procesos de trabajo que describe Yamamoto (2003) refiere a la propia actividad. El trabajo, es tanto actividad desarrollada por sujetos, fuerza de trabajo en acción.

Por último, nos propusimos incurrir en el cómo del Trabajo Social reflexionando en torno a la compleja relación entre el Trabajo Social y las políticas sociales. Como plantea Yamamoto(2003), la política social no constituye un “condicionante externo” sino que moldea la inserción socio-institucional de nuestra profesión. Los/as trabajadores/as sociales se insertan en procesos de trabajo que no organizan ni son de su exclusividad, aunque en su condición de trabajadores/as asalariados/as, poseen un margen de autonomía relativa para conducir su accionar.

Para aproximarnos al cómo del Trabajo Social en los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud realizamos una descripción de los principales lineamientos de esta política pública. En este sentido, nuestra profesión se inserta en los equipos multidisciplinarios de los Centros de Salud para abordar la salud desde una perspectiva integral, a través de un trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario. A partir de aquí nos preguntamos: ¿qué formas asume este trabajo intersectorial e interinstitucional? ¿cómo se desarrolla el trabajo interdisciplinario? ¿cuáles son aquellos medios de trabajo “alienados” para las profesionales de los Centros de Salud?.

En este plano también nos interrogamos: ¿qué actividades realizan las trabajadoras sociales cotidianamente? ¿cuáles son los instrumentos que utilizan? ¿cuáles son las técnicas más desarrolladas? ¿qué estrategias elaboran para lograr sus objetivos?

Una de las primeras aproximaciones a estas nociones las realizamos a partir del Informe de Trabajo Social de Atención Primaria en Salud del 2017, en el mismo se detallan las principales “prácticas” y “tratamientos” llevados adelante por la profesión. La cuestión nodal para este punto no resultó de la descripción de estas prácticas y tratamientos, sino que refiere al debate que se está desarrollando en el colectivo profesional respecto a la posibilidad o no del sistema informático para sistematizar los procedimientos y actividades llevados a cabo durante el proceso de trabajo. En este debate se entrecruzan, por un lado, los lineamientos de la política de salud (que persigue el objetivo de caracterizar a través de datos cuantitativos a los/as usuarios/as del sistema de salud municipal y sus principales demandas) y las expectativas del colectivo de trabajadores/as sociales (que buscan a través de estos datos,

expresar a qué dedican su tiempo de trabajo, considerando que esta información puede ser utilizada con fines de control sobre su trabajo).

Por otro lado, a través de las entrevistas nos abocamos a describir las formas que asumen las distintas estrategias de trabajo desplegadas por las Trabajadoras Sociales, en donde se pone en juego la búsqueda de aliado/as para lograr sus objetivos. Respecto al abordaje interinstitucional, las trabajadoras sociales mencionan como principal dificultad la ausencia de una red institucional consolidada con anclaje territorial. Respecto a las instituciones con las que se encuentran (generalmente escuelas, CCB y organizaciones sociales) trabajan en el intercambio de miradas y estrategias respecto a población que tienen en común. Muchas veces, esta articulación se ve dificultada por concepciones desencontradas respecto determinada situación y por discrepancias en las responsabilidades a asumir frente a las mismas.

En lo que refiere al abordaje intersectorial el mismo se caracteriza mayormente por una lógica de derivación o en la elaboración de informes sociales por parte de las trabajadoras sociales, a los fines de que los/as usuarios/as del sistema de salud puedan acceder a recursos de diversa índole (subsidios, compra de insumos, acceso a pensiones, etc.). Otras veces este abordaje requiere de un trabajo mancomunado y la elaboración de estrategias en conjunto y el acompañamiento de instituciones o dependencias estatales que trabajan problemáticas específicas y cuentan con mayores recursos para ello (como la violencia de género, la niñez, la discapacidad, la salud mental, entre otros). En este trabajo, las profesionales refieren como principal problemática la falta de respuesta, la escasez de recursos que son otorgados y las discrepancias de lectura respecto a situaciones que para las trabajadoras sociales de los Centros de Salud constituyen una urgencia y para otras dependencias estatales no. Esta cuestión genera un gran desgaste en el trabajo y una sensación de impotencia al no poder dar respuesta.

Por otra parte, el desarrollo del trabajo interdisciplinario al interior de los equipos de los Centros de Salud, es caracterizado por las trabajadoras sociales como un ámbito democratizado, aunque predomine una mayor valoración y cooperación entre disciplinas no alineadas a la medicina (principalmente la psicología). En este sentido, identificamos distintos niveles de cooperación y coordinación entre disciplinas al interior de los Centros de Salud que pueden concebirse como un híbrido que alterna formas de interdisciplina, pluridisciplina, multidisciplina e interdisciplina auxiliar.

Por último, en relación a las actividades desplegadas por las trabajadoras sociales, es posible visualizar la apelación a diferentes tácticas-operativas o la puesta en juego de un

instrumental cuya utilización no puede ser escindida de los fines y objetivos que persiguen. En esta práctica se pone en juego el despliegue de su autonomía relativa. En este sentido, se mencionaron a las entrevistas como espacios de encuentro, de contención, de acompañamiento, de escucha y de diálogo posibilitadoras para la construcción de otros relatos o la deconstrucción de determinada situación. Se ponderó a su vez, el trabajo y los talleres grupales como habilitantes para desplegar la creatividad y las habilidades de los/as usuarios/as y las profesionales, espacios como estos, “reconcilian con la práctica”. La observación es otro instrumento capaz de generar una mirada desnaturalizada y reflexiva, que brinde aportes para la reconstrucción de la vida cotidiana y abone al trabajo a partir de una clínica contextualizada.

IV

En el último apartado de nuestro trabajo, nos proponemos reflexionar en torno a la pregunta del para qué del Trabajo Social. Según Rozas (2013), esta cuestión puede ser pensada en dos niveles, el primero tiene que ver con el proyecto ético-político al que se apela y el segundo tiene que ver con los objetivos propuestos en la estrategia más inmediata, que, para no ser “inmediatista” debe contemplar al primer nivel.

¿Para qué sirve el Trabajo Social? ¿Cuál es su razón de ser?. Son preguntas que históricamente se ha realizado el colectivo profesional. En nuestras aproximaciones teóricas respecto al tema, indagamos la pertinencia o funcionalidad social de nuestra profesión desde una perspectiva socio-histórica, es decir, entendiendo su surgimiento como tal en el marco de la dinámica social y el desenvolvimiento de las relaciones sociales. Desde esta mirada, el Trabajo Social surge como profesión cuando el Estado Capitalista comienza a intervenir sobre la cuestión social (más allá de la caridad y la represión), creando dispositivos de servicios sociales y asistenciales en donde se inserta nuestra profesión.

Siguiendo estas miradas, la pertinencia del Trabajo Social estaría ligada a su participación en los procesos de producción y reproducción social. Estos procesos tienen que ver con la producción de la sociedad, no sólo en su dimensión económica, sino también de las relaciones sociales (económicas, políticas, de género, ideológicas) que el sistema capitalista engendra y posibilita.

Esta perspectiva es profundizada por Iamamoto (2003), pensando al Trabajo Social como inserto en procesos de trabajo, lo que nos permite preguntarnos ¿qué produce el Trabajo Social?. Según Iamamoto (2003), nuestra profesión, al insertarse en servicios sociales interviene en cuestiones ligadas a la supervivencia social y materiales de los sectores que

viven de su trabajo, pero no sólo eso. Desde una mirada gramsciana, la construcción de hegemonía depende no sólo de la coerción, sino también del consenso. Participando en la creación de consensos, el Trabajo Social, participa también en la reproducción político-ideológica de la sociedad. Cuestión que no suprime la posibilidad de crear consensos “contra-hegemónicos”.

Así mismo, Saúl Karsz(2007) distingue en la producción del Trabajo Social un aspecto primario y otro secundario. La cuestión secundaria refiere a la dimensión material, al suministro de recursos para “aliviar” las situaciones de los/as usuarios/as. El registro primario está ligado intrínsecamente a su pertinencia social de nuestra profesión, tiene que ver con el registro ideológico: intervenir es tomar partido, es optar por determinados valores, modos de vivir, de sentir, de comportarse por sobre otros.

La comprensión de esta cuestión de la funcionalidad del Trabajo Social ha llevado a prácticas de resignación, “fatalistas”, en las que los/as profesionales se ven como determinados/as por el poder dominante, sus prácticas reproducen mecánicamente los mandatos institucionales. También han conducido al otro extremo: altruismo, “mesianismo”, cuestión que no permite tener una lectura histórica de la práctica profesional.

Según Iamamoto(2003), la práctica de nuestra profesión debe ser pensada en una doble dimensión: aquella objetiva (su inscripción en las relaciones sociales) y aquella subjetiva (ligada a las formas en que el colectivo profesional piensa y actúa

Así mismo, Marro (2005), siguiendo a Iamamoto, identifica la dimensión política del Trabajo Social. La misma tiene que ver en primer lugar, con su inserción en las relaciones de poder de la sociedad capitalista. Estas determinaciones objetivas del contexto histórico-social son re-significados por el colectivo profesional, posibilitadas por su autonomía relativa, que se da justamente por el carácter contradictorio de las relaciones sociales. El Trabajo Social se encuentra en la permanente tensión entre el adoctrinamiento y control de las clases subalternas y la lucha por sus derechos de ciudadano/as, por el acceso a servicios y recursos básicos. Nuestra profesión tiene un lugar privilegiado en la intervención en la vida cotidiana de las clases subalternas, posibilitando formas de articulación entre estos sectores y las políticas sociales, cuestión que siempre debe ser mediada por una rigurosa lectura de su ámbito de actuación.

La dimensión política del Trabajo Social se hace presente también en la posibilidad de elaborar un proyecto ético-político para el colectivo profesional que dirija y de sentido a su intervención.

Teniendo en cuenta estas aproximaciones teóricas, para el caso de los procesos de trabajo en Atención Primaria en Salud, nos interrogamos: ¿cuál es el producto en estos procesos de trabajo? ¿cuál es el aporte que realiza nuestra profesión en estos procesos? ¿cuales son los objetivos que se proponen las trabajadoras sociales? ¿cómo se articulan estas cuestiones con la construcción del proyecto ético político profesional? .

Como lo describimos, el producto de los procesos de trabajo es fruto del trabajo combinado y cooperativo, en el que contribuyen diversas especializaciones del trabajo. Para el caso de Atención Primaria en Salud, el Trabajo Social se inserta en equipos interdisciplinarios para el abordaje integral de los procesos de salud. En este aspecto, las trabajadoras sociales aseguran que su aporte está ligado justamente a ampliar la mirada de la salud, trascendiendo lo bio-médico y lo subjetivo, contemplando el contexto en el que habitan las poblaciones usuarias: sus condiciones materiales de vida, sus trayectorias e historias de vida, las estrategias de supervivencia, las relaciones intrafamiliares y comunitarias. La mirada del Trabajo Social articula estas cuestiones con los procesos históricos, políticos y culturales que se desarrollan a nivel macro-social.

Nuestra profesión apuesta al abordaje interdisciplinario e interinstitucional. Por su mayor formación y ejercicio, muchas veces se posiciona como articuladora de miradas disciplinares y promotora en la elaboración de proyectos terapéuticos.

Las estrategias, técnicas e instrumentos desarrollados por el Trabajo Social se vinculan con objetivos en dos niveles: el registro secundario que describía Karsz (2007), ligado a facilitar el acceso a la población a recursos, bienes y servicios públicos. Y un aspecto primario, ligado al registro ideológico: promover determinadas formas de vida, de vincularse, de habitar, de vivir.. Cuestiones que las trabajadoras sociales relacionaron con la construcción de vínculos, con el desarrollo de espacios de escucha y acompañamiento a sujetos, lo que les posibilita problematizar cuestiones como las relaciones de pareja, el cuidado de hijos/as, los proyectos de vida en la juventud, las relaciones entre vecinos/as y entre familiares.

Estos objetivos de la estrategia más inmediata, se entrelazan con los horizontes que se proponen las trabajadoras sociales entrevistadas, que se encuentran en consonancia con el proyecto ético-político profesional vigente: promover el ejercicio de la ciudadanía de la población usuaria y el cumplimiento de los derechos humanos, particularmente el acceso a la salud en su concepción integral.

Algunas de las reflexiones que nos surgieron a modo de cierre de este trabajo, giran en torno a preguntarnos: ¿Cuáles son los desafíos para el colectivo de trabajadores/as sociales que se desempeñan en procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud? Asimismo indagamos, ¿Cuáles son los desafíos del colectivo profesional en la actual coyuntura histórica?

Uno de los principales nudos problemáticos que identificamos en los procesos de trabajo de Atención Primaria en Salud tiene que ver con lo que Campana (2010) describe como el proceso de (re)asistencialización de la salud y de medicalización de la asistencia. El mismo se expresa en los Centros de Salud que se muestran como las únicas instituciones o las de mayor referencia en los territorios. Los Centros de Salud se vuelven así una importante puerta de acceso a la asistencia, estableciéndose así un estrecho vínculo entre asistencia y salud. Para lograr este acceso los/as usuarias/os deben superar un “means testing”, la comprobación de medios y necesidades, cuestión que está ligada a “procesos de salud-enfermedad”, entendiendo a la salud en clave bio-médica.

Las trabajadoras sociales de los Centros de Salud se encuentran en el nudo de esta cuestión: ¿qué es salud y qué no? ¿cuándo otorgar asistencia y cuándo no? ¿cuán enfermo/as deben estar los/as usuarios/as para ser asistidos/as? Si tienen conocimiento que los/as usuarios/as no pueden acceder a la asistencia desde otras instituciones ¿dónde poner el freno?

Probablemente todas las cuestiones que llegan a estas instituciones estén en relación a procesos de salud-enfermedad en su concepción integral, sin embargo no es posible ni suficiente garantizar el derecho a la salud únicamente desde Centros de Salud y Hospitales. Entender los procesos de salud-enfermedad como condicionados por factores históricos, políticos, sociales, económicos y culturales, requiere un abordaje desde un entramado de instituciones educativas, culturales, deportivas, recreativas, de trabajo, de vivienda y hábitat, que trabajen en esta dirección. Así mismo, requiere una redefinición de lo socio-asistencial.

Tanto Arias (2012) como Campana (2017) proponen trascender la noción vigente de asistencia²⁰, para poder pensarla en clave de derecho. La asistencia como derecho supone separar la dimensión asistencial de la promocional, superar la comprobación de medios y

²⁰Arias (2012) identifica la persistencia del “modelo de asistencia y promoción” fundado en los ‘60 con las estrategias de promoción social propuestas en el desarrollismo. De allí en adelante identifica continuidades de este modelo que asumieron distintos matices y modificaciones parciales de acuerdo al momento histórico. Se trata de una forma institucional de tratamiento de la pobreza, que configura formas de intervención que implican entre otras cuestiones: concebir lo asistencial como residual y transitorio, como un medio más que un fin en sí mismo, medio que tiene por objetivo promover cambios en los sujetos asistidos (modificaciones en su conducta, características, hábitos, pautas culturales), se trata de sujetos a ser intervenidos por su condición de pobreza.

necesidades y el carácter residual y transitorio asignado a la asistencia. Supone crear un andamiaje institucional que asuma la forma de un servicio público universal a la altura de la salud y la educación, en donde se encuentren clarificadas las prestaciones y los servicios, la forma en que se ofrecen y se financian, los criterios de acceso, las formas de exigirlos, etc (Campana, 2017). Se trata de prestaciones sociales que responderían a un conjunto de necesidades de toda la población, definidas como garantías, protecciones que la sociedad decide proveer a sus ciudadanos/as en tanto tales (Campana, 2016).

Siguiendo esta línea, entendemos que uno de los desafíos es instalar este debate tanto al interior del colectivo profesional como en instancias públicas referido a la noción de asistencia como derecho. Creemos que el colectivo profesional, por su recorrido, formación y experiencia cotidiana en el ejercicio profesional debe asumir un rol protagónico en el debate en torno a las políticas públicas, realizando su aporte desde una perspectiva que se oriente a la restitución de derechos, a la promoción del ejercicio de la ciudadanía.

Por último nos interrogamos en torno a las tareas para el colectivo profesional en la actual coyuntura histórica.

Como lo hemos remarcado, nos encontramos ante un contexto histórico de recomposición neoliberal, de graves retrocesos en materia de derechos laborales y conquistas sociales. Nos enfrentamos a discursos masivos que avalan injusticias y promueven el control social a través del incremento de la violencia institucional. Estamos viviendo un proceso de brutal ajuste económico que asumirá graves consecuencias para los sectores más empobrecidos de nuestro pueblo, como así también sobre el sector de trabajadores. En este marco no podemos desconocer la doble implicancia del proceso de ajuste para el Trabajo Social: por un lado en tanto sector asalariado, por otro lado por su inserción en procesos de trabajo estructurados por políticas públicas que están marcando recortes y retrocesos.

Creemos que una de las prioridades para nuestro colectivo profesional es articular voluntades progresistas para consolidar un proyecto ético-político en esa dirección. En palabras de Montaña (2004), :

“fundado en principios y valores tales como: la Libertad, la Democracia substantiva y la Ciudadanía, los Derechos Humanos, Civiles, Políticos y Sociales, la Justicia Social, las Políticas Sociales universales, no-contributivas, de calidad y constitutivas de derecho de ciudadanía, la ampliación de la esfera pública, la eliminación de toda forma de explotación, dominación y sometimiento, como sistema de convivencia social y de desarrollo de una ciudadanía substantiva” (pp.8).

En esta coyuntura (coincidiendo con lo que Montaña planteaba respecto a la ofensiva neoliberal de los '90), consideramos que es de vital importancia consolidar la organización tanto académica como gremial del colectivo profesional, para participar en la lucha y defensa de sus derechos como trabajadores/as, docentes e investigadores, en la defensa de políticas sociales y de educación pública de calidad .

Así mismo, resulta imprescindible que un proyecto ético-político progresista se vuelque a acompañar la lucha y la resistencia de los movimientos populares y sociales, sus demandas y propuestas, no sólo desde lo declarativo, sino también aportando lecturas y proyectando incidir en políticas sociales a su favor.

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, A. J. . *Pobreza y modelos de intervención: aportes para la superación del modelo de asistencia y promoción*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2012.

CAMPANA, M., “Asistencia Social y restauración neoliberal”, en *Revista Catedra Paralela*, 2017, N°14, Rosario, UNR, pág.13-24.

CAMPANA, M., “La Asistencia Social como derecho: integración y precariedad”, Documento presentado en el *Tercer Foro Latinoamericano de Trabajo Social*, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2016.

FREIRE, P.; FAÚNDEZ, A., *Hacia una pedagogía de la pregunta. Conversaciones con Antonio Faundez*. Buenos Aires, Ediciones La Aurora, 1986.

-IAMAMOTO, M. *El servicio social en la contemporaneidad: trabajo y formación profesional*. 2ªedición, Sao Paulo, Cortez Editora, 2003.

-KARSZ, S. *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Editorial Guedisa. Buenos Aires, 2007.

MONTAÑO, C., “Hacia la construcción del proyecto ético-político profesional crítico”. Documento presentado en el *XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social–ALAETS*, Universidad de Costa Rica, Costa Rica, 2004.

-ROZAS PAGAZA, M. *La Intervención Profesional en relación con la Cuestión Social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2001.

ANEXOS

ANEXO I: Informe elaborado a partir de Registros de Atención Diaria correspondientes a Trabajo Social en Atención Primaria en Salud de la Municipalidad de Rosario. Año 2017.

EFECTOR /ATENCIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
SAN MARCELINO CHAMPAGNAT	212	192	168	260	150	148	130	142	156	64	68	50	1740
SAN MARTIN	56	174	72	484	214	194	210	192	44	14	3		1657
EMAUS	182	116	82	216	104	70	130	82	64	50	51	19	1166
MAIZTEGUI	28	60		28	12	96	116	372	292	72	55	35	1166
LAS FLORES	80	100	144	204	88	126	44	140	60	15	14	5	1020
EL GAUCHO	20	36	26	84	24	24	22	28	8	9	5	3	289
VEC SANTA TERESITA	54	72	56	24	10	4	4	26	30	2			282
ITATI	56	18	52	56	6	18	14	10	4	21	14	2	271
MARTIN	22	90		4		136	12						264
STA.MA.JOSEFA.ROSELLO	40	22				62	60	2					186
SUR	10	14	12	32	18	18		22	16	23	8	3	176
CEFERINO NAMUNCURA	114		4										118
20 DE JUNIO	34	12	14			2	2	4	2	1			71
LUCHEMOS POR LA VIDA	20			40									60
EVA DUARTE	8	8											16
LUIS PASTEUR					8								8
SAN VICENTE DE PAUL									2				2
DR.SALVADOR MAZZA												1	1
JUAN B. JUSTO												1	1
Total Resultado	936	914	630	1432	634	898	744	1020	678	271	218	119	8494
25 ausentes se eliminan													
19 centros registraron en el 2017, de los cuales 5 tienen carga sistematica													
33 centros tienen trabajador social													

DIAGNÓSTICOS

CINCO CENTROS SELECCIONADOS			
CAPÍTULOS	Atenciones?	%	Personas
Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales	4018	59.5 3%	960
Consultas	1322	19.5 9%	276
Sin Datos	1117	16.5 5%	244
Síndromes del maltrato	279	4.13 %	82
Atención médica para la reproducción	11	0.16 %	7
Trastornos mentales y del comportamiento	2	0.03 %	1
Total Resultado	6749	100. 00%	1570

Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales	Total	%	Diagnósticos	Personas
PROBLEMAS RELACIONADOS CON BAJOS INGRESOS/SIN INGRESOS	866	21.55%	265	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIVIENDA INADECUADA	686	17.07%	148	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SEGURIDAD SOCIAL Y SOSTENIMIENTO INSUFICIENTES PARA EL BIENESTAR	681	16.95%	208	

OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO	283	7.04%	120	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE ALIMENTOS ADECUADOS	277	6.89%	112	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y LA ALFABETIZACION	227	5.65%	65	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTRAS CIRCUNSTANCIAS LEGALES	222	5.53%	73	
PROBLEMAS RELAC CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y LA CASA	220	5.48%	79	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DOCUMENTACION PERSONAL	172	4.28%	75	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE VIVIENDA	159	3.96%	49	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMPLEO Y EL DESEMPLEO	55	1.37%	23	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON CIERTAS CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES	37	0.92%	11	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DESAPARICION O MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	37	0.92%	10	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA AUSENCIA DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	34	0.85%	10	
OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SANEAMIENTO AMBIENTAL (DISPOSICION EXCRETAS,RESIDUOS,BASURALES)	18	0.45%	7	
PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA	11	0.27%	5	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO NO DESEADO	11	0.27%	7	
VICTIMAS DE INSEGURIDAD Y/O VIOLENCIA INSTITUCIONAL	8	0.20%	3	
PROBLEMAS RELACIONADOS CON PERSONA QUE VIVE SOLA	6	0.15%	3	
EXPOSICION AL AGUA CONTAMINADA	4	0.10%	2	
EXPOSICION AL SUELO CONTAMINADO	4	0.10%	2	
Total	4018	100.00 %	1277	960

PROBLEMAS RELACIONADOS CON BAJOS INGRESOS/SIN INGRESOS				
	Total	%	Diagnósticos	Personas
diagnostico 2 desc. (vacío)	542	62.59%	186	154
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE ALIMENTOS ADECUADOS	114	13.16%	37	32
PROBLEMAS RELACIONADOS CON ATENCION DE SALUD NO DISPONIBLE O INACCESIBLE	47	5.43%	22	21
PROBLEMAS RELACIONADOS CON VIVIENDA INADECUADA	45	5.20%	20	17

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SEGURIDAD SOCIAL Y SOSTENIMIENTO INSUFICIENTES PARA EL BIENESTAR	32	3.70%	14	12
PROBLEMAS RELAC CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y LA CASA	28	3.23%	9	8
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES POR DISCAPACIDAD	12	1.39%	4	4
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMPLEO Y EL DESEMPLEO	10	1.15%	5	3
OTROS SINDROMES DEL MALTRATO	8	0.92%	3	3
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA EDUCACION Y LA ALFABETIZACION	8	0.92%	3	3
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA FALTA DE VIVIENDA	6	0.69%	2	2
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DOCUMENTACION PERSONAL	4	0.46%	2	2
SINDROME DEL MALTRATO- NO ESPECIFICADO (SOSPECHA)	4	0.46%	1	1
ABUSO DE ALCOHOL	2	0.23%	1	1
OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO	2	0.23%	1	1
PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA	2	0.23%	1	1
	866	100.00 %	311	265

PRÁCTICAS

Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales	Registros de prácticas	Practicas individualizables	Personas
INDIVIDUAL/FAMILIAR DISCIPLINAR	2872	702	
(vacío)	422	241	
COMUNITARIO INTERDISCIPLINAR DISPOSITIVOS INTERSECTORIALES Y/O INTERINSTITUCIONALES	300	105	
INDIVIDUAL/FAMILIAR INTERDISCIPLINAR DISPOSITIVOS INTERSECTORIALES Y/O INTERINSTITUCIONALES	200	70	
INDIVIDUAL/FAMILIAR INTERDISCIPLINAR INSTANCIAS DE RETRAJO DE LAS ACCIONES	78	26	
INDIVIDUAL/FAMILIAR INTERDISCIPLINAR CONSULTORIO CONJUNTO	44	18	
GRUPAL INTERDISCIPLINAR INSTANCIAS DE RETRAJO DE LAS ACCIONES	42	21	
INDIVIDUAL/FAMILIAR INTERDISCIPLINAR CONSEJERÍA	12	3	
GRUPAL INTERDISCIPLINAR DISPOSITIVOS INTERSECTORIALES Y/O INTERINSTITUCIONALES	10	5	
GRUPAL INTERDISCIPLINAR TALLERES	10	5	

COMUNITARIO INTERDISCIPLINAR INSTANCIAS DE RETRABAJO DE LAS ACCIONES	6	3	
GRUPAL DISCIPLINAR	6	3	
GRUPAL INTERDISCIPLINAR REUNION DE EQUIPO	6	3	
INDIVIDUAL/FAMILIAR INTERDISCIPLINAR ADMISIÓN	4	1	
INDIVIDUAL/FAMILIAR INTERDISCIPLINAR TALLERES	4	2	
GRUPAL INTERDISCIPLINAR CONSULTORIO CONJUNTO	2	1	
Total	4018	1209	960

Fuente: Información aportada por el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública (Municipalidad de Rosario).