

La inserción de los Trabajadores Sociales en los centros de salud de la provincia de Santa Fe. El caso de la ciudad de Rosario (2003-2007)

Romina Bustos

Magister en Trabajo Social (UNLP)
Docente-investigadora de la Escuela de
Trabajo Social (UNR)
Correo: rominagb@hotmail.com

Resumen

En estos “apuntes” recuperamos las voces de quienes fueron las primeras trabajadoras sociales que comenzaron a desempeñarse en el ámbito de los centros de atención primaria dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, particularmente en lo que refiere a Rosario durante el período 2003-2007. Nuestro punto de partida es poder reconocer las expresiones de la cuestión social y sus posibles respuestas. En ese sentido, establecemos una relación estrecha entre las inundaciones en la provincia de Santa Fe durante el período y el ingreso de las trabajadoras sociales en junio de 2003. El Seguro de Salud Provincial, como programa focalizado del Ministerio de Salud fue la herramienta que encuadró la relación laboral de las trabajadoras sociales. Analizamos los espacios particulares del proceso de trabajo, deteniéndonos en algunos condicionantes que operaron para que muchos colegas renunciaran a sus puestos y que otros permanecieran en los mismos. Finalmente, recuperamos diversas estrategias del colectivo profesional que desencadenaron en la formación de la Red de Trabajadoras Sociales de Salud Provincial y organización de las Jornadas de Salud como antesala al reconocimiento de las trabajadoras sociales en el escalafón profesional en el año 2010.

Palabras claves:

Trabajo Social – APS –
Seguro de Salud

Abstract

In these “notes” we recover the voices of the first social workers, who began to work in the area of primary care centers under the Ministry of Health of the Province of Santa Fe, particularly in regard to Rosario during the period of 2003-2007. Our starting point is to be able to recognize the expressions of the social question and its possible answers. In this sense, we establish a close relationship between the floods in the province of Santa Fe during the afore mentioned period and the hiring of social workers in June of 2003. The Provincial Health Insurance, as a focused program of the Ministry of Health, was the tool that framed the employment relationship of the social workers. We analyzed the particular spaces of the work process, especially looking at some conditions that operated in a way, which triggered the resignation of many colleagues and the continuation of others. Finally, we recovered various strategies of the professional collective that unfolded in the formation of the Provincial Health Social Workers’ Network and organization of the “Health Days” as a prelude to the recognition of these social workers in the professional hierarchy in 2010.

Keywords:

Social Work - APS -
Health Insurance

Introducción

El presente trabajo recupera algunas consideraciones de la investigación “La Inserción del Trabajo Social como profesión en los centros de atención primaria de la provincia de Santa Fe. El caso Rosario durante el período 2003-2013”, que se inició en el marco del PID 2013¹⁴ y aún se encuentra en ejecución. El objetivo es reconstruir el ingreso de las Trabajadoras Sociales (en adelante, TS) retomando las voces de nuestras colegas a partir de las experiencias particulares de ingreso en los Centros de Atención Primaria de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Realizamos un estudio descriptivo apelando para la obtención de la información y su presentación a los procedimientos propios del comprensivismo y del interpretacionismo asumiendo la “perspectiva del actor” a partir de la propuesta de Rosana Gubber.

Remitiéndonos a seis entrevistas en profundidad¹⁵ a referentes de este período, sumadas a la voz de quien realiza esta investigación tensionamos la implicancia del investigador en este trabajo ya que me desempeño en Atención Primaria de Salud (APS) desde el mes de agosto de 2003. El análisis de decretos, leyes y resoluciones ministeriales, junto al material bibliográfico complementó el abordaje temático objeto de la investigación. Retomamos la experiencia desde junio de 2003 en tanto fue allí cuando se insertaron las primeras TS a los centros y lo extendemos hasta el año 2007 en que se produce el cambio de bandera política a nivel del gobierno provincial impactando fuertemente en la jerarquización de las TS y la Atención Primaria de la Salud. Recuperar la historia de la profesión en su inserción a la APS es comprender al pasado no como añoranza sino como punto de partida para construir y repensar el futuro.

.....
14 Acreditado por Resolución CS N°888/2014. Universidad Nacional de Rosario.

15 Un especial agradecimiento a nuestras generosas entrevistadas: Lic. Ana María Bertolotti, Dra. Alicia Lombardi, Lic. Paula Sepliansky, Lic. Susana González, Lic. Ariadna Pecile y Lic. Laura Fernández.

Sobre las expresiones de la cuestión social

Nuestro punto de partida para el análisis es la comprensión de la cuestión social ya que, como refiere Iamamoto (2003), es en ella donde el Servicio Social tiene la base de su fundación como especialización del trabajo. Así, la “cuestión social 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” (Iamamoto, 2003:41). Dichas expresiones fueron consecuencia en el periodo estudiado de las medidas de corte neoliberal que se implementaron durante la década de 1990 en el país y la región. La privatización de empresas y servicios públicos, la descentralización en la administración y la focalización de recursos en los que menos tienen, fueron las principales características que afectaron las políticas sociales de la región debido al corrimiento del Estado de sus funciones como regulador social y al achicamiento del gasto público. Eduardo Bustelo (1995) nos habla de este período como de producción de un Estado de Malestar.

El año 2000 lejos de haber alcanzado la meta “salud para todos”¹⁶ transcurrirá en medio de una profunda crisis cuyas expresiones máximas transcurrieron los días 19 y 20 de diciembre de 2001 con más de una veintena de muertos. Pero no nos detendremos en estos apuntes a pensar en generalidades, sino en cuáles de las múltiples manifestaciones de la cuestión social se convirtieron en objeto de trabajo del TS, para que a partir de allí el profesional fuera visualizado y valorado para la transformación de ese objeto. Es allí, en donde encontramos el fundamento a nuestra convocatoria y sentido a nuestro hacer profesional. Iamamoto nos plantea que “todo proceso de trabajo implica una *materia prima u objeto de estudio sobre el cual incide la acción;*

.....
16 A partir de la situación socio-sanitaria evaluada durante la década de 1970 en el mundo, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS acordó en 1977 proponer a la comunidad internacional la Meta de “Salud para todos en el Año 2000” la cual signara la Declaración de Alma Ata del año 1978. En la Conferencia que dio origen a la Declaración se define el reconocimiento internacional del concepto de APS como una estrategia para alcanzar la mencionada meta.

medios o instrumentos de trabajo que potencializan la acción del sujeto sobre el objeto; y la propia actividad, o sea, el trabajo orientado a un fin que resulta en un producto” (2003:80).

En lo que respecta a nuestra provincia hay un hecho muy relevante a la hora de hacer una lectura de la cuestión social y sus expresiones: las inundaciones de la ciudad de Santa Fe. Revisando información sobre el tema (País, 2008; Almada, Di Santi, Grazzi *et al*, 2009), podemos decir que hubo varios factores que se conjugaron en las inundaciones del 2003:

- las copiosas lluvias entre enero y abril del 2003 en toda la cuenca del Salado
- la estrechez del puente de la autopista Santa Fe – Rosario sobre el mismo curso de agua y la falta de cierre del anillo defensivo del oeste de la ciudad. Esto con responsabilidades bien claras por parte del Gobernador Reuteman y el Ministro de Obras Públicas Mercier, según consta en la nota “La obra licitada que nunca se hizo” del Diario *Página 12* del 18 de mayo de 2003
- haber desoído a los organismos que ya en 1992 aportaron al gobierno provincial estudios que alertaban sobre la posibilidad de una catástrofe semejante —según refiere el artículo del Diario *Página 12* ya mencionado— y otro informe de la UNL que sostiene que en marzo de 2003 el sistema de alerta hidrológico de la cuenca del Plata, dependiente del INA (Instituto Nacional del Agua), advertía sobre posibles situaciones de riesgo hídrico sobre la cuenca del Salado
- las políticas implementadas en toda la región para la realización del monocultivo de soja, las que producen cambios en la composición de la tierra generando, entre otras cosas, la impermeabilización del suelo

Los daños de las inundaciones son invaluable —e irreparables— debido a la pérdida de vidas humanas. Pese a ello cabe retomar el Diario *La Nación* del 25 de junio de 2003 donde se destaca que téc-

nicos de la CEPAL evaluaron que el monto de los daños ocasionados por las inundaciones asciende hasta un total de \$ 2.878 millones. La estimación de CEPAL refiere que “Esta cifra, que abarca tanto a daños directos como indirectos, representa un 12% del PBI provincial”. La provincia sufría entonces uno de los peores momentos de su historia.

Algunas respuestas a la cuestión social y sus manifestaciones: el Seguro de Salud Provincial

Entre las respuestas a los daños producidos por la inundación recuperamos información del Diario *La Nación* del 31 de mayo de 2003 señala que el gobierno nacional “Por tres meses elevará a 300 pesos las jubilaciones y pensiones nacionales para los beneficiarios que viven en la zona damnificada, otorgará subsidios para trabajadores de empresas dañadas por el fenómeno, apoyará un plan de infraestructura, repondrá el equipamiento perdido en el Hospital de Niños —entre él, un tomógrafo de nueva generación— y asistirá a la población escolar para la reanudación del ciclo lectivo”. Hubo otras acciones que tuvieron un impacto a largo plazo y que marcaron una estrecha relación entre las inundaciones y el ingreso de las TS en la APS: la participación voluntaria de TS y de psicólogos con las víctimas de las inundaciones. Entendemos que este hecho marca una alerta al gobierno asolado por la emergencia sanitaria. Leptospirosis y hepatitis son las enfermedades agendadas en materia de salud cuando hay inundaciones y frente a ellas existen acciones concretas para ejecutar. Pero hay otras expresiones no agendadas hasta entonces y la incorporación de otros profesionales en el trabajo con las víctimas posibilitó un abordaje de la población desde un concepto de salud integral, no ya pensando sólo una dimensión biológica del ser humano sino en los daños psíquicos y emocionales ocasionados por la irrupción de las aguas.

Fue así que el acompañamiento brindado por profesionales de Trabajo Social de diferentes regiones del país procurando una eva-

luación rápida de las necesidades materiales y emocionales de la población generó la necesidad de atención psico-social —identificando grupos vulnerables— tanto en los lugares de evacuación como en el período posterior cuando las aguas comenzaron a bajar y la población regresó a sus viviendas¹⁷. Para que esas actividades fueran reconocidas como trabajo necesitan de un salario y una contratación. La relación laboral vino de la mano del Seguro de Salud Provincial (SSP). Las leyes N° 23.660 de “Obras Sociales” y la N° 23.661 de “Seguro Nacional de Salud”¹⁸ dieron el marco a nivel nacional para la implementación de programas como el SSP.

El desguace del Estado comenzó en la década de 1970 con las primeras transferencias de Hospitales Nacionales a las provincias y se completó con el Decreto 939/2000 que creó el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. A partir de este decreto fue posible realizar convenios con otras entidades de la seguridad social; cobrar a terceros por los servicios que brindaban a los usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga u otras similares y disponer sobre el presupuesto y los recursos generados por el hospital.

Este andamiaje se complementó con el proceso de reordenamiento financiero de las obras sociales, que consistió en promover la libertad de afiliación de los beneficiarios con el objetivo de implementar un modelo competitivo en el que participaran las empresas de medicina prepaga. Los trabajadores con mayores ingresos migraron sus fondos hacia el sector privado y a su vez este sector ocupó de manera dispar el espacio geográfico, siendo el Estado quien debió responder a los ciudadanos que aun teniendo una cobertura privada debieron acudir al subsector público ya que en algunas localidades las empresas no contaban con prestadores (Gollan, Rovere *et al*, 2015:12-15).

.....

17 Al respecto cabe mencionar el trabajo de Silvia De Riso; Sandra Arito; Mónica Jacquet y otros. “Situaciones de desastres o catástrofes: agentes y dispositivos de intervención”. Revista Ciencia, docencia y tecnología. FTS UNER N° 6 marzo de 2012.

18 La coexistencia en Argentina de tres subsistemas (el público, el de obras sociales y el sector privado) acentuó las diferencias en lo que respecta a servicios, poblaciones a las que atienden y origen de los recursos. Diversas investigaciones dan cuenta de sus transformaciones y estructura, entre ellas podemos mencionar los trabajos de Jorge Katz (1993); Jorge Katz y Ernesto Miranda (1994) y el de Susana Belmartino (1994) entre otros.

Entre el Régimen de Hospitales de Autogestión y el SSP hay un eslabón más: la Ley N° 6312, conocida como Ley SAMCo. Fue por esta ley y su decreto N° 4321/67 que se crearon los “entes denominados Servicios para la Atención Médica de la Comunidad, cuya finalidad es la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos”, que hasta entonces eran brindados por el Estado. Dichos establecimientos no podrían tener fines de lucro y deberían estructurarse sobre las bases de los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse. Buscó resolver el problema referido a la salud provincial derivándolo a las comunidades locales “para su gobierno y administración”, según refiere. La población destinataria de estos establecimientos se encuentra circunscripta en el Artículo Tercero, en tanto dispone que “la atención a enfermos que por su situación económica estén o no en condiciones de sufragar los gastos que demande su curación, sin discriminación de nacionalidad, raza, religión, creencia o ideas políticas o sociales de ninguna naturaleza [...] es fundamental atender la salud de las clases sociales menos pudientes económicamente”.

En este marco fue posible la implementación del SSP como un programa focalizado para cubrir la atención primaria de la salud de la población con menos recursos, según señala el Decreto N°1535 del 26 de junio de 2001, firmado por Reutemann y Parola. Allí consta que el SSP se crea para dar respuesta al diagnóstico realizado sobre el modelo de prestación del servicio de salud pública provincial, que estuvo históricamente diseñado y focalizado hacia la acción reparativa con una sobrecarga en el nivel hospitalario. Y agrega que es necesario jerarquizar la APS como nivel de atención con un reordenamiento de recursos físicos, humano y presupuestarios y con acciones descentralizadas comenzando por implementarlo a través de una prueba piloto experimental en la Zona de Salud III que comprende los Departamentos Garay y San Javier (Decreto 1535 SSP, V. Modalidad de implementación). A partir de aquí se comienza a fortalecer la APS, llegando a nuestra ciudad en el año 2003. Se amplían los equipos de trabajo y su equipamiento, se remodelan los edificios y construyen nuevos centros de salud

entre otras medidas. El Decreto N° 3956 del 30 de diciembre de 2002 publicado en el Boletín Oficial de la Provincia del jueves 20 de febrero de 2003 da cuenta de ello¹⁹.

Hasta aquí no se hace referencia a la incorporación de Trabajadores Sociales, sino que en el Artículo 3 se detalla el Equipo de Atención Primaria (E.A.P.) como “el equipo interdisciplinario de salud [...] compuesto por Médicos de Familia, Enfermeros de Atención Primaria y Agentes Comunitarios” y su red prestacional y deja abierta la posibilidad de trabajar con otros profesionales. Citamos a continuación la modalidad de atención: “Cada E.A.P. tendrá un padrón de beneficiarios bajo su responsabilidad, para brindarles los aspectos asistenciales establecidos en el paquete de prestaciones del S.S.P. Estos beneficiarios constituirán la población a su cargo [...] Los E.A.P. y, en su caso, el médico elegido por el beneficiario [...] tendrá a su cargo la prestación del paquete del S.S.P. Para ello articulará su trabajo con profesionales de otras especialidades [...] Los E.A.P. deben gestionar una primera consulta para cada beneficiario en la cual se abrirá su Historia Clínica Familiar e Individual. Es una consulta por cada beneficiario cualquiera fuera su edad, más allá que la citación fuera por grupo familiar”.

Queda plasmado así el modelo de prestación de salud:

- en donde la APS es un nivel de atención
- para una población específica (sin obra social, seguro o sistema prepago)
- con cobertura definida a través de un paquete prestacional focalizado en la prevención y en la atención primaria de la salud
- a través de equipos profesionales con población a cargo (responsable de la aplicación en dicha población del paquete defi-

.....

19 “De la prueba piloto realizada en San Javier (con un padrón de 28.000 beneficiarios aproximadamente) se han obtenido resultados positivos que permiten impulsar la extensión del S.S.P. a nuevas localidades de la provincia hasta asegurar la cobertura a 150.000 beneficiarios y renovándose anualmente “con el objeto de aplicar este modelo de atención a la totalidad de la población beneficiaria del mismo, en la medida en que las condiciones técnicas y los recursos así lo permitan” (Decreto 3956, Artículo 1).

nido) conformado por médicos, enfermeros y agentes comunitarios que podrán articular acciones con otras profesiones.

Será en el Decreto N° 1363 del 2 de junio de 2003 en donde apareceremos mencionadas por primera vez las TS. Por este decreto se aprueba el Plus Prestacional no remunerativo y no bonificable que percibirán los agentes que lleven a cabo la implementación del Programa en el territorio provincial. Este plus es definido como “incentivos a la producción, al cumplimiento de objetivos y de las normas establecidas por los Programas Provinciales de Salud”. El financiamiento podía provenir de diversas fuentes, tanto de organismos internacionales a los cuales se rendían los resultados en base a las metas trazadas como también de las obras sociales o de privados. Así lo indica el Artículo IV del Decreto 1535: “El S.S.P. será financiado con la progresiva afectación de los recursos presupuestarios previstos para el Ministerio de Salud y Medio Ambiente, más los fondos provenientes de convenios con la Seguridad Social, Seguros, Prepagos, Municipios, Comunas, etcétera; además de los legados, donaciones, fondos de otras jurisdicciones y otras transferencias de partidas que a tal efecto se dispongan”.

De la mano del SSP, la Ley SAMCo y el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada se pretendió potenciar la APS. De Lellis y Casanova (2006) nos ofrecen cuatro perspectivas de análisis sobre la APS:

- como concepción filosófica se sustenta en la consagración del derecho a la salud, considerado como un postulado fundamental del modelo sanitarista
- como estrategia orientada en tres pilares: el uso de los servicios básicos de salud apoyándose en conductas de autocuidado; la mejora en el acceso y la utilización de los servicios (subordinando la atención de los más centralizados y complejos a la que se brinda en los niveles más básicos de atención) y la reasignación de los recursos humanos con capacitación para que puedan atender en los centros de salud

- como nivel de asistencia, traducido como “puerta de entrada al sistema” para aumentar las posibilidades de acceso, resolviendo en este nivel los problemas de menor dificultad técnica y orientando hacia los otros niveles de la red. Esta concepción fue distorsionada entendiéndose como límite de atención y quedando, así, como un programa marginal. La APS como primer nivel requiere comprenderla en interrelación entre profesionales e instituciones
- como programa de actividades. Si bien la APS sostiene que las acciones deben abarcar a toda la población, reconoce la presencia de ciertos grupos con mayores necesidades de atención que otros. Este enfoque ha sido cuestionado debido a que abandonaría el principio de universalidad.

En nuestro país en la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó el desarrollo de la estrategia de la APS se organizó como “programas” del primer nivel de atención. No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la APS como estrategia básica. En nuestra ciudad²⁰ convivirán dos modelos: uno regido con la lógica del aseguramiento y otro que apuntara hacia un Sistema Único de Salud. El primero refiere a las modalidades de los seguros de salud (sean voluntarios u obligatorios, públicos o privados o en diferentes combinaciones), mientras que el segundo apuesta a un sistema de salud unificado, con financiamiento estatal proveniente de los impuestos²¹. Democratización de la organización, Micro-regiones, Equipos de Referencia, Adscripción de pacientes, Clínica Ampliada²² serán algunos de los conceptos que tensionarán el lugar del Seguro de Salud Provincial, del EAP, del Padrón de Beneficiarios, del Paquete de Prestaciones, de la población

.....
20 No hay que olvidar que el sistema de salud en Rosario durante la década del '90 fue una verdadera isla ya que pese a las directivas nacionales, los hospitales continuaron dependiendo de la Secretaría de Salud Pública Municipal, los medicamentos se producían en el municipio, las prestaciones eran gratuitas y el marco legislativo local acompañaba la definición de derechos en la órbita progresista (por ejemplo en lo referido a derechos sexuales y reproductivos con acceso gratuito a métodos anticonceptivos regidos por la Ordenanza N°6244 del año 1996).

21 Para ampliar: Laurel (2012).

22 Para ampliar: Souza Campos (2010).

a cargo debido a que en un mismo territorio, confluyeron efectores municipales y provinciales con distinta bandera política pero que en algunas ocasiones podían articular acciones para producir salud y en muchas otras compartían a los mismos trabajadores y a los mismos sujetos de atención²³.

La implementación del SSP propiamente dicha

El SSP se valdrá de la estructura ministerial ya existente para su implementación. La APS —siguiendo a según refieren De Lellis y Casanova (2006)— requiere de una regionalización (entendida como descentralización administrativa, técnica y financiera para aumentar el acceso a los servicios) y en ese marco se destacan dos estrategias operativas fundamentales: los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y las Áreas Programáticas. No encontramos la existencia de SILOS en nuestra provincia, sino que el Ministerio se dividía en ocho Zonas de Salud²⁴ —cada una con su respectivo jefe— de las cuales dependían tanto los Hospitales como las Áreas Programáticas. La ejecución de Programas Provinciales era coordinada por el responsable de la Zona de Salud, tanto hacia la base como hacia los Programas Nacionales y el Ministerio de Salud de la Nación en una estructura vertical.

Los Centros de Salud, los Centros Comunitarios, los Dispensarios y los SAMCOs dependían administrativa y funcionalmente de un Área Programática —con un Jefe— establecida en cada Hospital Base. El término áreas programáticas —según De Lellis y Casanova (2006)— data de la década de 1960 y cobra importancia a partir de la formulación de la estrategia de APS al ser definida como ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento sanitario (como el Hospital Base de Referencia) para poner en práctica el pro-

.....
23 A propósito del padrón y del plus prestacional que ofrecía el Seguro de Salud Provincial, un documento realizado por trabajadores de la Municipalidad de Rosario (2003) señala: “El cambio es tan profundo y complejo que en ningún lugar ha podido ser impuesto ni comprado: intentarlo por la vía autoritaria o mediante incentivos económicos como tácticas aisladas, genera formas de oposición destinadas a que la práctica continúe por los carriles habituales”.

24 Ver Anexo 1 donde mencionamos las zonas de salud y sus respectivos efectores.

grama de atención médica de saneamiento ambiental. Se determina según las capacidades de los servicios para implementar sus programas sanitarios.

En la ciudad de Rosario a principios de la década de 1980 comienzan a surgir en algunas vecinales, otros ligados a Unidades Básicas y otros iniciándose como dispensarios o salas de primeros auxilios lo que posteriormente fueron los Centros Comunitarios congregados en las Áreas Programáticas. Los equipos que conformaron dichos espacios orientaron su atención a la Salud Materno-Infantil y se constituyeron sobre la base de médico-enfermero y agente sanitario. Paulatinamente se incorporaron otros agentes al equipo de atención, tales como administrativos y personal de limpieza. Es así como del Hospital Eva Perón y dependiendo del Área Programática N° 1 había 9 Centros Comunitarios; el Área Programática N° 2 estaba en el Hospital Centenario y nucleaba a 9 Centros y el Hospital Provincial de Rosario congregaba en el Área Programática N° 3 a 17 Centros. Hubo intentos de coordinación de las tres Áreas programáticas, el primero con la Dirección de Atención Primaria a cargo de Ana María Bertolotti en el año 2005, y el segundo con la Coordinación planteada en 2006 a cargo de Alicia Lombardi durante la gestión de Silvia Simoncini en el Ministerio de Salud. Sin embargo, según han referido nuestras informantes, estos cargos no fueron parte de una reestructuración del Ministerio, sino por resoluciones puntuales de cada gestión para organizar, unificar y reorientar la APS que se encontraba abandonada hasta el momento:

“Cuando a mí me ofrece el cargo Simoncini tenía la idea de crear una dirección, pero funcionó como una coordinación. Fue con las pautas de aquel tiempo, con todos los programas provinciales [...] La coordinación tenía que organizar las tres áreas y una conexión más directa con el Ministerio de Salud. Había que hacer una remodelación y agilizar el trabajo en cuanto a edificación y reestructuración edilicia y de equipamiento en los centros de salud y expedientes de incorporación de personal y la organización de las jornadas provinciales de APS en donde participó toda la provincia” (Alicia, Entrevista 6/04/2018).

Como se menciona en la citada entrevista, durante este período se comenzó a fortalecer la APS con equipamiento, remodelación de los edificios y construcción de nuevos centros y se posibilitó el ingreso de personal en el marco de Programas como el SSP, pero también el de Médicos Comunitarios. En busca de otra dinámica de trabajo se organizaron las Primeras Jornadas de Salud con la Comunidad²⁵. Este proceso se interrumpe en el 2007 cuando en las elecciones a gobernador triunfa Hermes Binner proponiendo otro modelo de atención en salud en la provincia.

El ingreso de las TS a los centros de salud

La necesidad de TS en los equipos es expresada —por un lado— por el agotamiento del modelo de salud diseñado sobre la base de médico, enfermero y agente sanitario. A su vez, el escenario más general señalaba la fortaleza de estos profesionales en los equipos y un saber específico:

“Históricamente en la provincia solo existían agentes sanitarios [...] Nosotros veíamos que realmente para la APS y el papel fundamental que nosotros cumplíamos el agente sanitario no llegaba [...] En casi todos los países del mundo estaban incorporando TS por la mayor amplitud y la preparación científico técnico que tenían y una mejor adecuación a lo que nosotros necesitábamos como equipo de salud (Alicia, entrevista del 6/04/2018).

La convocatoria se realizó por intermedio del Colegio de Profesionales de Trabajo Social y rápidamente las TS llevamos nuestros curriculums a Laprida y Rioja, sede del Ministerio donde se radicaba la Zona VIII de Salud. El proceso de selección estuvo a cargo de Mabel Pérez y su esposo, ambos responsables de la implementación

.....
25 Para ampliar es posible acceder al artículo del Diario La Capital.: La atención primaria fue eje en las jornadas de salud. 9/04/2006. Disponible: http://archivo.lacapital.com.ar/2006/04/09/ciudad/noticia_284091.shtml

del Seguro de Salud en la ciudad. Se realizó un examen escrito con algunas situaciones que pudimos reconstruir con las colegas: “*si no hubiese medicamentos para la hipertensión arterial: ¿qué haría un TS?*”; “*Una familia recibe leche para su hijo desnutrido, pero en el control pediátrico el niño no aumenta de peso. ¿A qué se debe?*”.

Había quizá una visión del Trabajador Social heroico, al decir de Susana Cazzaniga, detrás de aquellas preguntas y por ello fuimos convocadas posiblemente. Unas verdaderas todólogas era la mirada de nuestros entrevistadores que contrastaríamos en el futuro.

Las TS fuimos contratadas por el Área Programática de cada Hospital Base para integrar los equipos en el marco de diferentes negociaciones: entre ellas un TS cada dos Agentes Sanitarios. Al respecto una de las entrevistadas refiere:

“El ingreso de ustedes no fue fácil, vamos a decir la verdad... nosotros vimos que con el Seguro de Salud se podía incorporar personal, y las Trabajadoras Sociales y las Psicólogas era algo que hace rato sabíamos que hacía falta [...] Hubo que arreglar con varios, la gente de los hospitales, los gremios, porque ustedes no estaban adentro, había que buscar y traer gente nueva [...] pero nosotros queríamos que haya, la municipalidad ya tenía hace rato y nosotros no podíamos hacer entrar ni una, las chicas de los hospitales siempre nos ayudaban, pero yo quería que fueran del Área Programática. [...] Ahí arreglamos con UPCN que cada dos agentes sanitarios que entraran iban a entrar una Trabajadora Social” (Ana María, entrevista 4/07/2016).

De la selección realizada comenzaron a ingresar en el Área Programática I en el mes de junio de 2003 de la siguiente manera: Laura Fernández a los CS Remanso Valerio y 12 de octubre (debido a que tenían poca población a cargo); Susana González en el CS Cerámica; Adriana García en el CS San Miguel y Gladys Sepúlveda en el CS Santa Rita quedando sin TS los CS Esperanza, Independencia y San Fernando.

En lo que respecta al Área II podemos mencionar que mi ingreso fue en agosto de 2003 en el CS Pablo VI y en el mes de diciembre del mismo año ingresaron el resto de las colegas: en el CS Supercimiento

María Verónica Lorea; en el CS 7 de Septiembre Verónica Dutto; en el CS Pablo VI se sumó Marcela Colmegna debido a que la cápita permitía el ingreso de 2 profesionales del Trabajo Social; en el CS Cáritas Guadalupe comenzaron a trabajar Ariadna Pecile y Ana Carina de los Ríos; en el CS Cabin 9 Silvana Martino y Carina Urmeneta; en el CS de la Comunidad Organizada Fernanda Gaspari; en el CS Ramón Carrillo Mónica Otazúa; en el CS Toba Matilde Chávez y en el CS Juntos Podemos Carlota Richter.

Una segunda etapa de contratación se registra en el año 2006, cuando ingresan diez TS en condición de Interinos a la planta provincial luego de una selección a cargo de los jefes de las tres Áreas Programáticas, la Coordinadora de APS y el Vicedirector del Hospital Provincial:

“Fueron 10 cargos interinos para TS [...] de los 480 cargos que teníamos para todos, principalmente médicos y enfermeras que ya estaban trabajando [...] Se discutió en la Cámara de Diputados, la bancada socialista no quería otorgar cargos interinos sin concurso, pero en la provincia tienen hasta los 39 años para ingresar y la mayoría quedaría afuera. Era un acto de injusticia. [...] Los TS se pidió al Colegio [...] tenían una bolsa de trabajo y se los convocó a un concurso, intervino el vicedirector de Hospital Provincial Juan Ameriso y los jefes de Área Programática (María Bucaglia, Ana Bertolotti y Patricia Ramos) y yo. Se hizo una entrevista, fue para ver qué experiencia tenían en APS y en TS y que objetivos tenían para acceder al trabajo, de qué manera podía contribuir Trabajo Social. Fue medio injusto porque había profesionales que tenían 39 o 40 años con muchísima experiencia, pero lamentablemente no pudimos tomarla porque la oficina de personal de santa fe no lo permitía. Se dieron más TS para el Área 3” (Alicia, entrevista 6/04/2018).

Las condiciones de trabajo y el trabajo profesional

Las condiciones de trabajo fueron adversas desde el comienzo, no estaba definido cuánto tiempo trabajar ni el salario a percibir y había diferencias entre un área programática y otra:

“Ingresé por el plus del Seguro solamente, después vieron que no te podían pagar un plus si no tenías relación con la Provincia y entonces ahí me hicieron un contrato por \$250.- y cobraba \$400 de plus. Sí, cobraba más de plus que de sueldo. Estuvimos ocho meses sin cobrar y cuando llegó el dinero ahí hicieron los contratos retroactivos por 12 horas semanales, pero nosotras habíamos trabajado 24 horas” (Susana, entrevista 31/08/2016).

“Ingresé en agosto de 2003, la Jefa de Área me dijo que sería monotributista, pero que aún no me inscriba porque iba a tardar un poco en cobrar. Me dijo que trabaje 12 horas semanales, distribuidas en 3 días y mi ingreso sería \$300.- por un contrato con el Hospital Centenario y \$400.- de plus por tener 4.000 beneficiarios del Seguro de Salud a mi cargo. Luego de varios reclamos obtuve un contrato a los 4 meses de haber comenzado a trabajar y allí se hizo efectivo mi pago” (Romina, entrevista 20/05/2015).

Recuperamos de las entrevistas que, en aquel contexto de desempleo y precarización laboral, las profesionales fueron convocadas a trabajar, pero sin conocer las condiciones precisas. El desempleo como un disciplinador de los profesionales se hacía presente una vez más.

A las precarias condiciones de contratación se suma la dis-coordinación del trabajo, la escasa información del personal que trabajaba en los CS, los conflictos entre aquellos trabajadores que se negaban a la implementación del Seguro de Salud (argumentando que era una privatización del sistema y que generaba endeudamiento internacional para el país) y quienes apoyaban su implementación. Así recordamos el ingreso a los Centros de Salud:

“Dijeron te tenés que presentar en tal lugar, no conocía nada, aparecí un día en el centro de salud presentándome ante el director [...] y él me dijo que le habían avisado que venía, pero nunca tuvo en claro si yo era una estudiante (porque había concurrentes), o un agente sanitario (porque entraron también por el Seguro). Había una visión que estábamos por fuera del equipo, que veníamos por el Seguro de Salud” (Susana, entrevista 31/08/2016).

“Yo me tenía que presentar a las 8 en el Pablo VI, fui 7.50 y estaba solo el administrativo y me dijo que espere al jefe. El administrativo me presentó ante el jefe, que me miró, así como diciendo... ¿y ésta? Y me dijo bueno, acomodate. Y me tuvo que ir haciendo mi lugarcito porque había muchos prejuicios que romper” (Romina, entrevista 20/05/2015).

No había dudas de que las TS éramos profesionales de la salud, y así fuimos contratadas en el Área Programática II:

“Las Trabajadoras Sociales y las psicólogas fueron contratadas por 12 horas porque eran profesionales, los contratos de 24 horas semanales eran para los no-profesionales: agentes sanitarios, mucamas, administrativos” (Ana María, entrevista 4/07/2016).

Que los TS éramos profesionales parecía estar claro, aunque posteriormente vino la lucha por el reconocimiento. Primero hubo que construir el espacio de trabajo en cada efector de salud ya que era la primera vez que ingresaba un TS para estar como compañero y parte integrante del equipo de salud:

“Hubo algunas experiencias en los centros, las chicas fueron al Caritas Guadalupe por ejemplo María Caviglia y a Cabin 9 Ana Verón, pero era por algo puntual o por un tiempo y nada más, seguían siendo de hospital, ustedes fueron las primeras” (Paula, entrevista 22/11/2016).

Entendemos que no hay condicionantes externos, sino un espacio de trabajo que se construye con otros. Cada sujeto con su historia, su experiencia, sus prejuicios, sus saberes...se acercaban a las Trabajadoras Sociales comentando situaciones que creían que podían ser abordadas por ellas:

“Yo recuerdo que tuve gran demanda de situaciones de abuso sexual, la mayoría había ocurrido hacía tiempo y las víctimas habían involucrado al equipo de salud, pero no todas las situaciones habían tenido intervenciones debido a que no sabían cuál era el camino a recorrer. Mi ingreso permitió

revisar esas situaciones ‘viejas’ y construir un espacio de trabajo de Violencia Familiar. Por otro lado, trabajaba con las familias de niños con diagnóstico de desnutrición, armando una red institucional que hiciera de soporte al abordaje que había desde pediatría, enfermería y agentes sanitarios. Nunca se puede trabajar con todos, pero siempre hay algún médico, algún agente sanitario, alguna enfermera que te abre paso y camina codo a codo con vos” (Romina, entrevista 20/05/2015).

Cada espacio se construyó de manera particular, generando diferentes estrategias: entregar los carnets del SSP, coordinar trabajo con otros profesionales, conocer al otro para dar respuestas a las diversas manifestaciones de la cuestión social:

“Fue un ‘vení, pasa y fijate qué haces’, no había mucha noción de a qué íbamos. Tuve la suerte de que los agentes no sintieron una invasión a su territorio, yo conocí el territorio gracias a una agente principalmente. Entregar los carnets del seguro fue toda una estrategia, en principio lo cuestionamos nosotras porque pensábamos que no estábamos para eso que no nos correspondía, pero después fue lo que nos permitió conocerle la cara de la gente, los pasillos, la excusa para recorrer el barrio permanentemente. Yo me pude acoplar a enfermería y a agentes sanitarios [...] El trabajo depende también mucho de las personas [...] no siempre se puede sostener un consultorio conjunto” (Susana, entrevista 31/08/2016).

Se hace presente claramente la noción de autonomía relativa en el proceso de trabajo. Por un lado, hubo condicionantes muy negativos: las informales condiciones de contratación y su consecuente efectivización del salario; las pujas de poder con otros actores institucionales por ocupar un espacio o atender a una determinada problemática entre otras. Por otro lado, entendemos que la desorganización y la falta de direccionalidad en la tarea permitió a las profesionales ir diagramando y diseñando su propia estrategia de trabajo al interior del equipo, con la población y con las instituciones del territorio y el lugar de la asistencia social. Al respecto Susana, señalaba:

“Creo que la población empezó a ver un TS cuando ya teníamos meses en la institución y habíamos encontrado algunos caminos frente a recursos e instituciones de la zona. La gente tomo conocimiento después, no fue inmediato. También tiene que ver con como el equipo te ve [...] había mucha presencia de los CDZ de Promoción Comunitaria y trabajábamos juntas, yo era la de salud, trabajamos juntas, pero no recuerdo la demanda de recursos, a lo mejor es la forma que yo le di: frente a una demanda presentar un plan de trabajo, no la asistencia inmediata. Yo creo que lo primero que tengo claro es que salud no tiene recursos propios para asistencia social y siempre tenés que jugar con otros actores. Demanda hay siempre pero también está en cómo cada uno va dando las respuestas” (Susana, entrevista 31/08/2016).

Esa desorganización tiene varias aristas para analizar. Por un lado, al no existir un esquema de trabajo, cada profesional se fue incorporando a los equipos e implementando diferentes “estrategias de sobrevivencia”. Ello, sumado a la precariedad en la contratación, influyó para que muchas colegas hicieran efectiva su renuncia al poco tiempo de haber comenzado a trabajar:

“Yo ingresé en junio del 2003 [...] ingresamos cuatro en el norte, que fue el primer lugar donde se aplica el Seguro. De las cuatro, quedaron dos, una estuvo poco tiempo y la otra más de un año y cuando encontraron otro trabajo se fueron” (Laura, entrevista 04/04/2015).

Como decíamos, el descontento por las limitaciones en las condiciones de trabajo, la falta de reconocimiento por la tarea, la resistencia ejercida por algunos equipos o por algunos sectores profesionales y no profesionales hicieron que muchas colegas renunciaran y al momento del pase a planta permanente (que involucraba a aquellos que habían ingresado hasta diciembre de 2003) sólo pudieran presentar la documentación siete profesionales de las 16 que habían ingresado hasta la fecha. El pase se produce en el mes de octubre de 2005 aunque no todas las colegas pudieron hacerlo efectivo debido a cuestiones administrativas y de presuntas incompatibilidades que en un

futuro fueron resolviéndose (aunque no sin angustia y perseverancia de las directamente afectadas profesionales).

La fuerza del colectivo profesional: la red de Trabajadores Sociales de Salud

La necesidad de unificar criterios, de discutir intervenciones, de revisar situaciones llevó a que de manera autogestiva las profesionales se reunieran mensualmente —con la autorización de la directora— en la Dirección de Atención Primaria ubicada en calle 9 de Julio al 300. Ese lugar fue elegido para visibilizar nuestra tarea y dar curso a algunos reclamos de tipo gremial. A esas reuniones también concurrían las TS de los Hospitales, a fin de acordar criterios de derivación y circuitos de trabajo. Todo quedaba registrado en un acta, a la que no hemos podido acceder, ya que circulaba por los domicilios de las diferentes colegas y desconocemos su paradero.

Posteriormente, las reuniones fueron itinerantes para dar apoyo, presencia y respaldo en los diferentes centros de salud. Rotaban de sede, siendo una vez en cada centro y luego también en los hospitales. Participábamos de estas reuniones diferentes colegas de APS, otras TS representando a cada uno de los cuatro hospitales (Centenario, Provincial, Zona Norte y Eva Perón) y posteriormente se sumó el de San Lorenzo. Los temas centrales de las reuniones fueron:

1) la necesidad de aunar criterios de intervención, registros, circuitos de atención (referencia-contrarreferencia), capacitación y formación profesional. Este tema era una necesidad, y algunas colegas habían recibido la demanda desde el Jefe de Área Programática:

“No, no hubo lineamiento, lo único que nos pedían era dejar registrado nuestro trabajo, eso del Jefe de Área Programática, como los médicos tenían planilla de atención diaria y nosotras también teníamos que registrar, que nosotras tengamos una planilla para dar cuenta de nuestra actividad diaria” (Laura, entrevista 04/04/2015).

Uno de los acuerdos principales fue el uso de una planilla de registro, en donde cada profesional daría cuenta diariamente de los datos de la persona con la cual estaba trabajando, la instrumentalidad (Visita, Entrevista, Gestión) y la problemática por la cual había comenzado la intervención.

Más allá de si estas planillas fueron utilizadas o no por todas las profesionales, cabe mencionar que las mismas nunca llegaron a integrar las estadísticas del ministerio ni de los hospitales por carecer de circuitos formales, en tanto quedaron en un acuerdo entre colegas y no a instancias de la superioridad. Le faltaba potencia, reconocimiento, apoyo político y al ser visualizado por el colectivo profesional condujo a plantear la necesidad de agruparse en un Departamento de Trabajo Social.

2) Condiciones laborales. Una cuestión se refirió a los recursos necesarios para desarrollar nuestra actividad:

“Recuerdo que no teníamos salida de teléfono y por lo tanto no podíamos llamar a las otras instituciones (escuelas, Niñez, Mujer, que estaban en ese momento). Sólo nos podíamos comunicar telefónicamente con el Área Programática y con los otros centros de salud del mismo Área. Por este motivo, cada una buscaba algún locutorio, un teléfono público que hubiese cerca y hablábamos desde ahí y supuestamente el Área nos reintegraba el dinero, digo supuestamente porque no siempre ocurría. Muchas veces hacíamos las llamadas desde nuestras casas porque en esa época no teníamos ni celulares tampoco” (Romina, entrevista 20/05/2015).

Otra cuestión fueron los malos tratos recibidos por algunos compañeros de los equipos, principalmente agentes sanitarios. La cuestión de fondo tenía que ver con el lugar que los Trabajadores Sociales vinimos a ocupar en los equipos y que esto en el transcurso del tiempo podría hacer desaparecer la figura del agente, entendido como nexos entre médico y paciente. Las TS compartimos en esas reuniones pareceres y pesares que hicieron de sostén para poder generar estra-

tegas de trabajo en cada equipo de salud y diferentes alianzas que nos permitieran sostener objetivos de intervención interdisciplinaria.

La última cuestión, no por ello menos importante, se refirió a la irregularidad en la contratación y la demora en los pagos, como también la demanda de pase a Planta Permanente. Los reclamos se hacían por nota y solicitando reuniones a las diferentes Áreas Programáticas y Direcciones de Hospitales. El grupo no tenía representación de ninguno de los gremios que actuaban hasta el momento (UPCN²⁶, ATE²⁷ y AMRA²⁸). Posteriormente muchas colegas nos sumaríamos al espacio de lucha “Autoconvocados” y de allí muchas se afiliarían a Si.Pr.U.S.²⁹ y otras a A.T.E.

En este espacio fue muy valioso el apoyo y acompañamiento de las colegas de los hospitales, en tanto ya tenían otras trayectorias en el ámbito de la salud pública y una estabilidad laboral que les permitía sostener y proponer con otro horizonte de trabajo. Se potenciaba así “lo nuevo” —las de APS— y “lo viejo” —las de los hospitales— generando un espacio que se llamó Red de Trabajadoras Sociales de Salud Provincial y que organizó El Primer Encuentro de Profesionales de Trabajo Social de la Zona de Salud VIII: Potenciando nuestras redes, en el mes de noviembre de 2006 con sede en el Hospital Provincial. En ese encuentro se planteaba visibilizar ante el Jefe de Zona y la Ministra de Salud dos temas centrales:

la necesidad de crear un Departamento de Trabajo Social que nucleara a las profesionales que se desempeñaban en ámbitos de la salud de la Provincia

el reconocimiento de los Trabajadores Sociales en la Ley N° 9282.

La jornada tuvo dos exposiciones, una a cargo de Ariadna Pecile (de APS) y de Viviana Pascual (de Hospital de Niños Zona Norte) recuperando el recorrido ya iniciado por Mirta Romero sobre la creación de un Departamento de Trabajo Social y el ingreso en la Ley 9282. La segunda ponencia estuvo a cargo de quien escribe este ar-

.....
26 Unión del Personal Civil de la Nación.

27 Asociación Trabajadores del Estado.

28 Asociación de Médicos de la República Argentina.

29 Sindicato de Profesionales Universitarios de la Sanidad.

título, planteando nociones de planificación estratégicas para poder diseñar colectivamente los pasos a seguir.

El espacio fue muy concurrido, la ministra participó y pudimos acercarle nuestra propuesta. Se entregaron Certificados de Asistencia a las mismas y marcó el inicio de lo que fue la lucha por el ingreso en la Ley Profesional:

“Pudimos acercar nuestro escrito a la ministra Simoncini en las Jornadas [...] el espacio estaba planteado como un lugar de capacitación y formación profesional pero también de lucha por el reconocimiento de los TS en la 9282”
(Paula, entrevista 22/11/2016).

Con relación al Departamento de Trabajo Social cabe mencionar que hubo un espacio de Coordinación de TS en la Zona VIII a cargo de Mirta Romero, quien fuera también jefa del Servicio de Trabajo Social del Hospital de Niños Zona Norte. Su nombre resuena en las entrevistas en tanto se movilizó en el año 1996 para que los TS ingresáramos en la 9282. Sin embargo, las respuestas fueron siempre negativas. Reiteradas notas y pedidos de “pronto despacho” serán retomados el 23 de febrero de 2006 en una reunión con el Jefe de Zona de ese momento, Miguel Rabia.

“Las TS nos encontrábamos incluidas como administrativas en el escalafón no profesional y frente a nuestro reclamo las respuestas fueron siempre negativas” (Ariadna, entrevista 9/01/2017).

Resulta muy gráfico remitirnos a la documentación que plasma una concepción biologicista de la salud y un TS ligado a la asistencia social en su versión más restringida. Estas visiones se conjugaron para dar la negativa a los TS. A manera de ejemplo, retomamos la respuesta de la Dirección de Capacitación y Recursos Humanos del 6 de noviembre de 2006: “En relación a las incumbencias profesionales, aprobadas por Decreto 4387/89 de las mismas surge con claridad que esta profesión tiene un amplio campo vinculado con las políticas sociales y en pro del desarrollo humano [...]

Evidentemente, las incumbencias profesionales se vinculan al campo social, el que en su amplitud incluye la salud de la población, lo que no quiere decir que ello devenga en la necesaria inclusión de estos profesionales en la regulación de los Profesionales del Arte de Curar, regulada por Ley 9282 —para las profesiones relacionadas con la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud—. Si bien no se discute su importante aporte en equipos interdisciplinarios de salud, sus funciones siguen siendo las de sus propias incumbencias (no atienden al enfermo para recuperar su salud, por citar un ejemplo). Debe considerarse, además, que estos profesionales ya cuentan con una regulación específica (en el Decreto 2695/83), no pudiendo evidenciarse la conveniencia de cambiar de regulación. Como ejemplo, baste citar que el personal de enfermería (que sin dudas trabaja en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud) se encuentra regulada en el Decreto 2695/83” (Expte. 015101-0045132-0 ³⁰).

La carrera de TS fue intervenida durante el gobierno de facto de 1976, por lo que al momento de sancionarse la Ley 9282 se encontraba cerrada. Refieren nuestras informantes que cuando la Escuela reabre sus puertas se comienza a instalar el tema del reconocimiento profesional debido a que la Ley dejaba abierta la posibilidad de incorporación de otros profesionales. En el año 1996 se inicia una primera instancia de lucha por la inclusión en el escalafón profesional y en el año 2006 se retoma, alcanzando el objetivo en el 2010.

Si bien el reconocimiento en el escalafón profesional excede el período estudiado, lo mencionamos porque fue la Red de TS de Salud Provincial y el Primer Encuentro de Profesionales de TS de la Zona de Salud VIII los espacios donde se impulsaron lo que significa un gran logro para el colectivo de TS en el ámbito de salud provincial.

.....
30 La cita es tomada del documento inédito de mi autoría: “Informe 2017. La Inserción del Trabajo Social como profesión en los centros de atención primaria de la provincia de Santa Fe. El caso Rosario durante el período 2003-2013”.

Reflexiones finales

Pensar en el Seguro de Salud Provincial inmediatamente remite a políticas fragmentarias, privatización de la salud, aseguramiento. Quedaba establecida la conformación de un padrón de beneficiarios, un carnet para poder ser atendido y de esta manera la prestación sería gratuita, cuestión que hasta el momento no estaba garantizada en la salud provincial. Los profesionales recibirían una cápita como plus de atención.

A pesar de la fuerte resistencia de algunos sectores de trabajadores que aún en esas épocas de neoliberalismo descarnado continuaban apostando a la salud pública, gratuita y universal, el SSP se implementó en la ciudad de Rosario. Cabe aclarar que su implementación fue una transferencia de fondos principalmente que implicó endeudamiento para el país, pero no afectó profundamente en lo cotidiano de la atención de la salud de la población. A pesar de ser un programa focalizado con el cual estamos ideológicamente en desacuerdo, debemos admitir que el SSP fue la herramienta que posibilitó el ingreso de los TS a la APS, así como de otros profesionales potenciando la conformación de equipos interdisciplinarios.

Si bien la salud como derecho humano no encajaba con el SSP, los profesionales que comenzaron a trabajar en la APS no tenían un compromiso con la mercantilización de la salud sino con la ampliación de derechos.

El espacio de trabajo en cada efector de salud se fue construyendo en el día a día, codo a codo con cada compañero. Cada TS generó estrategias para conocer a la población, a los equipos y a las demás instituciones; como también artimañas para visibilizar nuestro trabajo. Los CS estaban totalmente relegados, y a partir de entonces comenzaron a ser restaurados, recibieron equipamiento y se construyeron nuevos edificios.

La construcción de ese camino singular se potenció en las reuniones itinerantes posibilitando que la fuerza del colectivo profesional

contrarrestara la resistencia que ofrecían algunos equipos y las precarias condiciones de contratación y de trabajo.

Tensionando la relación entre la estructura y el sujeto vemos cómo sin las condiciones generales no hubiera sido posible nuestra inserción en los centros de salud, como tampoco sin el accionar locuaz de las Trabajadoras Sociales sujetos de esta historia.

La construcción de las TS de APS con las TS de Hospital tuvo como resultado la conformación de la Red de TS y su punto cumbre: el Primer Encuentro de Profesionales de TS de la Zona de Salud VIII que se desarrolló en 2006 en el Hospital Provincial y que fueron la antesala para lo que vino en 2010: el reconocimiento de las TS como profesionales de la salud y su ingreso en el escalafón profesional.

Bibliografía

ALMADA Ariana, DI SANTI, Julia, GRAZZI, Florencia y otros. Trabajo social, catástrofes y políticas públicas. V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2009. [En línea: 10/02/2018]. <https://www.aacademica.org/000-089/176>

Argentina. Provincia de Santa Fe. Ministerio de salud y medio ambiente. Decreto N°1535 del 26 de junio de 2001.

Argentina. Provincia de Santa Fe. Ministerio de salud y medio ambiente. Decreto N°3956 del 30 de diciembre de 2002. BO 20/02/2003.

Argentina. Provincia de Santa Fe. Ministerio de salud y medio ambiente. Decreto N°1363 del 2 de junio de 2003. BO 12/06/2003.

Argentina. Provincia de Santa Fe. Ministerio de salud y medio ambiente. Ley N°6312. Año 1967.

Argentina. Provincia de Santa Fe. Ley N°10.608. Año 1991.

Argentina. Provincia de Santa Fe. Decreto N°04321/67. Año 1967.

Argentina. PEN. Superintendencia de Servicios de Salud. Decreto 939/2000. BO 24/10/2000.

BELMARTINO, S. *El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Buenos Aires. Publicación Organización

Panamericana de la Salud N°40. 1994. [En línea: 7/07/2014]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6270>

BONASSO, Miguel. La obra licitada que no se hizo. Diario Página/12. Sección Sociedad. 18/05/2003. [En línea: 10/10/2017]. Disponible. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-20266-2003-05-18.html>

BUSTELO, E. La producción del Estado de Malestar. Ajuste y política social en América Latina. En: MINUJIN, Alberto. *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos Aires, UNICEF/Losada, 1995. Pp. 119-142.

BUSTOS, Romina. Informe 2017: La Inserción del Trabajo Social como profesión en los centros de atención primaria de la provincia de Santa Fe. El caso Rosario durante el período 2003-2013. 2017. Mimeo.

DE LELLIS, Martín y CASANOVA, Patricia. La estrategia de Atención Primaria de Salud a casi tres décadas de su formulación. Cátedra de Salud Pública y Salud Mental. UBA. 2006. Mimeo.

Diario La Capital. La atención primaria fue eje en las jornadas de salud. La Capital On line. 9/04/2006. [En línea: 15/11/2017]. Disponible: http://archivo.lacapital.com.ar/2006/04/09/ciudad/noticia_284091.shtml

Diario La Nación. El gabinete viaja con anuncios concretos para los inundados. Sección Información General. 31/05/2003. [En línea: 10/10/2017]. Disponible: <https://www.lanacion.com.ar/500259-el-gabinete-viajo-con-anuncios-concretos-para-los-inundados>

Diario La Nación. Inundaciones en Santa Fe: la ONU evalúa los daños ocasionados. Sección Información General. 25/06/2003. [En línea: 10/10/2017]. Disponible: <https://www.lanacion.com.ar/506524-inundaciones-en-santa-fe-la-onu-evaluo-los-danos-ocasionados>

GIACOMETTI, José Luis. Marco Legal y enfoque santafesino de la Atención Primaria de Salud. Trabajo Final de Abogacía Facultad de Ciencias Jurídicas. Universidad Abierta Interamericana. 2007. [En línea: 10/08/2013]. Disponible: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC072846.pdf>

GOLLAN, D.; ROVERE, M. y otros. *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Buenos Aires, Colihue, 2015.

IAMAMOTO, M. *El Servicio Social en la Contemporaneidad*. Sao Paulo, Cortez, 2003.

KATS, J. *El Sector Salud en la República Argentina: sus estructura y su comportamiento*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993.

KATS, J y MIRANDA, E. “Mercados en salud: morfología, comportamiento y regulación”, en: Revista de la CEPAL, N°54, pp. 7-25, Santiago de Chile, Diciembre de 1994.

LAURELL, Asa Cristina. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos 2012. [En línea: 05/04/2015]. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_

[docman&view=download&alias=403-sistemas-universales-de-salud-retos-y-desafios&category_slug=documentos-noticias-2012&Itemid=599](#)

Municipalidad de Rosario. Documento de los trabajadores de la Salud Municipal. Adscripción a centros de salud. 2003. Mimeo.

NIEVA, Ezequiel. La provincia ante un nuevo modelo de salud pública. Diario El Ciudadano. Sección Ciudad. 31/01/2010. [En línea: 5/02/2018]. Disponible: <https://www.elciudadanoweb.com/la-provincia-ante-un-nuevo-modelo-de-salud-publica/>

PAIS, F. *Agua de nadie. La historia de cómo el Salado inundó Santa Fe*. Santa Fe, Editorial UNL, 2008.

SOUSA CAMPOS, G. *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires, Lugar, 2010.

Anexo 1

Zona I.

Hospital Base de Referencia: 7. Efectores del Área Programática: 36

ZONA II.

HBR 4. Efectores de Áreas Programáticas: 65

Zona III:

HBR: 4. Efectores Áreas Programáticas: 29

Zona IV:

HBR: 6. Efectores de Áreas Programáticas: 39

Zona V:

HBR: 11. Hospitales Especializados: 2. Efectores de Áreas Programáticas: 109

Zona VI

HBR: 6. Hospitales especializados: 1. Efectores de Áreas Programáticas: 34

Zona VII

HBR: 5. Efectores de Áreas Programáticas: 38

Zona VIII:

HBR: SAMCO Álvarez. Efectores de Áreas Programáticas: SAMCOS de Arminda; Pueblo Muñoz y Villa Mugueta.

HBR. Hospital del Centenario. Efectores de Área Programática: Centro Comunitario N°2; N°3; N°16; N°17; N°21; N°26; N°27; N°47; N°48.

HBR Hospital Acebal. Efectores de Área Programática: Centro de Salud Cnel. Domínguez y Pavón Arriba.

HBR: Hospital Provincial de Rosario. Efectores de Área Programática: Centros Comunitarios N°4; N°5; N°6; N°7; N°9; N°10; N°11; N°12; N°13; N°14; N°15; N°22; N°24; N°25; ; N°28; N°29 y CEAC.

HBR Hospital de San Lorenzo. Efectores de Área Programática: Centro de Salud Timbúes; La Salada; Fray L.Beltrán; Aldao; Ricardone; Pto. Gral San Martín.

HBR Hospital Arroyo Seco. Efectores de Área Programática: Dispensario Ramón Carrillo; Cnel. Bogado; Gral Lagos; Alarellós; Figheras y SAMCO Villa Amelia.

HBR SAMCO Villa Gdor. Galvez. Efectores de Área Programática: Dispensario Alvear; Pueblo Nuevo; Barrio Talleres; 4 de junio; 17 de Octubre; Niño Jesús; San Enrique; Evita; San Martín; Constancio Vigil; Mortelari; María Auxiliadora; Intendente Andreu; Pueblo Esther

HBR SAMCO Villa Constitución. Efectores de Área Programática: SAMCO Cepeda; Cañada Rica; La Vanguardia; General Gelly; Juan B.Molina; Godoy; Theobald; Empalme V. Constitución; Centro Asistencial Cabral y Centro Asistencial Rueda; Centro Comunitario Pavón; Dispensario Eva Perón y Dispensario 17 de Octubre.

HBR. Hospital de Granadero Baigorria. Efectores de Área Programática: Centro Comunitario N°7; N°30; 54; N°8; N°19; N°18; N°20; N°23 y Centro Materno Infantil.

HBR SAMCO Alcorta. Efectores de Área Programática: SAMCO Juncal; Máximo Paz; Bombal; Santa Teresita; Peyrano.

HBR SAMCO Coronel Arnold. Efectores de Área Programática. SAMCO Fuentes; Pujato y Zavalla.

HBR SAMCO Capitán Bermúdez. Efectores de Área Programática: Dispensario Luis Cristallini.

Hospital de Niños Zona Norte

HBR: SAMCO Carcarañá. Efectores de Área Programática: Centro Comunitario N°1; Hospital Roldán; Dispensario Villa Flores de Roldán y Dispensario San Jerónimo Sur.

Total de HBR: 13

Total de efectores de Áreas Programáticas: 92

Total de Hospitales especializados: 1.

Fuente: Giacometti (2007)

Recepción: 24/03/2018

Aceptación: 25/09/2018

c) **Notas al pie:** Al pie de página se incluirán, numeradas automáticamente por el procesador de textos, los siguientes tipos de notas: explicativas (que amplíen algún aspecto mencionado en el texto); aquellas que hagan referencia a otra parte de la misma obra; de agradecimiento.

d) **Cuadros, gráficos y mapas:** Se incluirán en hojas separadas del texto, numeradas y tituladas, con la referencia de su ubicación en el texto. Las imágenes de gráficos o cuadros deben entregarse en archivos independientes TIFF o JPG a 300 dpi y ser dibujadas considerando que no se utilizarán colores ni grises para la impresión.

e) **Bibliografía:** se incluirá al final del trabajo, ordenándose alfabéticamente por autor/a, y colocando los datos en el orden que se indica a continuación, sin omitir autores/as ni traducir títulos:

a- Libros:

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Año). *Título del libro*. Ciudad, País, Editorial.

Ejemplo: Castel, R., (2006). *Las metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires, Paidós.

b- Artículos o Capítulos de Libros:

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Año). “Título del artículo o capítulo”. En Inicial del nombre del/a editor/a. Apellido. (Ed.), *Título del libro* (páginas). Ciudad y País, Editorial.

Ejemplo: Andrenacci, L. y Soldano D., (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En L. Andrenacci (Ed.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* (pp. 17-80). Buenos Aires, Argentina, Prometeo.

c- Tesis o trabajos de grado

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Año). *Título de la tesis* (Tesis de pregrado, maestría o doctoral). Nombre de la institución, Lugar.

Ejemplo: Hermida, M. E., (2016). *Discursos sobre Estado, Poder y Política en la formación de grado en Trabajo Social* (tesis de grado). Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

d- Artículos científicos

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Año). Título del artículo, *Nombre de la Revista*, Volumen(Número), pp-pp

Ejemplo: Coruminas, M., Roncero, C., Bruguca, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones, *Rev Mukuel*, 44(1), 23-31.

e- Artículos de Revista Impresa

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Fecha de publicación). “Título del

artículo”. *Nombre de la Revista, Volumen*(Número), pp-pp

Ejemplo: Newman, V. (2010, 13 de noviembre). La información: ¿en la urna de cristal?. *Semana*, (15), p. 10

f- Artículo de Revista on line

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Fecha de publicación). “Título del artículo”. *Nombre de la Revista*. Recuperado de (dirección URL)

Ejemplo: Coronell, d. (2011, 29 de enero). Una decisión contraevidente. *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/>

g- Páginas Web

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Año). Título de la página. Lugar de la publicación: *Nombre de la página web*. Dirección URL

Ejemplo: Argosy Medical Animation. (2007-2009). Visible body: Discover human anatomy. New York, EU.: *Argosy Publishing*. Recuperado de <http://www.visiblebody.com>

h- Blogs

Apellido del/a autor/a, Inicial del nombre, (Fecha). Título del post [Mensaje en un blog]. Nombre del blog. Recuperado de <http://xxxx>

Ejemplo: Myers, P. Z., (22 de enero de 2007). The unfortunate prerequisites and consequences of partitioning your mind [Mensaje en un blog]. Recuperado de http://science-blogs.com/pharyngula/2007/01/the_unfortunate_prerequisites.php

f - Leyes y reglamentaciones

Número de la ley y denominación oficial si la tiene, Título de la publicación en que aparece oficialmente, Lugar, Fecha (día, mes y año)

Ejemplo: Ley N° 18525. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de junio de 1986.

3. Utilización de lenguaje inclusivo

Los artículos deberán contemplar la utilización del lenguaje inclusivo y no discriminatorio de la diversidad de identidades de género existentes. Se sugiere sustituir el uso del masculino plural genérico por palabras genéricas inclusivas (por ejemplo, hablar de “el estudiantado” en vez de hablar de “los estudiantes”, priorizar el uso de la palabra “persona” y/o sustituir el artículo masculino “los” por el inclusivo “quien/quienes”). En caso de que no se pueda hacer uso de estas alternativas, se deberá sustituir la vocal masculina “o” por las inclusivas “e” o “x”. Sólo será aceptada la utilización de palabras de connotación masculina o femenina si se conoce la identidad de género de la/s persona/s a las que se refiere.

4. Pautas de envío

Se enviará copia digital del trabajo a catedraparalela@fcpolit.unr.edu.ar, constando en el Asunto el título del escrito.

Los datos del o los/as autores/as se anexará en una hoja aparte que incluirá los siguientes datos:

- Nombre y Apellido de los/as autores/as
- Título (grado y/o posgrado)
- Filiación institucional
- Dirección postal
- Correo electrónico

4. Sistema de Arbitraje

Para la aprobación de su publicación, los trabajos serán sometidos a la consideración del Consejo de Redacción y de evaluadores/as externos/as. Se tendrá en cuenta para su aprobación la pertinencia del tema propuesto, la calidad de la publicación, la actualización de la bibliografía y el cumplimiento de normas formales de redacción.

En primer lugar, los artículos serán objeto de una evaluación preliminar por partes del Consejo de Redacción, quien determinará la pertinencia para su publicación. Una vez establecido que el artículo cumple tanto con los requisitos temáticos como formales, será enviado a dos pares académicos externos (*double blind peer review*), quienes determinarán, de manera anónima: a) recomendar la publicación sin modificaciones; b) publicar con sugerencias de re-elaboración; c) no recomendar la publicación. **En caso de discordancia entre los dictámenes, se recurrirá a un tercer arbitraje. Los resultados del proceso de evaluación serán inapelables en todos los casos.**

En caso de ser publicado el artículo, el/los autor/es transfieren todos los derechos de autoría a *Cátedra Paralela*, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales allí publicados. Asimismo, *Cátedra Paralela* asume los derechos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel y/o electrónicos e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.

Se solicita a los/as colaboradores/as la entrega de la nota expresa de originalidad y cesión de los derechos de autor/a.

La Revista *Cátedra Paralela* no se hace responsable por los trabajos no publicados ni se obliga a mantener correspondencia con los/as autores/as.

Modelo Nota

Modelo Nota de Autorización Revista Cátedra Paralela

Por la presente autorizo a la *Revista Cátedra Paralela*, a la publicación del artículo de mi autoría _____ en el N° _____ del año _____, publicación de la Escuela de Trabajo Social de la UNR y el Colegio de profesionales de Trabajo Social de la 2ª Circunscripción de la Provincia de Santa Fe.

Se deja constancia de que no corresponde retribución pecuniaria derivada del derecho de autor.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA Y ACLARACIÓN: