
Trabajo Social en Salud.

Repensando las intervenciones

*Social Work in Health.
Rethinking interventions*

Jaquelina Barbero

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Rosario)

Especialista en Salud Colectiva con orientación en Administración y Gestión de Servicios de Salud y en Auditoría Médica
(Universidad Nacional de Rosario)

Correo: jaq.barbero@gmail.com

Resumen

El presente trabajo intenta reflexionar sobre los procesos de intervención de los trabajadores sociales en el campo de la salud pública municipal de Rosario, buscando desentrañar los circuitos institucionales en los cuales se materializan las distintas políticas públicas de los diferentes niveles del Estado y cómo las lógicas generales están presentes y se cristalizan en las respuestas cotidianas generando un manto de opacidades. Esta exploración se enriquece con insumos producidos en diferentes instancias como encuentros (disciplinarios, interdisciplinarios, interinstitucionales, intersectoriales), o documentos del colectivo profesional. Por otro lado, busca aportar a la construcción de las intervenciones del Trabajo Social en el campo de la salud pública, proponiendo una organización diferente para el trabajo como integrantes de un equipo, situándose en relaciones simétricas e interdisciplinarias y operando en las dimensiones singulares y colectivas.

Palabras clave

Políticas públicas, Salud, Intervenciones, Interdisciplinariedad.



Abstract

This paper attempts to explore the processes of intervention of social workers in the field of municipal public health in Rosario, seeking to unravel the institutional circuits in which the different public policies of the different levels of the State are materialised and how the general logics are present and crystallised in the daily responses, generating a cloak of opacity. This exploration is enriched with inputs for its analysis, using what has been produced in different instances such as meetings (disciplinary, interdisciplinary, inter-institutional, intersectoral), records, documents of the professional collective. On the other hand, it seeks to contribute to the construction of Social Work interventions in the field of public health, proposing a different organisation for work as members of a team, situating itself in symmetrical and interdisciplinary relations and operating in the singular and collective dimensions.

Keywords

Public politics, Health, Interventions, Interdisciplinarity.



Introducción

El presente trabajo fue motivado a partir de una serie de problematizaciones que recojo de diferentes encuentros y espacios que presencié como trabajadora social de salud municipal de la ciudad de Rosario durante el año 2013 y subsiguientes, cuyos ejes de discusión, podríamos decir, se mantienen hasta la actualidad. En aquel momento, tuve la necesidad de poner bajo análisis las intervenciones cotidianas, los obstáculos que se presentan diariamente, los circuitos que se recorren al abordar los problemas, las respuestas de los diferentes actores que son parte de los problemas y/o resoluciones, las lógicas institucionales, entre otros aspectos.

A partir de la necesidad de analizar los problemas con los que los trabajadores sociales se encontraban –y encuentran– en los procesos de trabajo cotidianos, utilicé como insumo para el estudio, lo producido en diferentes instancias de encuentros y jornadas, además de procesos de observación e intercambios con profesionales de distintas áreas hasta la actualidad¹.

Para trascender los malestares que se manifiestan en cada uno de los encuentros, los cuales son necesarios, pero, a su vez, peligrosamente inmovilizadores si se presentan en forma permanente, es necesario comprender el contexto sociohistórico en donde los procesos de trabajo y las intervenciones profesionales se desarrollan.

Este fue un puntapié inicial para impulsar un momento de estudio, interpretación, reflexión y sistematización hasta la actualidad. En rela-

.....

1 Se hace referencia a los siguientes: 1) Registros de la jornada de presentación de la Guía de atención propuesta para la atención de situaciones de violencia, niñez, etc. Power Point presentado en reunión de discusión intersectorial entre varias Secretarías del año 2012. Parte de ese documento fue presentado en ATE (Asociación Trabajadores del Estado) en un encuentro de trabajadores de Atención Primaria de la Salud, y Documento realizado para Audiencia Pública sobre Políticas de Niñez y Adolescencias, en junio de 2017; 2) Jornadas Problematizando el trabajo social en salud: Desafíos y posibilidades, realizadas en septiembre-octubre de 2015 y organizadas por el Dpto. de Trabajo Social; 3) Sistematización de la guía de consensos éticos para la intervención. Primer borrador sistematizado respecto de la guía para consensos éticos 2013 diseñado en las reuniones de trabajadoras sociales de salud, y encuesta del año 2019; 4) Documento del Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da. Circunscripción, realizado por el espacio de trabajadores sociales de la salud pública municipal de 19 de diciembre de 2013, y Documento para Audiencia Pública sobre Políticas de Niñez y Adolescencias junio 2017; 5) Registros de temas a tratar propuestos en el espacio colectivo disciplinar de los Trabajadores Sociales de la Secretaría de Salud llamado “Revuelto”, en algunos encuentros durante 2013-2020.

ción a este punto, recuperando a Iamamoto (2003), Campana y Guzmán Ramonda (2011) señalan que “las prácticas de producción de conocimiento constituyen un elemento estratégico para complejizar los análisis sobre la coyuntura socio-histórica, de modo de poder brindar herramientas conceptuales para intervenir en contextos particulares sin perder la perspectiva de totalidad” (2011:17).

Tratando de recuperar la perspectiva de totalidad, en primer lugar, se desarrollan reflexiones y líneas de análisis que acompañarán en adelante las interpretaciones, marco referencial general que permitió realizar una lectura contextual y desde donde se intentará dar dirección a la presente exploración. En segundo lugar, se procede a una traducción concreta de cómo estos sistemas de lógicas generales se inscriben y se materializan en los procesos cotidianos de trabajo.

Desde dónde pensamos al Estado. Algunas características intrínsecas de su institucionalidad

Los procesos cotidianos de trabajo, es decir, los actos y acciones de todos los días que realizamos en torno a las intervenciones en el marco de los procesos de atención en salud, soportan, expresan y corporizan lo universal de un entramado de sistema de relaciones generales y sus lógicas que atraviesan a las prácticas² de cada uno de sus actores y se concentran en los espacios institucionales.

Reconociendo la historicidad de las prácticas sociales, estos procesos no pueden pensarse aislados de sistemas de relaciones generales. De manera contraria, existen en su correspondencia indisoluble, en movimiento constante, donde lo universal de estas lógicas está enterañado y enmarañado en los procesos singulares. Cada uno de los procesos que se desencadenan y los circuitos que hay que recorrer para abordar las diferentes problemáticas que se presentan en nuestros espacios de trabajo cotidianos, condensan lógicas de sistemas de

.....

2 Prácticas en el sentido que le otorga Saúl Karzs (2019), de no confundirla con lo práctico: la práctica no es reducible a lo práctico; en las prácticas están los usuarios, las instituciones, sus trabajadores, las políticas sociales, todos los elementos humanos, políticos, económicos, culturales, todo lo que se produce cuando interactúan, entonces lo práctico es uno de los elementos de las prácticas.

relaciones generales que las gobiernan, no linealmente sino a través de innumerables mediaciones que producen un manto de opacidades.

Las instituciones y sus trabajadores no escapan a las fuertes determinaciones generales, entendiendo en términos hellerianos que la cotidianidad “es la base del proceso histórico universal” (Heller, 1970:96). Por ello, se presehace necesario realizar algunas consideraciones generales que nos permita entender luego las particularidades de cada uno de los procesos que las contienen.

Realizar procesos de trabajo en el ámbito de las instituciones del Estado nos lleva a explicitar las referencias teóricas generales utilizadas para analizar, pensar y entender su organización. En esta línea, se utilizará como referencia a Mabel Thwaites Rey (2004), quien en la intención de abordar la problemática del Estado-nación, parte de algunas caracterizaciones entre las cuales es de mi interés destacar y desarrollar la del “Estado como una forma de una relación social contradictoria” (2004:75).

La constitución del Estado moderno, tal cual lo conocemos, es una formación social surgida en el seno de una sociedad capitalista como modo de producción que expresa, como parte constitutiva y bajo formas diversas, los intereses y el poder social dominante, y que estará fuertemente marcada por esta relación de dominación que propugna por la producción y reproducción de las condiciones para su existencia, por cuanto debe ser comprendido como forma-proceso (Holloway, 2005).

(...) si el Estado no se comprende sólo como una forma de relaciones sociales sino como un proceso de formación de relaciones sociales, entonces todo lo que hemos afirmado antes sobre la relación entre el Estado y la reproducción del capital todavía se mantiene, pero tanto la reproducción como la existencia del Estado están siempre en pugna (2005:99) (...) La existencia del Estado, sin embargo, no está simplemente dada. Es un constante proceso de auto-constitución, dé auto-definición, no es algo acabado una vez que se han establecido los límites nacionales (Holloway, 2005:99-101).

Esta constitución no será sin conflictos, sino que estará signada por las tensiones y luchas históricas producto de las tracciones entre diversas relaciones de fuerzas. En este punto, el Estado tiene una posición de garantía en la producción y reproducción de las relaciones sociales desiguales y contradictorias, que por su naturaleza intentará mantener.

Para argumentar en este sentido, anteriormente Poulantzas (1980) ya había abordado el problema de las contradicciones internas del Estado proponiendo abandonar una visión del Estado monolítico como dispositivo unitario de arriba abajo planteando que las contradicciones de clase están presentes en el armazón material del Estado:

El establecimiento de la política del Estado debe ser considerado como el resultado de las contradicciones de la clase inscritas en la estructura misma del Estado (Estado-relación). Captar el Estado como la condensación de una relación de fuerzas entre clases y fracciones de clases tal como éstas se expresan (...) en el seno del Estado, significa que el Estado está constituido-dividido de parte a parte por las contradicciones de clase. Esto significa que una institución, El Estado (...) no es, y no puede ser nunca, como en las concepciones del Estado-Cosa o Sujeto, un bloque monolítico sin fisuras, cuya política se instaura, en cierto modo, pese a sus contradicciones, sino que está dividido. No basta con decir, simplemente, que las contradicciones y las luchas atraviesan al Estado (...) Las contradicciones de clase constituyen el Estado, están presentes en su armazón material (...) Hay que abandonar así, definitivamente, una visión del Estado como dispositivo unitario de arriba abajo (...) en una palabra, la política actual del Estado, es el resultado de esas contradicciones interestatales entre ramas y aparatos del Estado y en el seno de cada uno de ellos (Poulantzas, 1980:159-161).

Del mismo modo, Guillermo O'Donnell nos iluminó sobre el rol garante no neutral del Estado en ciertas relaciones sociales. En *Apuntes para una Teoría del Estado* (1978), el autor referirá que parte del Estado se cristaliza u objetiva en instituciones. Esto plantea, como un aspecto fundamental, que estas instituciones, por ser constitutivas, se convierten también en garantes de la expresión de un interés más general. Por ello, no son neutrales o igualitarias, son actores-parte de

una relación social que articula desigual y contradictoriamente a la sociedad:

(...) las instituciones estatales son la cristalización de los recursos coactivos que el capitalista no controla, aparecen como un no capitalista que, además, no garante a las clases vinculadas a las relaciones de producción sino indirectamente, a través de respaldar la continua reposición de capitalistas y trabajadores asalariados como clases. Esto entrañaría que el Estado es expresión de un interés más general que el de los sujetos sociales de cuya relación emana. Pero ese interés no es neutral o igualitario; es el de la reproducción de una relación social que articula desigual y contradictoriamente a la sociedad (O'Donnell, 1978:1165).

En este punto, y siguiendo el desarrollo de Thwaites Rey (2004), realiza una pregunta central para pensarse como trabajador del Estado, ya que rescata a las instituciones estatales como logro y conquistas populares, pero teniendo presente que devienen en legitimadoras del sistema capitalista.

En tercer lugar, para comprender la dinámica de las instituciones estatales y para ubicar el contexto de luchas populares *frente a y en* el Estado no hay que olvidar, precisamente, la dimensión contradictoria sustantiva que lo atraviesa. Porque las instituciones que pueden ser interpretadas como logro popular al mismo tiempo devienen legitimadoras del sistema capitalista. Entonces, ¿se trata de desecharlas por legitimadoras o de aceptarlas por tener carácter de conquista? La respuesta acertada no parece estar en ninguno de los dos términos, sino en la complejidad que su interrelación supone (Thwaites Rey, 2004:74).

A lo cual plantea el desafío de “asumir esa contradicción y operar sobre ella” (Thwaites Rey, 2004:74). No es lo mismo tener instituciones que han sido logros para los sectores populares que no tenerlas, y esta definición es central para pensar la defensa de lo público.

El despliegue de muchas de estas instituciones está estrechamente ligado a las intensas luchas de los sectores populares y de les trabaja-

dores para lograr mejoras en sus condiciones de subsistencia, teniendo en cuenta los diferentes momentos históricos de las disputas en las relaciones de fuerza. Al plasmarse los logros populares del sistema en pugna, el Estado ofrece respuestas que toman cuerpo y se materializan en estructuras institucionales, llevando implícitas contradicciones propias del Estado en tanto partes constitutivas del mismo:

(...) si por un lado tienen el efecto “fetichizador” (aparecer como lo que no son) de hacer materialmente aceptable la dominación del capital, y de ahí construir el andamiaje ideológico que amalgama a la sociedad capitalista y la legítima, no lo es menos que, en términos de los niveles y calidad de vida populares, constituyen logros significativos, conquistas acumuladas por cientos de luchas (...) He aquí la contradicción: “la misma conquista que beneficia se convierte en la base de la legitimación del capital” (Thwaites Rey, 2004:74).

Por su parte, Holloway (2005) propone comprender la *fetichización* como proceso, como un proceso de lucha continua, como un proceso siempre en discusión. Si el fetichismo fuera algo absoluto, “duro”, las sujetas y sujetos estarían totalmente cooptados en su subjetividad sin posibilidad de reflexionar sobre ello y sin poder criticarlo. De esta manera, da cuenta de la existencia del anti-fetichismo en el sentido de que hay crítica posible hacia él, es decir, que coexisten como procesos antagónicos. Si el fetichismo es un proceso de fetichización, un proceso de separación de sujeto y objeto, entonces el movimiento opuesto sería la *antifetichización* la que se corporiza en “la lucha para reunir sujeto y objeto, para recomponer el hacer y lo hecho” (2005:94), luchar contra la alienación, contra la enajenación:

La crítica adquiere un doble movimiento: un movimiento analítico y uno genético, un movimiento de ir más allá de las apariencias y un movimiento de trazar el origen o génesis del fenómeno criticado. (...) El conocimiento, en este sentido, es la reapropiación del objeto por parte del sujeto, la recuperación del poder-hacer (Holloway, 2005:114).

Siguiendo el recorrido, se hace necesario destacar algunas características intrínsecas a las instituciones, ya que el Estado existe y se materializa en parte a través de su institucionalidad:

- La cristalización de los problemas. Ante las disputas y tensiones políticas de diferentes sectores populares, el sistema responde parcialmente al problema como forma de seguir legitimándose. Cuando no, lo hace con la instancia represiva. Los fuertes conflictos y luchas populares desatan escenarios de crisis y por momentos la respuesta será a través de la institucionalización del problema. De esta manera, sale del campo de la demanda popular para entrar en la órbita del “control” del Estado racionalizándose un circuito para su respuesta, circuito distintivo y muy propio del sistema.

- (...) se ha dicho que las instituciones de bienestar significaron la respuesta estatal a la activación de las clases populares por hacer que sus demandas se incluyeran en la agenda pública, es decir, fueran consideradas como cuestiones socialmente relevantes, susceptibles de respuesta estatal. Ahora bien, esta resolución constituye una “sutura”, un intento de solución que congela –al institucionalizarlo- el problema planteado por el sector social que encaró la lucha por resolverlo, y lo hace en el sentido que el Estado le dio a la cuestión. Entonces deja de ser “problema” para convertirse en institución pública y, de ahí en más, deja de ser una cuestión pública a nivel de la sociedad civil para pasar a gobernarse con la lógica estatal y adquirir su peculiar dinámica (Thwaites Rey, 2004:76). Esta instancia particular provocará correr el eje de atención: ya no es la falta de respuesta al problema que la originó, sino que ahora será la propia institución que se creó para tal fin la que se convierte en el problema por no responder o hacerlo parcialmente.

- La fragmentación de las respuestas. Muchos autores han detallado y explicado minuciosamente cómo el modo de producción capitalista produce y reproduce, por su naturaleza y necesidad de existencia, un sinnúmero de desigualdades sociales que adquieren diferentes características de acuerdo a los contextos particulares y procesos histórico-políticos, económicos, culturales, etc., de cada país. Estas, en su conjunto y efectos complejos que producen, han de llamarse la *cuestión social*. Los problemas que devienen del sistema capitalista, en-

tonces, tienen un origen en común: su raíz en un modo de producción injusto-desigual socialmente. En este sentido, el modo que irá construyendo el sistema para legitimarse será respondiendo parcialmente, fragmentando, clasificando y sectorizando los problemas, estableciendo una ingeniería que tienda a “opacar” y complejizar su naturaleza constitutiva para atribuírselas a un sector como el responsable de su gestación y perdiéndose de vista, de esta manera, el nudo central. Se generará, entonces, una maraña de instituciones y más aún de múltiples “circuitos institucionales” que, respondiendo a una lógica racionalizada, particionará aún más los problemas³: sectores como salud, educación, vivienda, laboral, economía social, entre otros, que a su vez estarán sub especializados, segmentados, particionados en secretarías, subsecretarías, direcciones, subdirecciones, departamentos, áreas u oficinas. “La lucha de clases es fragmentada por la administración estatal” (Holloway, 1980:27-28). El poder del Estado reside en esta fragmentación.

- La no neutralidad. Siguiendo los razonamientos Foucaultianos, las instituciones están atravesadas por dimensiones ideológicas y ejercen formas de poder que “transitan” por las personas y las atraviesa (Foucault, 1977), tendientes a la normalización, la desarticulación de conflictos y la legitimación del sistema. Las prácticas en el campo de la salud no quedarán exentas al poderío de las complejas turbinas ideológicas que Foucault (1969) denominará el “archivo” cultural occidental, disciplinador de subjetividades, que a lo largo de la historia irá tejiendo enfoques teóricos, “aparatos de saber” (Foucault, 1977:244) que tiendan a mantener el *statu quo* –parafraseando al biologicismo– impregnándolo hasta la médula. La escuela filosófica del positivismo irá construyendo teorías y el positivismo biologicista será el tentáculo encargado de otorgar las herramientas culturales para legitimar

.....

3 “Hablar de problemas sociales se refiere a una construcción histórica ligada al momento en que se configura la intervención social del Estado (...) La noción de problemas sociales remite a la fragmentación y sectorización de lo social, donde es posible distinguir y separar un problema de otro sin que altere sustancialmente la situación en la que se originan y suceden. Así se desdibuja la noción de cuestión social a la que hemos aludido precedentemente, diluyéndose lo que a nuestro entender es central en dicha categoría: rasgos immanentes del capitalismo- antagonismos de clases basados sobre la contradicción capital-trabajo como raíces constitutivas de las manifestaciones de la cuestión social” (Cavalleri, 2008:43).

su discurso en el campo de la salud. El remanido, pero aún vigente, llamado localmente modelo médico hegemónico⁴ (Menéndez, 1988) con sus prácticas biologicistas se irán imponiendo y diseminando con la potencia normalizadora sobre las instituciones públicas, su cultura y las prácticas de salud.

Situémonos ahora en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario como campo de análisis en el que estas categorías generales se materializan, toman cuerpo y están presentes, no linealmente, en los espacios institucionales de racionalidad estatal tanto en las lógicas internas como en sus circuitos, las cuales inciden y condicionan fuertemente en los procesos cotidianos donde las intervenciones profesionales se inscriben.

De esta forma, para el desarrollo de la articulación entre el análisis general y lo particular se realiza un recorte directamente relacionado a las motivaciones iniciales de este trabajo por cuanto se circunscribirá a las prácticas de la red de salud pública de la Municipalidad de Rosario y a las relaciones recíprocas que se establecen con otros actores institucionales estatales. Para introducirnos en lo particular, se realizará una caracterización de la política pública sanitaria local que desde hace tres décadas sostiene un modelo de salud que intenta instalar concepciones de ciudadanía y derechos. El documento *Propuesta de estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la Secretaría de Salud Pública* (2002), desarrolla la idea:

La salud, pensada como una responsabilidad pública compartida (...) ofrece la posibilidad de construir una salud solidaria en términos de expansión de los derechos y responsabilidades correlativas al ejercicio de la ciudadanía. Entonces no sería salud sólo para pobres, aunque priorice la instalación de los servicios de atención primaria

.....

4 Menéndez Eduardo, antropólogo argentino fue quien concibió el término y la caracterización. “Por Modelo Médico Hegemónico entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legítimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988:451).

en las zonas más desfavorecidas de la ciudad. Se busca salud para el conjunto de la población a partir de la garantía de derechos como parte de una responsabilidad pública común (Dirección General de Servicios de Salud, Secretaría de Salud Pública Dirección General de Servicios de Salud, 2002:2).

La política pública de salud de la Municipalidad de Rosario enuncia explícitamente, a través de múltiples documentos y ponencias, las directrices que rigen la construcción de un proyecto sanitario que parte de una concepción de la salud como derecho humano y la promoción del ejercicio pleno de la ciudadanía en pos de que este derecho se haga efectivo, pero a la vez construyendo, defendiendo y vigilando las condiciones para el ejercicio de ese derecho⁵.

Se reconoce que se mantiene una línea de coherencia de política pública en salud desde hace 30 años que ha permitido acumular en la ampliación de derechos a pesar de las diferentes tensiones en las relaciones y conflictos de intereses políticos, económicos, sectoriales, entre tantos otros, donde claramente se muestran las contradicciones dentro del Estado, pero no quedando sólo a cuenta de definiciones y decisiones políticas sino también de la importante construcción activa de sus trabajadores como actores de clase fundamentales a la hora torcer las disputas⁶.

.....

5 Desarrolla la estrategia de APS por lo que propone transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y sus comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud, en contraposición a un modelo centrado en el hospital, la alta tecnología y la curación de enfermedades. Se diseñaron directrices que constituyeran la dirección, el sentido de la política y la gestión de la Secretaría, que marcan coherencia con su enunciado principal, las cuales podemos resumir en los siguientes ejes explicitado en documento de la Secretaría de Salud Misión ¿imposible? de la Dirección de Atención Primaria (2008): las prácticas de construcción de la salud colectiva; las prácticas amplias y contextualizadas de atención de la salud; las prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad –universalidad con equidad.

6 En 1992 se firma un convenio de cooperación técnica entre la Asociación Médica de Rosario (CESS), la Municipalidad de Rosario (Secretaría de Salud Pública), la Universidad Nacional de Rosario y la Fundación Oswaldo Cruz FIOCRUZ (Escuela Nacional de Salud Pública) de Brasil. Esta iniciativa contó con el auspicio y apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El propósito explícito de ese acuerdo era el desarrollo y formación de los trabajadores de Salud. Una mirada política estratégica en el desarrollo de cuadros técnicos políticos para transformar las intervenciones y organizar los servicios en base a los problemas de la población. En este proceso se va sumando la Carrera de Especialización en Medicina General y de Familia, El post grado de Psicología Clínica institucional y comunitaria, la residencia de odontología comunitaria. Líneas de formación pensadas desde el territorio.

Les trabajadores sociales hasta ese momento estaban concentrados en los efectores hospitalarios. Desde mediados de los años 90⁷, se comienza con un proceso sistemático de ingresos a la Secretaría de Salud. Fue un proceso de incorporación gradual en el cual Trabajo Social se constituyó como la disciplina proveniente de las ciencias sociales con preferencia a integrar los equipos de salud. Al provenir de las ciencias sociales y entendiendo el campo de intervención como campo problemático, ya que se construye sobre las múltiples conformaciones de la cuestión social (Rozas Pagaza, 2001), fue aportando desde la disciplina la permanente mirada crítica para investigar, analizar e interpretar las problemáticas sociales. El fuerte impulso de la incorporación de trabajadores sociales a los equipos de salud se imprime dentro de un proceso de puja en la interpelación al modelo de la atención curativa en salud propia de los modelos clásicos de la salud pública. La incorporación a los equipos de salud territorializados no está relacionada sólo a la expansión concreta edilicia de centros de salud, sino en el marco de una explicitación de una política que aporte una mirada integral a los problemas de la población, corriendo el eje puramente biologicista de la atención del síntoma de la enfermedad que aqueja al paciente hacia la comprensión del modo de vida de la población incluyendo las dimensiones socio históricas, y en la dinámica de las expresiones objetivas de existencia anexando los aspectos culturales y simbólicos de la vida cotidiana de las personas, entendida dentro de la directriz de clínica contextualizada o mirada integral de los problemas (Secretaría de Salud Pública, 2004).

.....
Se incorporó una mirada latinoamericana de los procesos de salud sumando líneas teóricas como Testa, Menéndez, Róvere, y un momento importante del acompañamiento con los movimientos de la salud colectiva brasilera como N. Almeida Filho, y alguien fundamental en un momento del proceso de esta historia como G. W. de Souza Campos quien nos desafió a mover las estructuras anquilosadas de rasgos tayloristas para promover diseños más horizontales y democráticos, y tantos otros. A lo largo de estos 30 años es recuperar que este proceso de transformación no iba a ser posible sin la implicancia de los trabajadores, es comprenderlo como la clave para su sostenimiento en el tiempo. Es por ello que un proceso de Educación Permanente es central.

7 Mientras en el Estado nacional recrudescían las políticas neoliberales y se aplicaban privatizaciones apelando a las virtudes del mercado recortando los alcances de las políticas de protección, en la ciudad de Rosario con el advenimiento del gobierno socialista se emprendía un proceso para la instalación de un proyecto sanitario estatal, sosteniendo a la salud como derecho humano, de atención pública y gratuita. Hasta los 90 no eran más de 15 trabajadores sociales; actualmente, 30 años después, son 70.

Sin embargo, en lo cotidiano se convive con una tendencia hacia la lógica más reduccionista y en la generalidad sucede que todo aquello que queda por fuera de la respuesta habitual en la consulta médica es “agendado”, “derivado”, “convocado” al Trabajo Social, no sólo por los integrantes del equipo sino también por la demanda de la población. Susana Cazzaniga refiere que esta demarcación que realizan otros de lo que entienden o creen en lo que los trabajadores sociales tienen que intervenir “está atravesado por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social” en el proceso de “construcción histórico social de la profesión” (2001:15).

Análisis Situacional en salud

Segundo momento: traducción concreta de la inscripción de las lógicas generales en los procesos cotidianos de trabajo

Siguiendo la línea de análisis precedente, se plantea necesario realizar algunas interrogaciones que permitan guiarnos a un análisis situacional: ¿Qué tensiones produce una política sanitaria regida por principios universales y de garantías de derecho con sus correlaciones menguadas de políticas públicas locales de los sectores social, laboral, habitacional, entre otras? ¿Qué rasgos importantes de analizar aparecen entre una política sanitaria que intenta garantizar el ingreso universal al sistema de atención con una contracara de una política social local focalizada con parámetros condicionados para su ingreso?

Como se refería al inicio, no sólo reconocer la historicidad de las prácticas sociales, sino reconocer que los procesos cotidianos de trabajo singulares soportan, expresan y corporizan lo universal de sistemas de relaciones y sus lógicas, no lineales sino entrañadas y enmarañadas, que atraviesan cada una de sus actores y se concentran en los espacios institucionales y las prácticas.

En el siguiente análisis, se intentará desagregar esas lógicas generales de las cuales se parte en el primer momento del trabajo para arribar como están presentes y se inscriben en la singularidad de los procesos de trabajo cotidianos. Es preciso objetivar y nominar claramente cada uno de los circuitos que actualmente “hacen ruido y producen males-tares” en la forma de redireccionamiento de la población que deman-

da a las instituciones en el ejercicio de búsqueda de que sus demandas sean atendidas.

Comprender al Estado como forma-proceso nos permite reflexionar sobre él, criticarlo, poner en cuestión su aparente autonomía. En palabras de Holloway, la crítica no sería “la voz de aquellos que están afuera (sino) parte de la lucha cotidiana contra el fetichismo, sólo parte de la lucha diaria por establecer relaciones sociales sobre una base humana” (2005:104).

Potenciar el micro poder transformador instituyente de las trabajadoras y trabajadores en la construcción de un rostro más humano en el Estado.

La cristalización y fragmentación de circuitos institucionales. Las lógicas que se inscriben en las propuestas de descentralización

Por las características del sistema de salud materializado en la ciudad de Rosario, los centros de salud tienen un horario de atención de 12 horas diarias. Se caracterizan por la proximidad barrial de los mismos ya que están apostados en medio de los barrios más críticos de la ciudad, siendo casi exclusivamente la cara del Estado en los barrios. A este desarrollo se podría agregar, justificadamente, que la incorporación a los equipos de salud de la disciplina de Trabajo Social genera las condiciones para la llegada de demandas espontáneas, aquellas que buscan directamente a Trabajo social y las que presentan las más diversas características.

Contradictoriamente, muchas de esas demandas no gozan de esa cierta espontaneidad, es decir que han sido derivadas u orientadas hacia el territorio desde otras instituciones estatales, incluso, y lo más paradójico, desde aquellas instituciones que han sido creadas para abordar los mismos problemas que derivan: la institucionalización del problema, como lo define Thwaites Rey (2004).

Desde el inicio de este trabajo hasta la actualidad la discusión sobre las diferentes áreas municipales y provinciales que han experimentado un proceso de retracción y/o centralización de sus recursos es tema repitente en los diversos espacios de encuentro sectoriales e intersecto-

riales. Esta afirmación daría para el desarrollo de un trabajo más específico que no abarcaremos en esta presentación. Sin embargo, desde hace una década se observa que no cuentan concretamente con bocas de atención en los territorios. Algunos ejemplos a nominar en estos años son: Servicio Público de la Vivienda Municipal y su Programa de Emergencia Habitacional, la Dirección Provincial De Vivienda y Urbanismo, el Servicio de Asistencia al Ciudadano (SAC) de Desarrollo Social –hoy, Humano y Hábitat–, Desarrollo Social de Provincia, la Dirección de Infancias Municipal, el Servicio Local de Protección de Niños y Adolescentes. En el caso de los Centro de Convivencia Barriales dependientes de Desarrollo Humano y Hábitat, funcionan con lógica programática y recorte poblacional. Los equipos de apoyo socioeducativos del Ministerio de Educación y las áreas de Género tanto de municipio como provincia, entre otros. A la no presencia territorial, fundamentalmente, se instala desde sus centralidades y cada una con sus peculiaridades distintivas en la instrumentación, circuitos de retorno de la demanda al territorio, pero despojándolo de la autonomía de asignación de recursos.

Esta peculiar dinámica se va configurando en un entramado para no resolver o hacerlo parcialmente; una dinámica no manifestada claramente, sino a través de un circuito opaco que contiene el redireccionamiento encubierto de las demandas sin asignación de recursos. Como definiría Poulantzas, “(...) dispositivos precisos, inscritos en la trama del Estado, de distanciamiento permanente de las masas populares de los centros de decisión: en una serie de ritos, de formas de discursos, de modos estructurales de tematización, de formulación y tratamiento de los problemas” (1980:66). Entre estos últimos, podemos destacar:

- Mecanismos que generan un circuito de “reevaluación y sobre intervención sobre una misma población” (Campana, 2010:262). Estos producen una relación de antagonismo recíproco: las áreas que derivan al territorio lo hacen instruyendo necesidad de evaluación social de la situación, mientras que cuando se deriva del territorio a otras áreas de competencia se exige que sea a través de informes sociales, los cuales no garantizan per sé el acceso. El ingreso de situaciones a determinados programas o el acceso a la asistencia sigue estando supeditado a informes sociales que certifiquen la pobreza, en el mar-

co de políticas focalizadas. Aparece repetitivamente en los espacios de encuentro el malestar de los trabajadores sociales en relación a la multiplicidad de derivaciones de otras instituciones y solicitudes de informes que hay que realizar para canalización, “sin ser garantía para su acceso”, ni recibiendo “devoluciones escritas de las negativas”.

- Las nuevas leyes nacionales⁸ relacionadas a la ampliación de derechos que invocan convenientemente la revinculación con la territorialidad entran en tensión con los equipos de salud en el territorio. Esto sucede cuando se evidencia la precariedad⁹ de soportes institucionales para el abordaje y seguimiento de las poblaciones más sensibles a estar sometidas a graves vulneraciones de derechos, situaciones de violencia y discriminación, como son las de niñez y adolescencia, las personas adultas mayores, con discapacidad, con problemáticas de salud mental y adicciones, así como aquellas violentadas por su identidad de género y/u orientación sexual, entre otras. La marcada ausencia de equipos territoriales “efectivamente territorializados” –ya porque muchos equipos dicen ser territoriales, pero tienen su base en la centralidad–, provoca la indiferencia de las instancias que deberían tener espacios y procesos distintos en su recepción y abordajes.

En el marco de una reunión intersectorial entre varias secretarías del municipio de Rosario con la participación de la Asociación Trabajadores del Estado (ATE) en el año 2012, en el que se presenta la *Guía De Atención para la Atención de Situaciones de Violencia, Niñez, etc.*, una trabajadora social de salud expresaba claramente:

Una cosa es que la responsabilidad de los equipos de salud sea trabajar, articular con las situaciones de maltrato, abuso, etc. que se detecten en el espacio del trabajo clínico y territorial de promoción de la salud, y otra cosa es qué desde la política pública se instituya

.....

8 Ley Nacional 26061 (2005) de Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), Ley 26485 de Protección Integral a las mujeres, Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

9 Se utiliza la conceptualización de Butler Judith sobre precariedad entendiéndose como una decisión política inducida: “la precariedad designa esa condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte” (2010:46).

como “el lugar público estatal más cercano”, donde la población se acerque y busque todo tipo de servicio público, atención en situación de maltrato, gestión de DNI, solicitud de vivienda, etc.

Por otro lado, en registros sistematizados de identificación de nudos problemáticos realizado por trabajadoras sociales de salud del Distrito Oeste en junio de 2013 se destacan, a la problemática que analizamos, los siguientes:

Problemas de las legalidades (circuitos) y de la responsabilidad de la política pública de otros sectores. La Velocidad y rapidez con las que llegan las demandas. No hay claridad de mecanismos burocráticos de acceso a otras áreas. No existen Contrarreferencias escritas, los “no” de los segundos niveles no se dan por escrito. Todos reciben derivaciones de otras instituciones. Las TUCs¹⁰ y gestión de la asistencia: en Promoción Social a una Sra. le plantea “vaya a la TS del centro de salud”, este discurso se repite continuamente. Cierre de los espacios de atención asistencial barrial a las demandas: Unidades Descentralizadas Zonales dispositivos de Desarrollo Social de Provincia; Promoción Social ya no recepciona a través de los Centros Crecer barriales. Los motivos de consulta a Trabajo Social son heterogéneos muchos ligados a problemas estructurales habitacional (vivienda) principalmente, con la no accesibilidad a DNI, TUCs, turnos a ANSES que se acceden por internet, informes pedidos por defensorías zonales para acceder a curatelas, apoyos económicos, etc. Aparecen los problemas institucionales como problemas individuales asignados a los trabajadores: “Vos estas desbordada porque no tenes límites”.

Por su parte, en el año 2013 el Colegio de Trabajo Social de la 2da. Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, a través de su espacio de Salud Pública, en una extensa nota dirigida al secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario, a los equipos de Gestión y a la coordina-

10 Tarjeta única Ciudadana, Programa Alimentario desarrollado por el Gobierno Provincial. Para más información, se sugiere visitar: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/118638>

ción del Departamento de Trabajo Social de dicha secretaría, manifiesta las siguientes preocupaciones:

(...) respecto a las condiciones de trabajo en las que las trabajadoras sociales llevan adelante su intervención profesional en salud; agravadas por la precarización de las políticas en áreas estratégicas como niñez, salud mental, vivienda y asistencia social. (...) Respecto a la intervención de trabajo social en los equipos de salud, y del lugar que ocupan los equipos de salud hoy en la construcción de lo público, nos interesa destacar un tópico que para nosotros es estratégico, es decir es una de las claves para entender el problema, y es que este debilitamiento también tiene como otra de las causas, las crecientes demandas a los trabajadores sociales de salud para concretar objetivos institucionales de otros sectores de la política social (Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe, 2013)

Además, en un documento de expresión pública sobre la situación de los organismos de protección de la niñez y adolescencia en Rosario con fecha del 15 de noviembre de 2016, el Colegio remarca la falta de políticas reales en territorio y la falta de abordajes específicos para situaciones de complejidad (Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da. Circunscripción, 2016). Año tras año se ha denunciado sobre esta aseveración.

De esta manera, bajo los mandatos discursivos de territorialización de las problemáticas se edifica un nuevo circuito opaco, fetichizado, como se fue analizando, propio del sistema, para evitar respuestas concretas y efectivas a las diferentes demandas de la población. Se direccionan las demandas “hacia el territorio”, pero centralizan los presupuestos y la asignación de recursos, poniéndose en juego procesos tecnocráticos de re evaluaciones, recortes en las condiciones para su ingreso y distanciamiento con la población.

En una encuesta realizada a trabajadores sociales en el marco de reuniones en el año 2019, sigue apareciendo la ausencia de otros actores y sectores de la política social en los barrios, y se remarca la observación sobre “el área de salud asumiendo los vacíos de otras secretarías”. Sobre este eje se volverá más adelante para desarrollar la

idea de las intervenciones profesionales en los equipos de salud y en su modo de organización.

Los rechazos de situaciones por parte de instituciones públicas que por su naturaleza son las que deberían responder a problemas de su competencia, remarcando que han sido creadas para responder dichas demandas –efecto fetichizador en estado puro– como vivienda, política alimentaria, atención a denuncias de vulneración de derechos en la infancia, solicitudes de asistencia social económica, laboral, entre otras, no son explicitados clara y formalmente ante el sector popular que lo demanda. De manera contraria, generan un circuito instrumentado de redireccionamiento de la demanda sin asignación de recursos, como *política pública subyacente* hacia el territorio que impacta, en la mayoría de los casos, en la búsqueda de la figura de le trabajador social del centro de salud fundado en la argumentación de la necesidad de la evaluación social por su competencia profesional. “Lejos de constituirse en *sutura* (...) dejan abierta la herida original –la cuestión que pretendieron resolver–, que ya tampoco es la misma: se ha infectado” (Thwaites Rey 2004:76).

Algunas reflexiones finales. Repensando las intervenciones

La política pública sanitaria local enuncia explícitamente valores como equidad, accesibilidad y salud como derecho. En correlación con estos enunciados ha desarrollado una importante red pública de atención en la ciudad: acceso gratuito a la medicación requerida rompiendo el entramado de fuertes intereses económicos que se encuentran detrás de las cadenas de laboratorios farmacéuticos, tratamientos tecnológicos o de especialidades que necesita la problemática de salud sin costo alguno, política sanitaria reconocida a nivel internacional, entre otras.

La constitución de una amplia red en el nivel territorial ha ido en correspondencia con la profundización de la ampliación de la red de servicios de salud. Este desarrollo de la política sanitaria con su explicitación de salud como derecho muestra la posibilidad de un rostro más humano en un Estado que con acciones esperanzadoras se po-

siciona en el “que es y puede ser protección a los más débiles” (Holloway, 2005 citado en Thwaites Rey, 2004:80).

Lo relevante a destacar en el análisis realizado es que la política sanitaria no encuentra su correlato en el resto de las políticas públicas sociales locales –municipales/provinciales– cuyo armado institucional y su instrumentación se circunscriben hacia políticas focalizadas con prestaciones restringidas a las categorías de pobreza y socialmente vulnerables, estableciendo prioridades y condiciones en forma tecnocrática para su ingreso y como se fue demostrando con lógicas y entramados opacos de redireccionamiento de la demanda sin asignación de recursos como *política pública subyacente*.

En términos de teoría política, un proceso de descentralización debería ir acompañado de mayores formas de organización territorial con aumento de poder y autonomía. Si bien en tres décadas ha habido un desarrollo importante en la constitución de edificios distritales donde se desconcentran fundamentalmente las áreas administrativas del municipio, las instancias de decisión en cuanto a disposición de recursos y/o asistencia en las problemáticas sociales han tenido un proceso inverso concentrándose más aún en la centralidad –ya sea en recursos como en decisiones– disminuyendo al mínimo de su expresión la atención a las demandas espontáneas de los sectores populares en los diferentes barrios de la ciudad.

Teniendo presente el sentido de autonomía relativa del Trabajo Social (Aquín, Custo y Torres, 2012) y considerando que va adquiriendo sentido y se ejerce en el marco de pujas, conflictos y reproducción de las relaciones sociales, desarrollamos nuestra tarea en espacios institucionales donde se condensan esas relaciones, espacios que nos pueden señalar los límites, pero también las posibilidades en nuestras intervenciones.

En este sentido, otra de las discusiones que circula y que se reedita todo el tiempo es en relación a la necesidad de establecer cierto encuadre¹¹ del campo de las intervenciones profesionales de los trabajadores

11 Durante el Plenario de las Jornadas Problematizando el trabajo social en salud: Desafíos y posibilidades (2015) aparece la discusión ante el “desborde” de la tarea.

sociales de los equipos de salud, fundamentalmente aquellos territorializados.

La lectura de la coyuntura socio histórica en la que nos toca intervenir nos aporta herramientas de análisis y elementos para posicionarnos estratégicamente; recoger el guante que nos propone Thwaites Rey, recuperando la dimensión contradictoria de la institucionalidad estatal y los efectos que en la actual coyuntura generan, entre ellos la política subyacente del redireccionamiento de la demanda, interpellando dichos circuitos y elaborando propuestas, parándonos en la contradicción del sistema y operando sobre ella.

En este punto, me interesa introducir la idea de las *dimensiones* de las intervenciones como *momentos organizativos* del trabajo en un tiempo histórico, situado y en relación con sujetos sociales –aquí es entendida como “extensión” “magnitud” de las intervenciones profesionales y cómo éstas se organizan en el marco de las relaciones sociales. Para eso es necesario despojarnos de algunos mecanismos perversos del sistema que intentan imprimir culpa o responsabilidades por no realizar determinadas acciones aquellas caracterizadas como fuimos analizando en los circuitos opacos de redireccionamiento de las demandas, que deberían responder las instituciones cuya creación y propósito es atender los mismos problemas que derivan.

Como trabajadores sociales, como trabajadores en el campo de los servicios de salud, somos actores-parte actuantes de la política pública sanitaria; nuestras intervenciones tienen que estar dirigidas a que las personas puedan ejercer y el Estado garantizar el derecho efectivo a la salud, a procesos de atención accesibles, de calidad y sin discriminación, así como a captar e intervenir en procesos de salud sumamente críticos, porque actuamos en el campo de los servicios de salud con una misión específica que no lo hará otra política social¹².

Por un lado, situarse en relaciones simétricas e interdisciplinarias como integrantes en equipos de salud. La construcción de este tipo de

.....

12 Vale la pena aportar aquí las consideraciones de Chiara Magdalena y Di Virgilio Mercedes; “(...) la gestión es vista como un espacio privilegiado de reproducción y/o transformación de la política social a través de los actores que juegan allí sus apuestas estratégicas. Así concebida, la gestión opera como “espacio de mediación” entre los procesos macro y la vida cotidiana de la población” (2009:60).

relaciones propone un modo de organización diferente para el trabajo en salud: es un diseño desde la interdisciplinariedad que aporte a la construcción del problema entre varias miradas y saberes, y que supere los modos asimétricos instalados en la derivación o la interconsulta¹³, pensándola como propuesta alternativa que trascienda y sustituya a la atención por demanda espontánea.

Teniendo en cuenta las representaciones que dominan las prácticas en el campo de la salud y en la necesidad de deconstruir el entramado de relaciones cada vez más complejas y opacas que se corporizan en los espacios institucionales y sus prácticas, resultan necesarias miradas interdisciplinarias conjuntas en el problema que den lugar a la escucha, a la pregunta y a la desnaturalización de los procesos de trabajo y sus lógicas.

Gastón de Souza Campos (2001) observa la importancia de la interdisciplina y la necesidad de establecer otro modo de relación proponiendo el modo matricial, el cual “amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los proyectos terapéuticos” (2001:149), los cuales requieren tiempo de planificación conjunta.

Este aspecto es central para poder poner en cuestión el entramado de relaciones y sus lógicas, desnaturalizando y desagregando lo cotidiano y expuesto como dado. En estos tiempos, los problemas que se presentan adquieren una trama de tal complejidad que obliga a trascender las acciones circunscriptas en la inmediatez del hacer para diseñar estrategias más integrales.

En este sentido, en el marco de una propuesta relacional diferente, se plantea pensar las intervenciones de los trabajadores sociales en el campo de la salud operando en dos dimensiones:

Por un lado, en la *dimensión de la singularidad*. En las acciones de cuidado a través del aporte a la construcción del proyecto de salud singular en la comprensión de los procesos salud-enfermedad y las formas de producción de vida, acompañando instancias de fortaleci-

.....

13 Acercarnos a un diseño organizacional donde la interdisciplina sea la regla y no la excepción, la construcción de relaciones simétricas a través del encuentro y saberes de diferentes disciplinas, es decir una relación que supere la asimetría de la que se nutren la derivación y la interconsulta, las cuales imponen la lectura del problema de quien deriva o interconsulta generando así desde el inicio condicionamientos a la intervención.

miento de la condición de sujeto¹⁴ en el ejercicio de sus derechos que le permita luchar contra lo que le produce sufrimiento o limita su vida (Ferrandini, 2011)¹⁵. El abordaje pensado desde la singularidad, incorporando la noción de persona plena como “productora a la vez producto de la historia”, con sus “potencialidades y condicionantes”, en la comprensión de “la posibilidad instituyente de toda persona” (Cazzaniga, 2001:20).

Poner énfasis en entender cómo las familias y las personas construyen los problemas; conocer el nivel de relevancia sobre lo que están padeciendo, incorporando cómo lo viven, qué desean cambiar y con qué recursos y herramientas cuentan para enfrentarlos. Literalmente, es la incorporación de la mirada de la persona en el armado de su proyecto de salud singular, entender su modo de vida conjugándose con las miradas y saberes del equipo.

Cada persona tiene su propia historia y su propia construcción del problema, por cuanto no puede haber estrategias universales para enfrentarlos, sino diseños singulares. Y estos diseños deben comprender cómo piensan y reconocen su problema quienes lo sobrellevan.

Esta dimensión requiere de encuentros, varios encuentros, entre los trabajadores referentes de la situación, entre los trabajadores y la persona, entre los trabajadores y la familia. Este vínculo es de construcción permanente. Si bien puede haber intervenciones que tienen un tiempo de mayor intensidad por la agudización del problema, la referencia al equipo tratante se mantiene, lo que permite que el momento del conocimiento y reconocimiento de la situación no sea acotado sino longitudinal, en construcción constante y en movimiento, ya que se va enriqueciendo en forma continua/discontinua por los aportes de la propia persona, su familia, las referencias comunitarias, y en un devenir de cambios que provoca la propia cotidianeidad.

.....

14 Reconociendo que se está condicionada por los fuertes determinantes en el marco de relaciones sociales históricas, desiguales, conflictivas, fragmentadas, etc.

15 La autora retomaba del Dr. Floreal Ferrara la definición del concepto de salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida y decía que no se trataba ni de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente como tiene que vivir, ni de alcanzar un Estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida.

En el marco del diseño del proyecto de salud se inscribe el accionar de le trabajador social aportando su saber específico en el armado de la estrategia y desde donde se diferenciarán las acciones a realizar por cada uno de los referentes del equipo porque todos no hacen lo mismo. Se construye el problema entre todos, pero el hacer les diferencia.

La dimensión del espacio de armado del proyecto de salud intenta superar el “urgencismo” en el hacer o la fórmula “demanda = respuesta” inmediata que se presenta ante la irrupción de problemas sumamente dificultosos y de tramas complejas, requiere de un necesario tiempo de reflexión, momentos de deconstrucción de la situación inicial para encaminarse hacia la construcción de la situación problemática.

- En la *dimensión colectiva*, con acciones que acompañen y promuevan la construcción de espacios colectivos que tiendan hacia la potenciación de capacidades de lucha, que aporten a la construcción de espacios y relaciones solidarias, que contribuya a la generación de personas políticas, de colectivos empoderados, en una sociedad en la que intereses pugnan por el individualismo y la fragmentación. Esta dimensión es relevante desde un hacer de la micro política y la planificación estratégica porque propone un espacio de trabajo colectivo que pueda generar instancias de desnaturalización, reflexión y problematización de los procesos cotidianos¹⁶. También aporta en el redescubrimiento de las dinámicas barriales y sus redes de contención, los conflictos y disputas territoriales, los circuitos que realizan las familias para su supervivencia, la captación de situaciones críticas que puedan haber quedado desafiadas de las instituciones.

Las múltiples problemáticas han adquirido características notables y se han instalado como problemas que afectan a un importante número de la población ya sea en forma directa por padecer los efectos

.....

16 En experiencias cercanas con jóvenes de los sectores populares de los barrios de Rosario a través de la sistematización del Programa Nueva Oportunidad, la instancia del llamado Tercer Tiempo se reconoce en la voz de los propios protagonistas: “(...) expresan que, efectivamente, en su paso por el Programa los terceros tiempos se han configurado como espacios de contención, de socialización, de diálogo y reflexión, de construcción de lazos afectivos entre los jóvenes, así como también en momentos de disensión. Entre los jóvenes, los terceros tiempos aparecen significados como ‘un espacio de contención y ayuda’, ‘un lugar donde se debaten y comparten ideas y pensamientos’, ‘un espacio de comprensión’, ‘un espacio de escucha’, entre otras” (Mansilla y otros, 2019:56).

descarnados y transfigurados de la cuestión social, como en forma indirecta por los efectos devastadores que generan la irrupción de estas problemáticas de la neomodernidad de la dinámica barrial.

Para la construcción de estos espacios se requerirá de la necesaria complementación intersectorial, esto es el Estado en sus diferentes niveles-acciones con organizaciones-referentes sociales de base, ya que estos nudos de problemas interpelan los modos tradicionales de atención, pero a su vez exceden los campos propios de cada sector porque tienen sus raíces en las profundas y cada vez más complejas desigualdades del sistema, nudos que hay que desanudar para comprender. La lucha contra los poderes que oprimen no puede ser individual, tiene que y debe ser colectiva. Rescatar la dimensión de lo público “confrontando con la lógica desigualadora y excluyente del capital” (Thwaites Rey 2004:75).

Ambas dimensiones en las intervenciones en el marco de los procesos de atención-cuidados en salud, no se piensan como momentos estancos sino como procesos y puede que se combinen en espacio-tiempo, ya que a su vez se contienen. Se proponen como ordenamiento, direccionando los momentos interventivos de los profesionales en el equipo de salud. Se intenta, de esta manera, desacoplar los redireccionamientos de las otras instituciones y/o áreas, y relacionarse de forma diferente con la población.

El presente trabajo espera ser una contribución al campo de las intervenciones profesionales, intenta aclarar grises y despejar suspicacias. Este modo de organización del trabajo imprime calidad a las intervenciones ya que las encuadran dentro de los marcos de proyectos de salud singulares como en el contexto de estrategias colectivas de atención/cuidados.

Holloway (2005) nos grafica que el Estado es represión, pero habilita una mirada esperanzadora hacia el Estado que *es-no-es-y-puede-ser* protección de los más débiles. Thwaites Rey (2004), nos propone desafiante asumir las contradicciones de las instituciones y operar sobre ellas. La reflexión permanente de los procesos de fetichización, la lucha que nos debemos dar como trabajadores del Estado en puja permanente en la correlación de fuerzas, puede imprimir en este sentido el ordenamiento hacia el interior de los equipos de salud en su modo

de organización de trabajo pero que, a su vez, implique/promueva discusiones y reflexiones en los trabajadores a que éstas otras instituciones del Estado puedan repensarse en nuevas formas organizativas, y desde allí generar acciones que amplíen la capacidad de respuesta de sus instituciones en defensa de lo público en una apuesta desde el *es y puede-ser* del Estado.

Referencias bibliográficas

Aquín, Nora; Custo, Esther y Torres, Exequiel (2012). El problema de la autonomía en el Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, (7), 304-320. Recuperado de: <https://revistaplazapublica.files.wordpress.com/2014/06/7-19.pdf>

Secretaría de Salud Pública Municipal (2004). *Las Concepciones Acerca de la Salud*. Documento oficial de la Secretaría de Salud Municipal (sin publicar). Rosario, Argentina.

Butler, Judith (2010). *Marcos de Guerra. Las vidas lloradas*. Distrito Federal, México, Paidós.

Campana, Melisa (2010). *La Asistencialización de la salud pública. La Atención Primaria de la salud en el Municipio de Rosario* (tesis doctoral). Rosario, Argentina, Universidad Nacional de Rosario.

Campana, Melisa y Federico Guzmán Ramonda (2011). La producción de conocimiento en Trabajo Social. Debates contemporáneos. *Boletín Electrónico Surá*, (174). Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0174.pdf>

Cavalleri, María Silvina (2008). “Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas”. En R. Castronovo y S. Cavalleri (Comp.) *Compartiendo Notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad* (37-48). Lanús, Argentina, Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús.

Chiara, Magdalena y Di Virgilio, Mercedes (2009). “Conceptualizando la Gestión Social.” En M. Chiara y M. Di Virgilio (Comp.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas* (53-86). Buenos Aires, Argentina, Editorial Prometeo.

Cazzaniga, Susana (2001). El abordaje desde la singularidad. *Desde el Fondo. Cuadernillo temático* (22), 15-21.

Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe (2013). Nota dirigida al secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario, a los equipos de Gestión y a la coordinación del Departamento de Trabajo Social. Rosario, Santa Fe.

Colegio de Profesionales de Trabajo Social 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe (2016). *Documento de expresión pública*. Rosario, Santa Fé, Argentina.

De Souza Campos, Gastao (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Argentina, Lugar Editorial S.A.

Dirección de Atención Primaria, Secretaría de Salud Pública de Rosario (1999). *El Trabajo en la Atención Primaria. Boletín Atención Primaria de la Salud 1*. Docu-

mento oficial de la Secretaría de Salud Municipal, sin publicar. Rosario, Santa Fé, Argentina.

Dirección de Atención Primaria, Secretaría de Salud Pública (2008). *Misión ¿imposible? de la Dirección de Atención Primaria*. Documento oficial de la Secretaría de Salud Municipal (sin publicar). Rosario, Argentina.

Ferrandini Débora (2011). *Algunos Problemas Complejos*. Recuperado de: <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

Foucault, Michel (1977). *Microfísica del poder*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Siglo XXI Editores.

Foucault, Michel (1969). *La arqueología del saber*. Buenos Aires, Argentina, Siglo XXI Editores.

Heller, Agnes (1970). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona, España, Ediciones Península.

Holloway, John (1980). El Estado y la lucha cotidiana. *Cuadernos Políticos* N° 24, 7-27.

Holloway, John (2005). *Cambiar el mundo sin tomar el poder. El significado de la revolución hoy*. Caracas, Venezuela, Editorial Melvin C.A.

Karsz, Saül (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona, España, Gedisa.

Karsz, Saül (2019). La clínica transdisciplinaria, más allá y más acá de la supervisión. *Seminario dictado en la Universidad Nacional de Rosario*. Rosario, Argentina.

Mansilla, Andrea; Di Filippo, Marilé; Daneri, Mariela y Contino, Paula (2019). *Conversaciones vitales. Trabajadores territoriales, organizaciones sociales y juventudes. Una mirada sobre el Programa Nueva Oportunidad*. Rosario, Argentina, UNR Editora.

Menéndez Eduardo (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *II Jornadas de APS*. Buenos Aires, Argentina, Asociación de Residentes del Hospital de Niños R. Gutiérrez, Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.

O'Donnell, Guillermo (1978). Apuntes para una teoría del Estado. *Revista Mexicana de Sociología*, 40(4), 1157-1199. DOI: <https://doi.org/10.2307/3539655>

Poulantzas, Nicos (1980). *Estado, Poder y Socialismo*. Distrito Federal, México, Siglo XXI Editores.

Rozas Pagaza, Margarita (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Espacio.

Dirección General de Servicios de Salud, Secretaría de Salud Pública (2004). *Hacia un Modelo de Gestión en Salud Más Descentralizado y Participativo*. Documento N° 2. Documento oficial de la Secretaría de Salud Municipal de Rosario. Sin publicar. Rosario, Argentina.

Dirección General de Servicios de Salud, Secretaría de Salud Pública (2004). *Propuesta De Estrategia Para La Instalación De Transformaciones En El Proceso De Trabajo De La SSP*. Documento Interno N°3. Documento oficial de la Secretaría de Salud Municipal de Rosario. Sin publicar. Rosario, Santa Fé, Argentina.

Thwaites Rey, Mabel (2004). *La autonomía como búsqueda el Estado como contradicción*. Buenos Aires, Argentina, Prometeo.

Recibido: 20/07/2021

Aceptado: 09/01/2022